

CHU FRANCE
DIRECTEURS GÉNÉRAUX



Commission Médicale d'Établissement
CONFERENCE DES PRESIDENTS

Contributions
communes
des CHRU
au Ségur
de la santé

MAI-JUILLET 2020



Le projet de transformation du système de santé, «Ma santé 2022», présenté par le président de la République en septembre 2018, reposait sur un constat que nous partageons : la nécessité d'une transformation profonde de notre système de santé, bien au-delà d'une nouvelle réforme de l'hôpital, pour répondre aux défis et enjeux du XXI^e siècle. La loi de modernisation du système de santé de juillet 2019 en a posé les axes de construction.

Les mouvements sociaux de l'année 2019 ont mis en évidence, avant l'épidémie de Covid-19, l'urgence des problèmes à résoudre : les inégalités d'accès aux soins, les déserts médicaux et l'absence de réponse sociétale à la dépendance ont alimenté la colère des citoyens et élus locaux lors de la crise des Gilets jaunes et du Grand débat ; l'absence de reconnaissance salariale, la « dés-attractivité » des métiers du soin et du *care*, le sentiment de perte de sens de l'engagement face aux difficultés quotidiennes (manque de moyens, poids des contraintes de gestion, cloisonnement des secteurs et acteurs) celle des professionnels hospitaliers et des collectifs lors de mouvements de grève et de protestation qui ont scandé l'année 2019 et le début de l'année 2020.

L'identité des CHRU - qui représentent 40 % de l'hospitalisation publique en France - est constituée par la combinaison entre missions de proximité et missions d'expertise et de recours. Les CHRU soignent le plus grand nombre, sans distinction, tout en assurant des missions d'enseignement, de recherche et d'expertise.

Dans le cadre de la mise en place des GHT, les CHRU ont conduit sur leur territoire des initiatives riches et variées, adaptées au contexte. animateurs de filières, têtes de réseaux, formateurs, chercheurs, les CHRU sont à l'avant-garde de l'innovation dans notre système de santé et portent la création de valeur sur leur territoire. À l'occasion de l'épidémie, ils ont mis cette richesse à disposition des autres acteurs de santé dans une interaction positive.

Les CHRU doivent jouer un rôle majeur dans cette transformation, au cœur d'une stratégie territoriale renouvelée, qui suppose des évolutions importantes du système de santé pour redonner du sens aux missions des acteurs, redynamiser les carrières des professionnels hospitaliers et hospitalo-universitaires, repenser le financement du système comme un levier pour l'action.

La Conférence nationale des directeurs généraux (CNDG) et la Conférence nationale des PCME (CPCME) de CHRU se mobilisent pour participer activement à la refonte du système et souligner **la nécessité de tirer tous les enseignements de la crise et de capitaliser sur ce qui a bien fonctionné** pendant ce temps exceptionnel qu'ont traversé nos territoires, nos établissements et nos personnels. Il faut à présent documenter les conditions de pérenniser l'agilité, de l'innovation et de la cohésion qui ont régné partout.

Nous en appelons à un véritable « plan Marshall de la santé », adossé à trois axes principaux :

Revaloriser financièrement et qualitativement les carrières des hospitaliers et reconnaître la spécificité de la fonction publique hospitalière.

Réaliser un effort significatif sur les **investissements**, accompagnant la création de valeur portée par les CHRU (emplois, innovation et recherche) et rénover le financement des soins qui apportent de la valeur aux patients en ayant une vision territoriale et décloisonnée.

Conduire **un réel choc de simplification**, assorti d'un renversement de paradigme basé sur la confiance accordée aux acteurs de terrain
(voir les propositions du rapport Claris).



INTRODUCTION	6
PARTIE 1 Préserver, développer et accompagner les ressources humaines	8
1. Repenser les carrières, les rémunérations et l'attractivité pour les personnels médicaux à l'hôpital et simplifier la gestion	9
1.1 Travailler sur les rémunérations, sans sacrifier la rigueur à l'urgence	9
1.2 Cette revalorisation des salaires ne doit plus avoir pour variable d'ajustement le volume d'emplois	11
1.3 Poursuivre et intensifier la reconnaissance des nouveaux cadres d'exercice professionnel	13
1.4 La valorisation du travail collectif	15
PARTIE 2 Rénover le financement des établissements et redonner des marges d'investissement	22
1. Aller vers une transformation globale du système de financement hospitalier	23
1.1 Mesures immédiates de sécurisation financière des hôpitaux en PLFSS rectificatif pour 2020 dans le cadre des mesures d'urgence sanitaire pour la prise en charge du Covid-19	23
1.2 Mesures de refondation du financement des hôpitaux (à engager dès 2020)	26
1.3 Mesures de refondation du financement du système de santé (ONDAM-T2A)	32
2. Repenser le modèle de performance par une refonte du COPERMO	40
2.1 Un dispositif dont les principes de base doivent être conservés tout en le modernisant	40
2.2 Nécessité d'un débat sur les modalités de financement de l'investissement hospitalier	44
PARTIE 3 Territoires, qualité et pertinence de soins	46
1. Réaffirmer le rôle des CHRU dans leur positionnement territorial	47
1.1 Les enseignements du Covid	48
1.2 Les propositions à court terme	48
2. Positionner les CHRU dans la réforme des autorisations d'activité	52
2.1 Contexte	52
2.2 Objectif	52
3. Ouvrir une nouvelle ère de complémentarités entre les CHRU : concevoir et généraliser les réseaux de CHRU	54
3.1 Contexte	54
3.2 Les missions des réseaux de CHRU	54
PARTIE 4 Simplifier l'hôpital	56
1. En le sécurisant sur le plan juridique	57
1.1 Simplifier les relations administratives entre hôpitaux et ARS	57
1.2 Alléger le circuit des instances internes à l'hôpital	58
1.3 Concernant le domaine de la recherche	58
2. Dans le champ des ressources humaines	59
3. Dans le champ des finances	63
4. Par le numérique et les systèmes d'information	66
5. Dans le champ de la commande publique	69
6. Dans le champ de la qualité des soins	70
CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	72
CONTRIBUTIONS	73
1. Un soutien total aux propositions du rapport Claris Une proposition complémentaire majeure	74
2. Recherche et innovation en santé: le rôle des CHRU dans l'excellence de la recherche en santé française réaffirmé par la crise Covid-19	77
3. Apport du numérique dans le Ségur de la santé La nécessité d'un plan de soutien financier majeur à l'investissement	83
ANNEXES	88
Annexe 1. Le rôle spécifique des CHRU pendant la crise Covid-19	89
1. Des structures hospitalières puissantes, au service de tous, capables de réorganisation rapide et d'anticipation.	90
2. Des établissements hospitalo-universitaires sachant mobiliser l'innovation et la recherche face à la crise	96
Annexe 2. La Charte d'engagement managérial des CHRU (2019)	99



INTRODUCTION

La CNDG et la CNPCME de CHRU ont souhaité amorcer une réflexion sur l'ensemble des grands thèmes qui font l'objet de réflexions et concertations dans le cadre du Ségur de la santé. Le document provisoire ci-joint en dresse les premières lignes et fera l'objet de travaux complémentaires.

En synthèse, nos Conférences souhaitent souligner les éléments suivants :

- la crise du Covid-19 a mis en lumière **les principaux axes de réforme nécessaires pour notre système de santé : carrières, financement et investissement, organisation interne et rôle territorial**. Ces enjeux ne sont pas nouveaux et n'avaient pas été écartés du débat public, ni par les pouvoirs publics dans les divers plans portés antérieurement à la crise. Si le constat est partagé, les réponses n'ont jamais été totalement à la mesure de l'ampleur des enjeux. L'ensemble de ces refontes doit se faire suivant une règle simple en financement à « l'euro-l'euro » : **les promesses d'aujourd'hui ne peuvent être les économies de demain**, au risque de créer les conditions d'une réelle catastrophe sanitaire ;
- les Conférences considèrent que la focale ne doit pas être placée sur les enjeux de gouvernance de façon unique. Concernant l'organisation interne des établissements, c'est aussi **la nécessité**

de maintenir des circuits simplifiés de façon étendue qui ne fait aucun doute, ni l'objet d'aucune remise en question.

Une vraie remise à plat est nécessaire et appelée de nos vœux pour permettre à l'hôpital, et singulièrement aux CHRU, de répondre avec souplesse aux enjeux contemporains.

Le présent document reprend les contributions de la CNDG et de la CNPCME de CHRU, dans le cadre actuel de réflexions nationales liées tant à la capitalisation des éléments relatifs à la crise sanitaire Covid-19 qu'aux propositions transversales pour repenser le système de santé.

Les contributions ont été réunies à partir de trois axes principaux.

- **Le premier axe aborde successivement la nécessité :**
 - de repenser la mobilisation des ressources humaines autour d'enjeux majeurs d'attractivité que la crise a mis en lumière ;
 - d'un financement rendu soutenable au moyen de règles plus claires et plus justes ;
 - d'une structuration de l'ancrage territorial que draine l'activité des CHRU ;
 - de perspectives transversales à ces différents domaines en matière de simplification.



- **Le deuxième axe comprend trois contributions complémentaires qui n'entrent pas pleinement dans les axes fixés pour le Ségur mais sur lesquels il nous apparaît important de formuler des propositions à même de concourir à la mise en mouvement des établissements en abordant :**
 - la gouvernance,
- **Le troisième et dernier axe est adossé à :**
 - un retour d'expérience sur la gestion de la crise Covid sous l'angle d'une évaluation des constats recensés à l'échelle des CHRU et d'une synthèse des pistes à même de mieux préparer les structures et les filières en cas de nouvelle crise ;
 - la charte des engagements managériaux portée par la Conférence des DG de CHRU telle que modélisée en 2019.

En matière de gouvernance, nos Conférences ont approuvé et souhaitent promouvoir l'ensemble des 20 propositions figurant dans le rapport de la mission Claris afin d'offrir le choc de simplification et de médicalisation de la gouvernance souhaité par le président de la République et indispensable à l'hôpital voulu par les Français.

Les DG et PCME ont souhaité aller plus loin dans les recommandations de ce rapport en proposant que les prévisions financières (EPRD, PPI, PGFP) impliquent que le PCME puisse donner un visa sous forme d'avis simple après avis de la CME, avant que le chef d'établissement n'arrête ces prévisions et les adresse à l'ARS ;

- la recherche et l'innovation,
- les systèmes d'information.



PARTIE 1

PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

Le débat sur l'emploi et les rémunérations est un véritable sujet qui ne peut se considérer de manière univoque compte tenu de densités de personnel et de conditions de vie et de travail différentes d'une ville à l'autre, d'un établissement à un autre. En revanche, il peut être tranché plus aisément au sein d'une région ou d'un établissement, d'où la nécessité de donner des marges de manœuvre importantes à ces derniers en matière de politique salariale.

Les sujets de l'évolution des métiers, de la qualité de vie au travail et de la place déterminante d'un management responsable et respectueux ont fait l'objet de nombreuses propositions de notre part, dont notamment la Charte des engagements managériaux des CHRU élaborée en 2019 (*voir annexe 2*). Beaucoup ont été reprises dans les plans nationaux, il convient aujourd'hui de poursuivre et d'accélérer les mesures qui permettront de tirer les enseignements de la crise, sans perdre de vue les bases solides des réflexions précédentes.

Revaloriser financièrement et qualitativement les carrières des hospitaliers et reconnaître la spécificité de la fonction publique hospitalière.

Réaliser un effort significatif sur les **investissements**, accompagnant la création de valeur portée par les CHRU (emplois, innovation et recherche) et rénover le financement des soins qui apportent de la valeur aux patients en ayant une vision territoriale et décloisonnée.

Conduire **un réel choc de simplification**, assorti d'un renversement de paradigme basé sur la confiance accordée aux acteurs de terrain (*voir les propositions du rapport Claris*).



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

1. REPENSER LES CARRIÈRES, LES RÉMUNÉRATIONS ET L'ATTRACTIVITÉ POUR LES PERSONNELS MÉDICAUX À L'HÔPITAL ET SIMPLIFIER LA GESTION

1.1 Travailler sur les rémunérations, sans sacrifier la rigueur à l'urgence

Même si dans la représentation collective, les métiers identifiés à l'hôpital sont ceux de l'infirmière et du médecin, il appartient à la réflexion qui s'ouvre de prendre en compte le fait que l'hôpital repose sur une chaîne professionnelle constituée de l'ensemble des métiers, indispensables au soin. Procéder à une revalorisation des salaires hospitaliers implique :

- d'identifier l'enveloppe financière que le pays est capable d'y consacrer, et ne pas faire une nouvelle fois le choix de la revalorisation salariale au détriment de l'emploi. Ces choix ont été faits depuis plusieurs années : les réformes PPCR, relèvement du point d'indice, plan d'attractivité des carrières médicales ont toutes, entre 2017 et 2018, été financées par des réductions d'emplois de personnel non médical ;
- pour étayer et objectiver les évolutions, de faire, enfin et objectivement, le travail de comparaison des rémunérations entre

pays européens et, sur le territoire, entre le public et le privé pour sortir des idées reçues. Mais cette étude, qui nécessitera du temps, ne doit pas empêcher la prise de mesures à effet rapide ;

- de choisir les bons mécanismes à actionner : le point d'indice (PI), socle du calcul du traitement des fonctionnaires, a augmenté de manière dérisoire en dix ans (+1,7%) par rapport au coût de l'inflation (+7,7%) et au niveau du SMIC brut (+13,5%). Revaloriser les rémunérations de la FPH par le biais de la revalorisation du PI constitue, nous le savons, un exercice périlleux compte tenu des implications qu'il ne manquera pas d'avoir sur les autres fonctions publiques.

Les marges de manœuvre données jusqu'alors n'ont permis de procéder qu'à l'attribution de primes sectorielles (urgences, AS de gériatrie...) qui n'ont fait que creuser des écarts mal acceptés entre secteurs d'exercice.

Propositions

PROPOSITION N°1

Améliorer significativement les traitements de début et fin de carrière des métiers en tension

- Par l'élargissement du nombre de bénéficiaires de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH).
- Par la fusion des échelons d'entrée, comme cela a été prévu pour les praticiens

hospitaliers dans le plan Investir pour l'hôpital, en évaluant grade par grade une marge significative (fusion des huit premiers échelons pour les ASH = +100 €, des sept premiers pour les AS = +150 €, des quatre premiers pour les IDE = 250 €, des trois premiers pour les AAH = +250 €).

- En adaptant les grilles de fin de carrière pour prendre en compte l'allongement des durées de travail.

1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

PROPOSITION N°2**Donner des perspectives à chaque soignant en matière de progression de carrière...**

via le développement de la VAE et des promotions professionnelles, ou via la reconnaissance financièrement incitative de valences rémunérées, qui caractérisent un engagement et une compétence nouvelle (fonctions d'enseignement – tutorat – ou de recherche par exemple). En parallèle, il faut organiser et faciliter les **délégations de tâches** entre médecins et paramédicaux, et accélérer la reconnaissance des métiers éligibles aux pratiques avancées, en partenariat avec les sociétés savantes et les syndicats, en privilégiant, chaque fois que possible, le raccourcissement des délais de mise en œuvre.

PROPOSITION N°3**Revaloriser significativement la rémunération des heures supplémentaires**

Elles sont aujourd'hui rémunérées sur la base d'un taux pour les 14 premières heures, majoré de 27% au-delà. Deux hypothèses, cumulables, semblent envisageables pour répondre aux besoins des établissements comme des professionnels :

- permettre la contractualisation, au niveau de chaque professionnel, d'un engagement de réaliser chaque semaine 4 heures supplémentaires, dont la rémunération serait majorée de 50%, pour la rendre incitative. Cette solution, qui serait mise en œuvre pour chaque professionnel sur la base du volontariat, permettrait de combler durablement les difficultés liées à la démographie professionnelle dans certains métiers ou sur certains territoires ;
- majorer de 50% le taux de rémunération de l'heure supplémentaire, au-delà de la quatrième ou de la huitième heure, afin d'inciter les professionnels à accepter leur réalisation, pour combler les besoins ponctuels, notamment ceux liés à l'absentéisme de dernière minute.

De manière générale, le Ségur pourrait être l'occasion de donner beaucoup plus de marges aux hôpitaux pour définir les politiques indemnitaires, selon un triple principe : adaptation/réactivité/responsabilité. Le régime indemnitaire doit pouvoir être en partie élaboré au niveau local et constituer un moteur du dialogue social. C'est par ce moyen que les hôpitaux pourront gérer au mieux les ressources et les compétences en fonction de leurs besoins et lutter à armes plus égales contre la concurrence salariale du secteur privé. Sur le recrutement, l'organisation des concours, la confection de protocoles de coopération, la détermination de la politique d'intéressement ou la politique indemnitaire de reconnaissance de certaines fonctions (enseignement, recherche, management)...

Ces mesures « à la main des hôpitaux » nécessitent une enveloppe dédiée au sein de la masse salariale (par exemple 15%).

PROPOSITION N°4**Faire évoluer le régime des primes et indemnités**

- **Le régime indemnitaire** de la FPH, qui représente environ 4 milliards d'euros pour le personnel non médical, est devenu obsolète et illisible. Il compte plus d'une centaine d'objets et les dernières mesures adoptées dans le plan pour les urgences hospitalières ont créé de nouveaux dispositifs spécifiques. Une partie de la somme impliquée doit être réinvestie dans un plan de prévention des risques professionnels (prévenir plutôt que compenser), une autre basculée dans le régime de prime (*voir ci-dessous*).
- **Revaloriser le travail de nuit.** La problématique de l'attractivité est encore renforcée pour le travail de nuit, qui n'attire ni ne fidélise plus les professionnels. La revalorisation du travail de nuit (aujourd'hui majoré de 1,9) et sa reconnaissance en termes de pénibilité constituent un enjeu majeur pour garantir la continuité des soins.
- **Le régime de prime** doit être totalement repensé, à la faveur de la suppression de



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

la notation et de la mesure d'intéressement collectif prévue par la loi de transformation de la FP. Nous proposons d'articuler la prime individuelle sur :

- une part fonction socle,
- une part résultats reposant sur les conclusions des entretiens annuels et intégrant une variation en fonction de critères déterminés collectivement, laissés en grande partie à l'appréciation de l'établissement : présentisme, développement de l'évaluation non clinique (les pratiques managériales par exemple).

Ce nouveau régime de prime pourrait être l'occasion de valoriser financièrement le travail en équipe et les pratiques collaboratives (sur le modèle PACTE et accréditation en équipe, porté par la Haute Autorité de santé - HAS).

Il permettrait également de mieux reconnaître l'exercice de responsabilités, notamment par le biais d'une revalorisation de la prime d'encadrement. En effet, les cadres de santé bénéficient aujourd'hui d'un niveau de traitement inférieur ou égal à celui de certains professionnels de l'équipe qu'ils encadrent. Leur engagement et leur responsabilité doivent être reconnus. Pour les personnels médicaux, il s'agirait de mieux reconnaître l'engagement des professionnels dans l'exercice de responsabi-

lités (pôle et service). Pour le PM comme pour le PNM, l'exercice managérial constituerait donc une « valence » à valoriser, comme d'autres, en complément du socle de rémunération.

Enfin, la révision du régime indemnitaire, permettrait :

- de tenir compte du coût de la vie dans les grandes métropoles par un dispositif du type prime de « vie chère » ;
- de donner des marges de manœuvre aux établissements pour conduire leur politique salariale en fonction de leur besoin et dans le cadre de leur dialogue social. Les CHRU plaident notamment pour qu'ils puissent, dans cet objectif, disposer de la liberté d'utilisation d'une enveloppe de masse salariale.

PROPOSITION N°5

Ouvrir la possibilité aux établissements dont le résultat financier le permet de distribuer un intéressement annuel à l'ensemble de ses professionnels

Plusieurs établissements ont souhaité le faire lors des derniers exercices budgétaires, se heurtant à l'absence de dispositif réglementaire permettant l'engagement de ces dispositifs s'apparentant à des rémunérations complémentaires.

1.2 Cette revalorisation des salaires ne doit plus avoir pour variable d'ajustement le volume d'emplois

La gestion de l'emploi hospitalier est prise depuis plusieurs années entre plusieurs feux : le taux d'évolution contraint de la masse salariale dans le cadre de l'ONDAM, des évolutions statutaires qui ont concomitamment imposé de réduire l'emploi, essentiellement non médical, pour en assurer le financement, et les ratios agent/lit imposés par le COPERMO, faisant de l'atteinte du taux de marge de 8% un dogme intangible pour légitimer l'investissement.

Or, le niveau des effectifs est le facteur essentiel de qualité de travail (et de qualité de vie au travail) au sein d'une équipe.

Dans toutes les catégories professionnelles hospitalières et dans toutes les régions, il existe aujourd'hui des tensions fortes de recrutement. Elles sont plus fortes encore dans les déserts territoriaux et en Île-de-France, pour des raisons différentes ; s'y ajoute, dans certains établissements, un taux d'absentéisme qui peine à réduire. Au fil du temps, cette situation a permis à certaines organisations syndicales de confondre dans leurs discours réduction d'emplois, vacances d'emploi et absentéisme. Sur le terrain, il n'est pas difficile de confondre les conséquences de cette triple situation.



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

La réflexion sur l'emploi ne doit pas être dogmatique. Elle ne peut faire l'impasse sur les organisations qui, trop souvent, pénalisent les marges de manœuvre pouvant exister. Revisiter les organisations de travail impose une réflexion médico-soignante en continu, portée de manière collaborative au sein des équipes. Cette réflexion passe, certes, par l'automatisation de certaines tâches et l'ouverture accrue aux NTIC dans les secrétariats médicaux, pour autant il faut reconsidérer le principe d'une réduction systématique des moyens accompagnant l'ambulatoire et le raccourcissement de la DMS, qui induisent une autre organisation du travail, plus rapide et impliquant de nouvelles missions de coordination.

Se redonner des marges de manœuvre passe par une vision plus ouverte du temps de travail. Les protocoles RTT sont souvent historiques et traduisent des concessions locales peu rediscutées. Ils varient aujourd'hui dans les CHRU entre 15 et 23 jours. Cette mesure porte un impact majeur sur les effectifs.

Dans ce cadre, le sujet des heures supplémentaires doit être rediscuté. Le maintien du déplafonnement à 20 heures supplémentaires par mois apparaît comme un bon compromis qui, couplé à une revalorisation du montant de l'heure supplémentaire préconisée ci-dessus, permettrait d'éviter les heures supplémentaires sauvages pratiquées par les professionnels hospitaliers dans d'autres structures, sans régulation aucune de la durée globale de travail.

Propositions

PROPOSITION N°6

Redonner des marges de manœuvre sur l'emploi en sortant des ratios théoriques de personnel et d'évolution de la masse salariale, qui sous-tendent le dialogue de gestion avec les ARS et l'accompagnement des projets d'investissement dans le cadre du COPERMO

PROPOSITION N°7

Reconnaître et soutenir les managers médicaux et non médicaux qui déploient une réflexion collective sur les organisations de travail et posent cette question comme une priorité, en les valorisant par l'intéressement collectif

PROPOSITION N°8

Sans remettre en cause la durée légale de travail, revoir les protocoles 35 heures pour harmoniser et rationaliser la durée du travail et le nombre de jours de RTT induits, qui varient aujourd'hui dans les CHRU entre 15 et 23 jours. Une mesure qui a un impact majeur sur les effectifs

PROPOSITION N°9

Maintenir le déplafonnement du nombre d'heures supplémentaires à hauteur de 20 heures par mois

1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

1.3 Poursuivre et intensifier la reconnaissance des nouveaux cadres d'exercice professionnel

Les possibilités d'organiser les délégations de tâches entre médecins et paramédicaux, médecins et secrétaires médicales et entre paramédicaux peinent à se mettre en place, du fait de la lourdeur des dispositifs d'autorisation. La gestion de la crise a démontré combien, dans l'urgence, les freins antérieurs laissent la place au bon sens.

Ce dispositif très attendu de la part des professionnels porte une véritable transformation dans les organisations hospitalières. Les mesures prises pour faciliter les protocoles de coopération n'ont pas eu le temps de se déployer et doivent continuer d'être soutenues. La mise en œuvre des pratiques avancées connaît plusieurs freins qu'il faut lever :

- les modalités de la concertation préalable avec les sociétés savantes et les syndicats, certes indispensables mais trop longs dans leur production: le dispositif des infirmiers/ères en pratiques avancées (IPA) aux urgences est ainsi en *stand-by* depuis plusieurs mois;
- les délais universitaires de mise en œuvre des masters et les volumes de promotion absorbables;
- le manque de moyens pour remplacer les professionnels pendant le temps de leur formation;
- le financement des nouvelles fonctions ainsi créées qui, en reprenant des tâches aux médecins, les allègent de certaines missions mais ne permettront pas d'en réduire l'effectif.

Outre les protocoles de coopération et les pratiques avancées, d'autres voies peuvent être proposées aux professionnels pour progresser dans leur carrière :

- le tutorat, qui pourrait être revalorisé financièrement et être acquis au bout d'un certain nombre d'années;
- la recherche : valorisation des activités de recherche et d'enseignement dans les parcours professionnels des PH et des paramédicaux en créant plusieurs centaines de postes de professeurs associés, en ins-

taurant un statut universitaire contractuel et un intéressement individuel financier spécifique (sur le modèle de la prime d'encadrement doctoral et de recherche).

Ces éléments constitueraient la concrétisation immédiate des « valences » évoquées dans la proposition 2 ci-dessus, ouvrant des perspectives de progression de carrière stimulantes pour les professionnels.

Tirer les leçons de la crise en matière de formation et de maintien de compétences

La crise nous a montré qu'il est essentiel que les soignants conservent une polyvalence pour faciliter les redéploiements en urgence dans des services pouvant être touchés par une situation sanitaire exceptionnelle. Les redéploiements vers des services de réanimation de soignants, parfois particulièrement spécialisés dans leurs services habituels, se sont faits au prix d'un stress important, d'une surcharge de travail pour les soignants de services de réanimation, qui ont dû accompagner leurs collègues, et de risques en termes de sécurité des soins.

Une incitation plus importante des établissements pour le maintien des compétences infirmières s'avère donc nécessaire et pourrait passer par la simplification des reconnaissances des programmes DPC par l'ANDPC, le décloisonnement des budgets de formation médicaux/non médicaux pour faciliter les formations interprofessionnelles, la reconnaissance des temps d'immersion et de formation *in situ* comme des temps de formation, l'orientation des fonds de la taxe laboratoire, aujourd'hui souvent sous-consommés, vers le financement de formations soignantes.

Le développement accru du télétravail pendant la crise a ouvert largement la voie d'une pratique dont il faut tirer les enseignements pour l'inscrire dans la durée. Il correspond à une nouvelle forme de travail adaptée aux attentes des générations qui arrivent sur le marché de l'emploi et constitue un facteur d'attractivité.



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

Propositions

PROPOSITION N°10

Développer les pratiques avancées en faisant du développement des protocoles de coopération et des pratiques avancées un enjeu porté par les CME, en accélérant la reconnaissance des métiers éligibles aux pratiques avancées et en privilégiant la création d'un corps professionnel spécifique, plutôt que l'alignement sur un grade de cadre

PROPOSITION N°11

Reconnaître les acquis d'expérience par dispositif VAE, simplifiant et raccourcissant les parcours de formation pour des professionnels aguerris

PROPOSITION N°12

Valoriser la carrière des professionnels impliqués dans le tutorat et la recherche, par exemple par la reconnaissance sous forme de valences spécifiques

PROPOSITION N°13

Renforcer le développement des compétences en continu et reconnaître les spécificités du métier d'IDE de réanimation

PROPOSITION N°14

Créer des postes de professeurs associés en instaurant un statut universitaire contractuel pour mieux valoriser la recherche paramédicale

PROPOSITION N°15

Tirer les enseignements du développement accéléré du télétravail



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

1.4 La valorisation du travail collectif

Les CHRU ont démontré dans la gestion de la crise leur capacité à se mobiliser avec agilité sur ces trois enjeux de manière très réactive, en dépassant les frontières des services, le champ des métiers et les cadres hié-

archiques. Conserver cet état d'esprit au sein du collectif, à tous les niveaux de la chaîne de responsabilité (service, pôle, hôpital), implique de donner plus de marge de manoeuvre à tous les niveaux de celle-ci.

Propositions

PROPOSITION N°16

Porter à tous les niveaux l'engagement d'un management participatif en continu

PROPOSITION N°17

Faire du service la clé de voûte de cet engagement

PROPOSITION N°18

Nommer des managers qui s'engagent formellement sur cette volonté

PROPOSITION N°19

Les former et les accompagner en continu et les reconnaître, y compris financièrement, dans cette mission (valence managériale)

PROPOSITION N°20

Les accompagner dans la gestion et la prévention des conflits

PROPOSITION N°21

Publier rapidement les textes concernant le début de carrière, tels que concertés dans le cadre des annonces du plan « Ma santé 2022 » en particulier

PROPOSITION N°22

Augmenter le montant de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH)

PROPOSITION N°23

Ouvrir la possibilité de percevoir l'indemnité d'exercice de service public exclusif (IESPE) dès la nomination en qualité de praticien hospitalier à titre probatoire

a. Mieux valoriser l'engagement des praticiens dans un exercice hospitalier, ainsi que les valences spécifiques

L'implication d'un praticien hospitalier dans des missions d'enseignement et de recherche doit faire l'objet d'une reconnaissance spécifique.

PROPOSITION N°24

Créer des missions d'enseignement et de recherche pour les PH, qui doivent être reconnues à plusieurs niveaux : temps (valences), rémunération (prime d'encadrement doctoral et de recherche) et reconnaissance dans l'institution d'enseignement ou de recherche

Cette valence peut être révisable dans le temps en fonction de l'implication du professionnel dans tel ou tel type d'activité, tout au long de sa carrière.



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

b. Harmoniser les droits et les conditions d'exercice H et HU

Chaque période de recrutement post-internat conforte l'incompréhension quant à la différence des droits des personnels mono-appartenants et de ceux

des bi-appartenants, une différence qui renforce le manque d'attractivité des carrières HU chez les plus jeunes.

	Assistant spécialiste	CCU-AH/AHU
Rémunération nette	2 490 €	2 600 €
Obligations de service	10 demi-journées	11 demi-journées
Nbre de jours de congé	25 jours ouvrés	30 jours ouvrables (dont samedi) > soit 25 jours ouvrés
Nbre de jours de RTT	19 jours	Aucun
Possibilité de TTA	Oui	Non

Au-delà de ces simples statuts de post-internat, le différentiel de droits entre catégories de professionnels médicaux concernant la retraite et l'activité partielle n'est guère acceptable pour les intéressés.

Il est nécessaire de conforter l'attractivité des carrières HU et la cohésion des équipes, ainsi que l'équité de traitement de tous.

Professeurs de médecine: des « demi-soldes » au service de l'État **Pr François-René PRUVOT**

À une époque où un certain nombre de médecins dans l'hôpital bénéficient légitimement d'horaires en plage « additionnelle » et touchent des indemnités substantielles tout en investissant dans un compte épargne-temps, cela est statutairement impossible aux professeurs de médecine. À une époque où le salaire de bon nombre de professeurs, quoique honorable, reste sans parallèle avec leurs compétences et leurs responsabilités (comme il l'a toujours été), il se prolonge désormais sans aucune des compensations traditionnelles de pouvoir et de valorisation dans l'hôpital.

On peut se demander ce qui motive encore la plupart des PU-PH d'exercer la fonction de chef de service en CHRU... sans être pour autant gestionnaire d'une débandade qui leur échappe et dont on veut leur faire « porter le chapeau ». Bref, démissionner de leurs fonctions de gestion pourrait tenter bon nombre d'entre eux. Si s'installer en secteur libéral double ou triple les émolu-

ments, on comprend le doute qui assaille des collègues au milieu du gué lorsque, rendus lucides par l'âge, ils imaginent quel regard ils pourraient porter dans 20 ans, à l'aube de leur retraite, sur une vie de dévouement qui ne les aura menés qu'à une gloriole misérable, confidentielle et ésotérique bien vite oubliée alors que ne leur restera qu'une « pension » amputée du salaire hospitalier qualifié injustement « d'indemnité » et versé, depuis toujours, à fonds perdu... Voilà les « demi-soldes » de l'hôpital public dont la retraite sera plus modeste que celle de leurs collaborateurs hospitaliers. Si ce statut appartient au passé, des aménagements simples pourraient le moderniser. Cette « indemnité » hospitalière mensuelle n'est pas, comme dans d'autres corps de métier, une simple « prime » soi-disant impossible à comptabiliser dans le calcul de la retraite, c'est véritablement le juste salaire d'un corps professoral particulier dans l'université française. Ce salaire doit être intégré au calcul de la retraite.



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

Propositions

PROPOSITION N°25

Octroyer le même régime de congés pour les H et pour les HU, avec l'octroi de RTT pour les HU

PROPOSITION N°27

Permettre l'existence de temps de travail additionnel pour les HU

PROPOSITION N°26

Faire cotiser pour la retraite les HU sur l'ensemble des émoluments hospitaliers

PROPOSITION N°28

Autoriser l'activité partielle de droit pour les personnels HU

c. Revaloriser la sujétion de permanence des soins seniors

La permanence des soins apparaît réellement comme une charge de travail supplémentaire et contraignante, et un facteur de pénibilité, ce qui constitue un désavantage comparatif par rapport à un exercice libéral.

Cette charge de travail se manifeste en gardes (*cf. infra*) mais aussi en astreintes ; avec les outils informatiques existants, la

réponse peut davantage être à distance durant l'astreinte, sans entraîner un déplacement. Or, ce qui rémunère une astreinte est le déplacement. Un nouveau modèle doit être construit pour compenser la sujétion mal prise en compte dans le système de rémunération en fonction des déplacements¹.

Propositions

PROPOSITION N°29

Revaloriser la garde H au tarif de la garde HU, soit, quel que soit le statut : 479 € brut (390 € net)

PROPOSITION N°31

Engager une réflexion pour mieux valoriser les astreintes non déplacées mais travaillées, comme la téléradiologie notamment

PROPOSITION N°30

Prévoir une majoration pour les gardes de week-end et les veilles de jours fériés

PROPOSITION N°32

Élargir à l'ensemble des statuts le dispositif de « mission temporaire »² des HU titulaires

1. Dans les CHU, l'incompréhension quant à la différence de valorisation d'une garde selon le statut est grandissante : comment expliquer aux professionnels médicaux qu'une même garde, correspondant aux mêmes sujétions, est le lundi valorisée à 218 € net car c'est un praticien hospitalier qui l'assure alors qu'elle passe à 390€ net le mardi car un jeune chef de clinique des universités-assistant des hôpitaux l'assure ? Il faut donc un signal fort de revalorisation des gardes.

2. Article 34 du décret n°84-135 du 24 février 1984 : « Les PU-PH et MCU-PH peuvent être placés sur leur demande en position de mission temporaire pour une durée maximum de trois mois par période de deux ans. Ils conservent, dans cette position, la totalité de leur rémunération universitaire et hospitalière. Après une période de huit années, les membres du personnel titulaires qui n'ont pas utilisé tout ou partie des périodes de mission temporaire telles que définies au premier alinéa ci-dessus peuvent être placés en position de mission temporaire pour une durée égale au nombre de mois, semaines et jours non utilisés à ce titre. Cette modalité d'utilisation de la position de mission temporaire doit faire l'objet d'un projet présenté par les personnels qui en bénéficient et d'un rapport d'activité remis à l'issue de la période mentionnée. »

1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

PROPOSITION N°33

Réfléchir aux modalités de « respiration » durant la carrière, à envisager pour les différents statuts, dans une dynamique de retour sur investissement pour l'établissement d'origine

PROPOSITION N°34

Sanctionner financièrement les agences d'intérim médical qui mettent les établissements publics de santé en relation avec des médecins intérimaires refusant le tarif réglementaire

PROPOSITION N°35

Mettre en place un prélèvement sur le revenu à hauteur de 100 % de la rémunération nette au-delà de la rémunération réglementaire pour les médecins

Le projet managérial, social et QVT du personnel médical gagne à être impulsé et piloté par une commission émanant de la CME et représentant les différentes catégories de praticiens, aux côtés de laquelle la direction des affaires médicales doit se positionner pour apporter son expertise et son soutien, technique comme financier, dans le cadre d'un budget identifié (crédits de formation continue et de prestations de service notamment).

La commission se charge de définir la politique générale de management des équipes médicales déclinée en valeurs et principes fondateurs. Au titre de ces principes figure la promotion des entretiens annuels professionnels dont doit pouvoir bénéficier chaque praticien, pour plus de reconnaissance et de transparence.

Cette politique managériale précise les objectifs et méthodes de valorisation et d'accompagnement institutionnel des praticiens acceptant d'assumer des responsabilités d'encadrement mais également des responsabilités transversales telles que l'animation de commissions spécialisées.

PROPOSITION N°36

Reconnaître le temps de travail nécessaire pour l'exercice des responsabilités managériales et reconnaître une indemnité liée à ces responsabilités

L'exercice des fonctions managériales exige une reconnaissance préalable du temps de travail indispensable devant être consacré aux différentes étapes du processus (formation initiale, mise en œuvre au quotidien, actualisation des connaissances et des pratiques...). Par là même, l'accession aux fonctions de management suppose une clarification des organisations du travail et des répartitions de fonctions et responsabilités assumées entre les différents praticiens (bi ou mono-appartenants), au sein d'une même équipe, de telle sorte que le cumul de fonctions sur une même personne (*a fortiori* un PU-PH récemment nommé) ne relève plus du leurre ou de la mission impossible.

En outre, il s'avère aujourd'hui incontournable de reconnaître aux chefs de service et responsables d'UF des champs de compétences spécifiques, permettant l'autonomisation relative de leurs responsabilités. En effet, sans altérer la portée du projet ou du contrat de pôle, il semble indispensable de (re)donner, à l'unité élémentaire d'un collectif de travail (service ou unité fonctionnelle), un domaine spécifique de responsabilités permettant de dynamiser l'esprit d'équipe et de favoriser la résolution des problèmes du quotidien. Cette reconnaissance passe indiscutablement par la formalisation d'un domaine « réservé » d'attributions et de prérogatives, dans le cadre des règles de délégation de gestion définies par le règlement intérieur des pôles. En outre, le chef de service ou responsable de structure interne doit pouvoir organiser librement les responsabilités éventuelles qu'il souhaite confier à certains membres de son équipe. Enfin, les Conférences souhaitent la reconnaissance d'une indemnité managériale pour l'exercice de responsabilités

1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

(pôle et service), traduisant la véritable rupture que représentent ces missions dans l'organisation du temps médical dédié à ces fonctions.

PROPOSITION N°37**Professionnalisation du management des équipes médicales: motivation et compétences dans les trois dimensions (savoir, savoir-être et savoir-faire)**

L'exercice des responsabilités managériales suppose une forte motivation et des aptitudes préalables reconnues à partir de critères objectifs. Il implique également et nécessairement le suivi d'une formation d'initiation de bon niveau et évolutive dans le temps, pour accompagner le praticien pendant toute la durée de son mandat.

La motivation et les aptitudes préalables doivent explicitement constituer le premier critère de sélection pour permettre la validation, par la direction, dans le cadre d'une procédure collégiale et transparente, d'une nomination aux fonctions de chef de pôle, chef de service ou responsable d'unité fonctionnelle, sur proposition du président de CME et des chefs de pôle. **Pour apprécier ces éléments, il peut être préconisé l'organisation d'un appel à candidatures, à partir d'une fiche de poste comprenant l'audition des différents candidats.**

La formation d'initiation et d'adaptation à l'exercice des fonctions managériales constitue, sinon un prérequis, du moins une obligation incontournable dont le praticien devra s'acquitter dans l'année qui suit sa nomination (ou encore mieux dans les six mois qui suivent, comme le prévoit expressément la réglementation).

Compte tenu des enjeux comme des difficultés en perspective, les exigences de professionnalisme imposent une formation initiale de bon niveau et d'une durée conséquente.

Ainsi, en termes de durée, un cycle d'une dizaine de jours de formation sur la durée du mandat est un minimum recommandable.

À travers ce cycle, il s'agira en effet de garantir les fondamentaux pour permettre aux « praticiens managers » de mieux :

- comprendre les éléments de contexte, nationaux et régionaux, et de contrainte dans lesquels se met en œuvre le projet d'établissement;
- comprendre les concepts de l'éthique du management et en maîtriser les outils comme les codes; savoir également concilier le management avec la recherche de leadership, c'est-à-dire le pouvoir de créer et de transformer avec la nécessité d'organiser, de fédérer, de planifier et d'évaluer;
- s'approprier les espaces d'autonomie reconnus par les délégations de gestion et rechercher les marges de manœuvre nécessaires pour piloter les objectifs et/ou les projets;
- comprendre le sens et maîtriser la méthode pour mener à bien les entretiens annuels professionnels avec les différents membres de l'équipe médicale;
- détecter et désamorcer les risques de conflits interindividuels et/ou d'épuisement professionnel auprès des différents collègues ou collaborateurs;
- acquérir les techniques nécessaires à l'animation d'une équipe pour piloter la conduite de projet et du changement.

Au regard de ce dernier objectif, ces formations seront d'autant plus profitables qu'elles pourront être menées, au moins partiellement, de concert avec les personnels d'encadrement paramédicaux et pourront prendre la forme de « formations actions » sur site par binôme. **Ainsi, responsables médicaux et paramédicaux de structures internes pourront partager, à l'appui d'une même séquence de formation, une même vision du management participatif et la même boîte à outils pour améliorer l'animation d'une dynamique d'équipe (voir la Charte des engagements managériaux).**

Pour renforcer l'efficacité du dispositif, ces cycles de formation gagneront à être précédés et suivis de bilans personnalisés



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

d'autoévaluation qui permettront aux praticiens de pouvoir chercher une réponse complémentaire, sur mesure, à leurs besoins (co-développement et/ou coaching notamment). Il ne nous semble pas pour autant indispensable de prévoir une durée de formation initiale sensiblement supérieure à une dizaine de jours, ni que ce cycle présente un caractère diplômant, sachant que le bénéficiaire, pour le praticien concerné comme pour l'institution, se mesure principalement à la portée opérationnelle de la formation suivie sur le terrain.

Par ailleurs, le déploiement de ces cycles de formation créera des opportunités de rencontres régulières et de temps forts (au moins une fois par an) entre les responsables médicaux, la direction générale et le directoire, de façon à partager des informations d'actualité mais aussi reconnaître et valoriser, sur le plan institutionnel, les *success stories* portées par telle ou telle équipe au sein de tel ou tel pôle.

PROPOSITION N°38

Systématiser la pratique de l'entretien individuel annuel confraternel

- Entre le chef de service et son ou ses adjoints.
- Entre le chef de service et les médecins du service.
- Entre le chef de pôle et les chefs de service du pôle.
- Entre le chef de pôle et la gouvernance (directeur + président de la CME).

PROPOSITION N°39

Systématiser et structurer les dispositifs de conciliation interne

Compte tenu de l'hétérogénéité des pratiques en cours, il nous semble nécessaire de préconiser la généralisation des bonnes pratiques de façon à pouvoir, sous l'égide de la commission QVT (émanation de la CME) et d'un comité de gestion *ad hoc* des situations complexes (associant les doyens lorsque des bi-appartenants sont concernés) :

- définir les règles et procédures de détection des situations avérées ou potentielles de conflits interpersonnels et de saisine du dispositif local de conciliation ;
- sélectionner sur appel à volontariat et après formation initiale un vivier de conciliateurs locaux, suffisamment nombreux et aux profils variés, pour permettre le choix des bonnes personnes ressources au cas par cas ;
- définir les règles de formulation, diffusion et suivi en interne des préconisations faites par les conciliateurs à l'ensemble des parties prenantes ;
- définir les modalités de saisine éventuelle du dispositif de médiation, régional ou national, en cas d'échec de la conciliation.

PROPOSITION N°40

Systématiser et structurer les dispositifs de prévention des risques psychosociaux

Compte tenu, là encore, de la disparité des situations rencontrées au sein des CHRU, la généralisation des bonnes pratiques conduit à préconiser le fonctionnement d'un comité de prévention des risques psychosociaux (RPS) en associant, sous une forme à définir, les médecins du travail mais aussi les doyens des facultés lorsque des internes et des praticiens hospitaliers bi-appartenants sont concernés.

En outre, une politique de prévention des risques d'épuisement professionnel passe nécessairement par l'amélioration tangible de la gestion prévisionnelle du temps de travail de chaque praticien dans le cadre d'une gestion prévisionnelle d'équipe.

Ce sujet mérite aujourd'hui que des réponses opérationnelles et généralisées soient apportées alors même que l'élaboration des maquettes d'organisation et des tableaux de service prévisionnels s'avère encore difficile et peu maîtrisée pour la plupart des services et UF de CHRU.

En outre, compte tenu de l'effet potentiellement très délétère pour le moral des praticiens des conséquences d'accidents médi-



1. PRÉSERVER, DÉVELOPPER ET ACCOMPAGNER LES RESSOURCES HUMAINES

caux dans lesquels ils peuvent être directement impliqués, **il s'avère indispensable de systématiser la mise en place de dispositifs de protection (dits de « seconde victime ») conçus pour apporter sans retard le soutien psychologique et juridique nécessaire.**

PROPOSITION N°41

Promouvoir et diffuser une stratégie de recherche centrée sur les problématiques de management

Compte tenu de leur vocation universitaire mais aussi de leur volonté de s'améliorer en continu et de capitaliser sur les retours d'expérience, les CHRU s'engagent à déployer des programmes d'évaluation scientifique et/ou de « recherche-action » en articulation avec les universités, les grandes écoles et les instituts du management.

PROPOSITION N°42

Internaliser le suivi des personnels hospitalo-universitaires au sein des services de santé au travail des CHRU

PROPOSITION N°43

Rendre obligatoire la formation au management médical pour les responsables d'équipe médicale

PROPOSITION N°44

Faire de la nomination des responsables de service un temps fort institutionnel, en privilégiant le projet et les aptitudes

d. Mieux envisager les secondes parties et fins de carrière

Il est essentiel de pouvoir faciliter les évolutions en cours de carrière. Sur ce sujet, les dispositifs actuels sont inadaptés. En cas d'impossibilité de tenir son poste, reste pour le médecin un dispositif lourd et stigmatisant de « licenciement pour inaptitude » lorsqu'il peut aboutir. Ou alors des aménagements de poste, plus ou moins officiels, au sein des services. Il est actuellement très complexe d'envisager des réorientations entre spécialités. La négociation du virage de fin de carrière est difficile et la retraite souvent mal préparée et mal anticipée.

PROPOSITION N°45

Ouvrir un chantier de réflexion sur les secondes parties de carrière, en mettant en place un entretien systématique après 50 ans

PROPOSITION N°46

Doter les établissements publics de santé d'une palette d'outils permettant de répondre aux souhaits de reconversion professionnelle, aux tentatives de changement de spécialité et aux souhaits de décélération progressive d'activité

Ce dispositif complet permettrait de fluidifier les parcours tout en conservant une gestion nationale de la carrière des praticiens.

PROPOSITION N°47

En miroir de la fusion des quatre premiers échelons, en ajouter deux complémentaires en fin de carrière afin de conserver les perspectives d'évolution des professionnels les plus expérimentés



PARTIE 2

RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

1. ALLER VERS UNE TRANSFORMATION GLOBALE DU SYSTÈME DE FINANCEMENT HOSPITALIER

2. REPENSER LE MODÈLE DE PERFORMANCE PAR UNE REFORGE DU COPERMO

Revaloriser financièrement et qualitativement les carrières des hospitaliers et reconnaître la spécificité de la fonction publique hospitalière.

Réaliser un effort significatif sur les **investissements**, accompagnant la création de valeur portée par les CHRU (emplois, innovation et recherche) et rénover le financement des soins qui apportent de la valeur aux patients en ayant une vision territoriale et décloisonnée.

Conduire un **réel choc de simplification**, assorti d'un renversement de paradigme basé sur la confiance accordée aux acteurs de terrain
(voir les propositions du rapport Claris).



1. ALLER VERS UNE TRANSFORMATION GLOBALE DU SYSTÈME DE FINANCEMENT HOSPITALIER

1.1 Mesures immédiates de sécurisation financière des hôpitaux en PLFSS rectificatif pour 2020 dans le cadre des mesures d'urgence sanitaire pour la prise en charge du Covid-19

Plusieurs mesures ont déjà été mises en œuvre par le ministère pour accompagner financièrement les établissements publics de santé (EPS) dans la gestion de la crise

du Covid pendant la période de l'état d'urgence sanitaire. Toutefois, ces mesures s'avèrent insuffisantes et, pour certaines, non encore clarifiées.

a. Mettre en place une réelle garantie de ressources « AMC » en 2020

Une garantie minimale de ressources sur les recettes assises sur l'activité a été créée pour les EPS, à compter du 1^{er} mars 2020. Elle ne concerne que la part facturable à l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Il convient d'instaurer un dispositif équivalent pour les produits assis sur l'activité de soins pris en charge par l'assurance maladie complémentaire (AMC), soit par les mutuelles, soit par les assurances santé, soit par l'État ou l'assurance maladie au titre des patients étrangers.

La garantie de ressources AMC devrait fonctionner selon les principes suivants :

- garantie de ressources applicable à compter du 1^{er} mars 2020 en date de soins jusqu'au 31 décembre 2020, à l'identique de la période couverte par la garantie AMO ;
- suspension, à compter du 1^{er} mars 2020, de la facturation des soins hospitaliers aux AMC en date de soins ;
- avance de versement en douzième versés mensuellement par l'assurance maladie (10/12^e) en 2020, jusqu'à la fin de l'exercice ;
- calcul du montant de l'avance sur la base des dernières ressources comptabilisées

au compte financier approuvé de chaque établissement (CF 2018), augmenté d'un taux d'évolution de 0,2%, à l'identique du taux accordé par la garantie AMO ;

- définition du périmètre des prestations couvertes : ticket modérateur sur les séjours (FJH inclus) et les soins externes hospitaliers (5% du total des recettes des hôpitaux), ainsi que sur les chambres particulières (1% du total des recettes des hôpitaux) ;
- mécanisme de la garantie « plancher » : le niveau minimal de recettes est acquis définitivement aux EPS ;
- recouvrement des sommes dues par les mutuelles et assurances santé, directement par l'assurance maladie nationale, par un fonds de solidarité nationale financé grâce à une taxe assise sur le nombre d'adhérents ou sur le chiffre d'affaires.

Le montant en année pleine s'élève à plus de 4 Mds € et représente plus de 6% des recettes des hôpitaux.

Cette garantie, avec avance mensuelle, permettrait de soulager la trésorerie des hôpitaux.

PROPOSITION N°48

Mettre en place une garantie annuelle de ressources AMC



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

b. Mettre en place une couverture intégrale des surcoûts et pertes d'exploitation liés au Covid à travers une garantie de ressources financières des hôpitaux

Si les trois mécanismes de garantie de ressources adossés à l'activité de soins facturable (périmètre T2A) en fonction des droits de chaque patient (patients français AMO + AMC + patients étrangers) contribuent à préserver la trésorerie des EPS, ils ne permettront pas de faire face à l'ensemble des charges auxquelles sont confrontés les hôpitaux en 2020.

En effet, l'augmentation des charges liées à la prise en charge des patients Covid, à la protection des personnels de santé (mobilisation de ressources humaines supplémentaires et achats d'équipements de protection individuelle, de réactifs, consommables et d'équipements biomédicaux et informatiques, travaux d'aménagement des locaux, prestations de ménage, transports de patients) et à l'explosion des prix sur les produits en tension d'approvisionnement (produits de santé, réactifs de biologie, EPI, respirateurs...) s'est accompagnée d'une diminution drastique des recettes d'activités de soins, de recherche et des recettes diverses hors soins en lien avec la déprogrammation des activités non urgentes et la reprise partielle des activités semi-urgentes dans un environnement capacitaire profondément modifié (nouvelles règles prudentielles de gestion des lits et des capacités, nouvelles normes d'hygiène).

Les établissements de santé sont confrontés à des surcoûts en dépenses d'exploitation et d'investissement et à des pertes de recettes d'exploitation significatives alors qu'ils n'ont été éligibles ni aux dispositifs nationaux de compensation du chômage partiel et arrêts maladie, ils ont dû maintenir la rémunération, ni aux dispositifs d'exonérations de charges sociales et fiscales alors que plus de 80% des charges hospitalières sont fixes (masse salariale et charges de structure).

On observe par ailleurs des surcoûts spécifiques liés aux missions distinctives des CHRU :

- mise en place d'activités nouvelles par des moyens supplémentaires pour assurer les missions de dépistage du Covid, notamment pour les tests RT-PCR réalisés sur les plateformes de séquençage haut débit installées dans les CHRU (plateformes dites « MGI ») ;
- les pertes de recettes liées aux activités de recherche à promotion industrielle ou institutionnelle qui ont été suspendues faute d'inclusion de patient au cours de l'année, les personnels financés sur ces projets n'ayant pu être redéployés sur d'autres supports de financement ;
- les pertes liées aux prestations de services techniques, logistiques, informatiques ou de soins réalisées en prestations interétablissements par les CHRU au profit des hôpitaux d'autres territoires, qui ont été suspendues alors que les coûts fixes, qu'elles servent à couvrir, sont restés constants sur la période.

Dans ce contexte, il est illusoire d'appréhender ce financement selon les logiques traditionnelles :

- **de mettre en place une revue analytique des comptes 2020** pour identifier la part des surcoûts nets des économies, qui resterait à compenser en sus des garanties de ressources, sachant que les effets prix et volume ne peuvent être retraités et que les postes de financement à déduire ne sont pas affectés ;
- **de fixer une référence de niveau de financement à compenser par une garantie de ressources**, en retraçant la situation structurelle 2020 de chaque établissement, pour couvrir un chiffre d'affaires théorique hors impact du Covid.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

PROPOSITION N°49

Compenser l'intégralité des surcoûts et pertes d'exploitation liés au Covid-19

Il est proposé une mesure financière simple de couverture intégrale des charges d'exploitation qui seront constatées à l'issue de la clôture de l'exercice 2020 pour l'ensemble des EPS, selon le principe de l'année blanche budgétaire en vertu des circonstances exceptionnelles. Cette couverture prendrait la forme d'une aide financière d'État versée en MIGAC de classe 7, à titre non reconductible, sous forme de «subvention d'équilibre» calculée par différence entre les charges et les produits d'exploitation courants constatés en 2019 sur la base de référence de la marge dégagée lors du compte financier 2019 (principe de neutralité selon lequel le Covid-

19 ne doit générer ni gain ni perte sur 2020). Cette couverture serait financée intégralement par l'ONDAM hospitalier 2020, avec une délégation de crédits au plus tard fin mars 2021, pour le solde final après déduction des autres produits déjà versés par anticipation, ouvrant droit aux établissements à comptabiliser un produit à recevoir pour le solde non couvert à l'issue de la clôture des comptes au terme de la journée complémentaire au 31 janvier 2021, conformément à la réglementation comptable. Par ailleurs, tous les surcoûts d'investissements du Covid-19 (travaux, équipements système d'information) doivent donner droit à couverture financière intégrale en comptabilisant la quote-part des crédits délégués afférents à l'investissement en subvention d'investissement de classe 1.

c. Lever l'obligation de certification des comptes de l'exercice 2020 des hôpitaux publics

Par ordonnance législative, un droit d'option permettant une dispense de certification a été mis en place concernant les comptes 2019, accompagné d'une modification du calendrier de clôture des comptes. Cette mesure visait à simplifier la gestion au regard du surcroît de charge de travail et de la réaffectation des ressources sur les missions prioritaires des hôpitaux au moment même où la crise du Covid-19 sévissait. Peu d'hôpitaux s'en sont saisis, car les opérations étaient le plus souvent en cours de finalisation.

Cette mesure d'allègement n'est pas adaptée pour les comptes de l'exercice 2020, qui ne sont pas visés par cette ordonnance; c'est bien la qualité des processus comptables qui est en jeu en 2020, en raison de la gestion du Covid et de la complexification des opérations financières en cours d'année:

- les niveaux de contrôles internes et les conditions «d'auditabilité *a posteriori* des comptes»;
- les principaux processus clés: facturation, stocks, immobilisations, trésorerie;
- le calendrier des opérations financières et comptables de clôture.

Une redéfinition de tous les référentiels comptables et de contrôle serait trop fastidieuse et le risque de multiplication de réserves est trop important sur les comptes 2020.

PROPOSITION N°50

Suspendre, sans conditions et sans surcoûts, l'obligation légale applicable sur les comptes 2020

Engager une réflexion sur le maintien d'un dispositif de prolongation transitoire des garanties de ressources AMO et AMC sur l'exercice 2021 compte tenu du risque de retour de vague épidémique du Covid-19 en s'appuyant sur un retour d'expérience permettant d'identifier les leviers de simplification et d'adaptation. Engager une concertation sur l'adaptation des modalités de calibrage des dotations et financements forfaitaires (MIGAC-FIR, forfaits annuels), en fléchage national ou régional, assis sur le recueil des données d'activité de l'année précédente, pour neutraliser l'effet du Covid sur les données d'activité.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

1.2 MESURES DE REFONDATION DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX (À ENGAGER DÈS 2020)

a. Sécuriser le financement des revalorisations salariales et des mesures réglementaires à l'hôpital

Contexte et justification du changement

Depuis de nombreuses années, chaque nouvelle norme et chaque revalorisation salariale s'accompagnent invariablement de la même phrase : « Le surcoût est compris dans les tarifs » !

Cette phrase caricaturale est connue de tous les hospitaliers et elle conduit à compléter la mise en œuvre de toute nouvelle norme et de toute revalorisation salariale par un train inexorable d'économies.

Cette situation est source de tensions entre les acteurs hospitaliers, les « gains » des uns se traduisant, quasi systématiquement, par les « pertes » des autres.

Aussi, l'alignement des salaires des hospitaliers sur les meilleurs salaires constatés pour chaque métier dans les pays de

l'OCDE, à périmètre comparable, est devenu une nécessité, un prérequis indispensable pour recréer la confiance au sein de nos établissements et rendre attractives les carrières hospitalières.

Mais cette revalorisation salariale ne pourra être réalisée dans de bonnes conditions que si elle est compensée intégralement par une dotation *ad hoc*.

PROPOSITION N°51

Instaurer au sein de nos budgets hospitaliers le principe de compensation financière à « l'euro-l'euro » de toutes les nouvelles mesures réglementaires et salariales sous forme de dotation budgétaire spécifique (principe de MIGAC fléchée)

b. Réformer le financement des investissements hospitaliers

Contexte et justification du changement

Le financement actuel de l'investissement hospitalier n'est pas assuré par l'ONDAM, car ni les tarifs des séjours ni les dotations forfaitaires ne couvrent les besoins d'auto-financement et de remboursement de la dette financière.

En résulte une double conséquence négative pour l'investissement hospitalier :

- une explosion « contrainte » de la dette hospitalière (qui représente plus de 30 Mds €), avec un surcoût pour les hôpitaux par comparaison avec les autres entités publiques (taux d'intérêt plus élevés et notation dégradée par rapport à

l'État et aux collectivités locales) ;

- une réduction significative de l'effort d'investissement des CHRU comme des CH, autour de 5% par an au lieu de 8%, comme recommandé par l'IGAS et l'IGF pour les CH, et 9% pour les CHRU, compte tenu de leurs missions spécifiques et distinctives.

Afin de compenser ces insuffisances, le recours à des plans d'investissement a été utilisé mais il s'est heurté à plusieurs difficultés majeures :

- les plans H2007 et H2012 se sont limités à des reconstructions immobilières lourdes pour compenser le sous-investissement et rénover le parc immobilier, après 20 ans en dotation globale ;



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

- les mécanismes de financement se sont concentrés sur un accompagnement majoritaire en emprunts aidés, augmentant de fait le niveau de la dette financière hospitalière afin d'en lisser le coût annuel au sein de l'ONDAM;
- les mécanismes d'arbitrage ont été pyramidés et concentrés au niveau du CO-PERMO sur la base d'une analyse micro-économique et d'une doctrine de choix conditionnant l'acceptation des projets et/ou des aides financières au retour sur investissement financier et à la mise en place de plans d'économies sur la base d'indicateurs stricts et excessifs de productivité maximale des coûts de production (suppression de postes, réduction capacitaire...).

Un autre modèle de financement est possible mais il implique un changement total d'écosystème.

PROPOSITION N°52

Repenser l'investissement hospitalier en sanctuarisant les enveloppes au sein de l'ONDAM et en créant un nouvel écosystème favorable (référentiels, réglementations, opérateurs)

La mesure s'appuie notamment sur la création d'une enveloppe dédiée à l'investissement au sein de l'ONDAM, permettant de sanctuariser un effort d'investissement annuel minimal de 8%, dont 7% pour les hôpitaux non CHRU et 9% pour les CHRU, soit au total 8,1 Mds€/an.

Principes de régulation de l'enveloppe

- Sécuriser l'évolution annuelle tendancielle de cette enveloppe au prorata de l'évolution de l'ONDAM global, avec un taux d'évolution minimum plancher de +2% par an.
- Répartition entre les EPS éligibles au prorata budgétaire.
- Sanctuarisation d'une sous-enveloppe de 1% pour les CHRU, elle-même répartie au prorata budgétaire.

Le financement serait réalisé comme suit, avec 3,6 Mds € de financements nouveaux par an à accorder, via le plan d'investissement massif (PAM) annoncé par le président de la République, à pérenniser dans un objectif de l'ONDAM hospitalier :

- 5% par redéploiement de l'ONDAM hospitalier 2020 avant Covid, soit 4,5 Mds €;
- 2% par crédits nouveaux dans le cadre du PAM, soit 1,8 Md € afin d'atteindre la cible minimale recommandée de 7% pour tout hôpital public (CHRU et CH);
- 2% pour les investissements spécifiquement liés aux missions distinctives des CHRU par crédits nouveaux dans le cadre du PAM, soit 1,8 Md €.

Réaligner le plan national de reprise de la dette de 13 Mds€ (1/3 de la dette hospitalière) sur un objectif de désendettement et de recapitalisation des hôpitaux endettés en raison du passif, en veillant aux clés de répartition.

- Instaurer une reprise de la dette par l'État (ACCOSS), qui se traduit par un transfert juridique et comptable de toutes les obligations contractuelles dès 2021, pour restaurer les marges de manœuvre budgétaire.
- Appliquer un taux de reprise de 33% forfaitaire à tous les établissements endettés, sans autre critère de distinction, afin d'accélérer la mise en œuvre du dispositif en 2021.

Créer un écosystème favorable à une politique d'investissement hospitalier ambitieuse et soutenable à long terme en créant une « Agence publique de financement » (APF) de l'hôpital.

- Créer un livret d'épargne rémunéré « livret H » pour redistribuer une quote-part significative de l'épargne des Français au profit de l'investissement hospitalier, à l'instar de la politique du logement (livret A). Ce livret abonderait le besoin de financement complémentaire pour constituer l'enveloppe ONDAM dédiée à l'investissement.
- Créer un nouvel « investisseur institutionnel » de l'État doté d'une gouvernance hospitalière partagée avec les acteurs de terrain et lui confier la mission de financement de la politique d'investissement



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

à long terme ainsi que la sécurisation de la trésorerie à court terme pour réduire au maximum les frais financiers : prêts à taux zéro ou bonifiés.

- Mutualiser la trésorerie hospitalière active et en confier la gestion à l'investisseur institutionnel de l'État via un mécanisme de *cash pooling* pour supprimer la dépendance financière des hôpitaux aux crédits de trésorerie bancaire pour leur trésorerie quotidienne.
- Octroyer la garantie explicite de l'État aux emprunts hospitaliers publics et les intégrer dans la réforme Solvency II pour réduire les taux d'intérêt opposés aux hôpitaux publics et faciliter l'entrée des assureurs dans le panel des investisseurs du secteur public hospitalier.
- Lancer un programme national d'émission obligataire massif en format *sustainability bonds* pour lever des fonds à long terme au profit des investissements hospitaliers et un programme d'émission de titres de créances négociables pour lever des fonds à court terme au profit des besoins de trésorerie des hôpitaux.

Définir des priorités stratégiques et des référentiels d'investissement hospitalier en lien avec les évolutions des prises en charge et mieux adaptés aux missions réelles des CHRU, à leur responsabilité territoriale et populationnelle à long terme et aux besoins d'adaptation permanents à l'innovation médicale et organisationnelle et aux situations sanitaires exceptionnelles, au-delà des seuls critères de retour sur investissement strictement financiers.

- Priorités stratégiques à soutenir financièrement :
 - la transition numérique et l'e-santé : déploiement des outils numériques préconisés par la DNS pour asseoir le socle indispensable et constitution d'entrepôts de données de santé de type *big data* et de logiciels à base de règles d'intelligence artificielle,
 - la transition écologique pour améliorer la performance énergétique durable des hôpitaux dans la mise à niveau et l'adaptation des bâtiments hospitaliers.

- Définir un référentiel national d'investissement sur la base de critères adaptés aux missions des CH et des CHRU et aux enjeux de responsabilité territoriale en santé et en viabilité écologique à long terme :

- adapter le référentiel d'analyse des projets pour tenir compte de l'impact des missions distinctives des CHRU sur les projets (ratios de surfaces/coûts/personnels/capacitaire...), des différents modes de prise en charge et des capacités d'adaptation à la demande de soins et aux exigences de qualité et de sécurité des soins,
- assouplir la doctrine financière pour tenir compte du poids significatif des recettes forfaitaires liées aux missions de service public autres que les missions distinctives des CHRU (enseignement, recherche, recours et innovation) et valoriser les missions territoriales (économies plus globales au niveau territorial),
- introduire un référentiel RSE pour accompagner la transformation des hôpitaux au regard des exigences de développement durable et de performance environnementale et en intégrer les coûts et gains attendus dans la conception initiale sur la base d'une analyse en coût global,
- prendre en compte dès la conception des projets les impacts sur les besoins d'investissements courants.

Confier aux CHRU une mission d'expérimentation de type article 51 du nouveau modèle de financement de l'investissement hospitalier en transformant le GCS CHRU France Finances en véritable Agence publique de financement des CHRU, sur une base volontaire.

- Mutualisation de la trésorerie des CHRU.
- Émission obligataire de *sustainability bonds* pour les CHRU.
- Émission de titres de créances négociables pour les CHRU.
- Mission d'opérateur de financement direct des CHRU à court terme et long termes.



c. Sécuriser le financement des missions distinctives des CHRU

Contexte et justification du changement

Les CHRU disposent d'une offre de soins plus complexe, d'un haut niveau d'expertise médicale et de plateaux médico-techniques plus coûteux que la moyenne des EPS. Cela s'explique par la spécificité des missions qui leur sont dévolues depuis les ordonnances de 1958 : soins, enseignement, recherche, innovation.

Les CHRU assument :

- la prise en charge de patients dans les mêmes conditions et mêmes locaux pour des soins de proximité comme pour des soins de recours, d'expertise ou de référence, en fonction de la graduation territoriale des filières de soins et des autorisations de soins confiées ;
- la réalisation de missions d'enseignement, de recherche, d'innovation, de recours, de référence, en cohabitation avec les missions de soins de proximité ou de recours lié à la graduation territoriale de prises en charge et aux autorisations, impliquant des surcoûts d'exploitation non pris en charge dans la tarification des soins.

Le modèle actuel de financement n'a pas permis de régler les impasses de financement auxquelles sont confrontés les CHRU, durablement inscrits dans des déficits récurrents d'exploitation.

Comme l'a souligné la Cour des comptes, les CHRU se caractérisent par :

- un déficit financier durablement installé et important, et une fragilité financière croissante liée aux risques et surcoûts auxquels ils sont plus naturellement exposés dans leur gestion ;
- un panier de soins très large et plus riche que tous les autres établissements, lié à la coexistence de missions de proximité, de recours territorial et d'intérêt général ;

- une plus forte proportion d'activités de recours, d'expertise, de référence et d'innovation sans modèle financier distinctif vis-à-vis des autres établissements (la sévérité n'étant pas un critère discriminant puisque indexé principalement sur la durée de séjour) ;
- une plus forte proportion des dotations forfaitaires dans les recettes totales versées par l'assurance maladie, en baisse récurrente sur la base de modélisations incomplètes et non distinctives (les autres établissements ayant été autorisés à accéder aux mêmes financements à enveloppe globalement constante depuis 10 ans).

Le modèle de financement des CHRU de demain doit permettre, en complémentarité avec les orientations stratégiques de la réforme du financement du système de santé, de préparer l'avenir et de redonner du sens aux missions spécifiques et distinctives confiées aux CHRU.

PROPOSITION N°53

Mettre en place une modulation supplémentaire des financements à l'activité, pour reconnaître la graduation et la spécialisation des soins en CHRU, en considérant que la sévérité n'est pas un indicateur suffisamment discriminant pour refléter les surcoûts de prise en charge

- Introduire un coefficient de majoration « recours » des tarifs d'hospitalisation en fonction de la graduation territoriale des soins et des autorisations de soins (prise en charge de recours *versus* proximité) : greffes et transplantations d'organes, surveillance, réanimations et soins critiques, filière neuro-vasculaire, chirurgie cardiaque et neurochirurgie, filière des maternités et de néonatalogie.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

- Introduire un coefficient de majoration « expertise » des tarifs de séjours et forfaits en fonction de la reconnaissance d'un centre de compétence ou de référence expert, agréé ou labellisé : maladies rares, TAVI, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, CART-Cells, chirurgie lourde du cancer...
- Introduire un supplément transport facturable en sus du séjour pour tous les séjours, avec transfert interétablissement dans le cadre d'une prise en charge de recours ou d'expertise (transferts entrants en CHRU) : caissons hyperbares, transports néonataux, etc.
- Greffes : tenir compte dans les GHS de l'augmentation exponentielle des coûts associés au typage HLA des greffons afin d'améliorer la qualité et de compenser les surcoûts non pris en charge de ces examens.

PROPOSITION N°54

Sanctuariser les enveloppes et déplaçonner l'évolution des financements spécifiquement dédiés des missions d'enseignement, de recherche, d'innovation et de coordination des CHRU

- Sanctuariser le financement des MERRI dans un sous-objectif « Recherche et innovation » dédié au sein de l'ONDAM des établissements de santé et séparé du sous-objectif « MIGAC » : 2 Mds €.
- Affecter à cet objectif un taux d'évolution annuel au moins égal à celui de l'ONDAM des établissements de santé hors activités nouvelles qui ne peut être fixé en deçà d'un plancher de +2% : +40 M €/an.
- Réallouer 200 M€ au socle fixe des MERRI (rattrapage du différentiel d'inflation non compensé depuis 10 ans), réviser les indicateurs d'attribution pour encourager l'excellence et la performance des publications et des essais en mettant en œuvre dès 2021 les recommandations du groupe de travail modélisation piloté par la DGOS, en lien avec l'ensemble des fédérations et conférences hospitalières, et dissocier l'enveloppe recherche clinique de l'enveloppe enseignement pour adosser à chacune un modèle d'allocation propre sur la base d'indicateurs spécifiques : 200 M€ en 2021 par réaffectation des crédits du plan d'investissement massif annoncé par le président de la République.
- N'autoriser l'ouverture de nouvelles activités (nouveaux centres labellisés...) qu'à la stricte condition de l'augmentation de l'enveloppe nationale par mesures nouvelles et non plus par redéploiement de crédits à enveloppe constante.
- Mettre en place un financement dynamique des structures d'appui à recherche, dont le socle de financement doit être modulé d'une partie fixe et d'une partie financée à l'activité (DRCI, CRC, CRB, CIC, etc.).
- Créer une dotation MERRI nouvelle en compensation des surcoûts de rémunération des personnels HU dans la participation aux gardes et astreintes sur les lignes de garde de permanence des soins reconnues par les ARS : 50 M € (40 k€/ligne de garde en moyenne).
- Réviser la modélisation forfaitaire du financement des internes en supprimant la dégressivité en fonction de l'ancienneté et assurer une compensation à l'euro-l'euro des rémunérations, majorée d'un taux de charges de gestion générale pour les CHRU, qui en assument la mission : doublement de l'enveloppe nationale par réaffectation des crédits du PAM.
- Assurer la prise en charge à 100% du financement des actes hors nomenclature (RIHN et LC) par l'assurance maladie et à 80% des actes innovants prescrits et produits dans les CHRU : revalorisation de l'enveloppe de 400 m€ en 2021 (doublement car taux actuel de PEC de 50%) par réaffectation des crédits du PAM.
- Assurer la prise en charge à 100% du financement des activités de recours exceptionnel, principalement réalisées par les CHRU : revalorisation de 150 M € en 2021 (quadruplement car taux actuel de PEC de 25%) par réaffectation des crédits du PAM.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

- Créer une MERRI pour compenser les surcoûts d'exploitation liés aux missions de recours territorial des CHRU dans le cadre du soutien à la démographie médicale régionale nécessaire pour assurer une couverture médicale hospitalière suffisante dans les établissements publics de santé des territoires en souffrance.
- Doubler l'enveloppe des appels à projets (AAP) nationaux et l'enveloppe de valorisation de la recherche biomédicale à promotion industrielle pour stimuler le développement de la recherche à l'hôpital sur projet en appels d'offres internes ou externes : +150 M € pour l'enveloppe AAP et +20 M € pour l'enveloppe d'intéressement à la qualité de la recherche biomédicale.
- Redéfinir un modèle de valorisation des brevets et de valorisation de la propriété intellectuelle.
- Redéfinir une grille opposable de surcoûts des projets de recherche comprenant une juste valorisation des prestations réalisées pour les contrats à promotion industrielle comme pour les projets sur AAP.
- Redéfinir les critères d'éligibilité et de répartition de la dotation MERRI pour financer les structures de recherche là où elle se fait, valoriser l'excellence de la recherche française et augmenter le niveau d'inclusion dans les essais en France, en mettant en œuvre les 18 propositions formulées en 2019 par le groupe de travail Modélisation mis en place par la DGOS en 2017 et en valorisant davantage les activités de promotion réalisées par les établissements de santé.
- Financer la mission territoriale de coordination de la recherche confiée aux DRCI des CHU, mission déclinée dans les conventions d'association du CHU aux GHT. Cette mission doit s'inscrire dans une politique claire confiant aux CHU les missions de promotion et aux établissements associés des missions d'investigation.
- Renforcer les *overheads* et la prise en charge des coûts engendrés par le prolongement des études.
- Reconduire les dispositifs de financement des projets par le PIA (ex : RHU) qui favorisent une vision « projet » trans-institutionnelle et partenariale.
- Mettre en place des bonus sur les fonds européens obtenus pour encourager et soutenir les établissements qui participent aux projets H2020, très lourds en termes de montage, contractualisation et de suivi.

PROPOSITION N°55

Partager la valeur dans l'accès précoce à l'innovation des produits de santé entre acteurs industriels, assurance maladie et CHRU, afin de valoriser le rôle déterminant des CHRU dans ce processus

Les modèles de financement actuels ne permettent pas de mobiliser les établissements, la fixation des prix pour le partage de la valeur se faisant exclusivement entre l'assurance maladie et les industriels. L'intéressement financier des CHRU à cette activité constitue un levier fondamental pour accélérer la diffusion des innovations thérapeutiques.

- Dans un cadre rénové, le remboursement des nouvelles molécules onéreuses (MOLON) – ATU, post-ATU, sur liste en sus – se ferait selon un paiement intégral à la performance en fonction des données de vies réelles gérées par les CHRU et une quote-part de rémunération serait directement redistribuée aux CHRU dans le cadre de la fixation des prix pour partager la valeur médico-économique ainsi générée pour le patient dans le cadre de l'ONDAM.
- Ainsi, à l'instar de l'intéressement à la signature de contrat unique pour la recherche clinique à promotion industrielle, un intéressement financier des CHRU pourrait être redistribué sur la base d'indicateurs de performance, d'activité et de résultat, dégagé sur les économies réalisées et sur les prix contractualisés dans la tarification des produits de santé.



1.3 MESURES DE REFONDATION DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ (ONDAM-T2A)

a. Définir un nouveau cadre de régulation de l'ONDAM

Contexte et justification du changement

Le financement hospitalier s'inscrit depuis plus de 40 dans un contexte de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Toutes les réformes successives, conduites pour réguler et freiner la dépense de santé en France, se sont traduites par des mesures visant principalement à réduire l'augmentation de la dépense hospitalière selon une approche purement comptable de la dépense de santé, en considérant l'hôpital comme un producteur de coût et non comme un créateur de valeur.

Ont été utilisés les mécanismes suivants :

- encadrement global des dépenses : taux d'évolution national par sous-enveloppes en fonction des secteurs d'activité dans le cadre d'une enveloppe globale fermée ;
- régulation tarifaire :
 - régulation prix/volume des tarifs de prestations,
 - déconnexion de plus en plus forte entre tarifs et coûts réels de prestation,
 - plafonnement en euros des dotations MIG-MERRI (absence de taux d'évolution),
 - réserves prudentielles non restituées ou partiellement restituées en fin de campagne ;
- régulation de la masse salariale hospitalière :
 - taux d'encadrement annuel de la masse salariale,
 - gel du point d'indice,
 - instauration du jour de carence ;
- préemption des économies attendues par l'assurance maladie au sein de l'ONDAM :
 - virage ambulatoire en médecine et en chirurgie,
 - pénalités en cas de prescriptions dépassant la moyenne de référence

(CAQES sur les transports ou les prescriptions hospitalières exécutées en ville - PHEV).

Il convient de revenir sur le sens premier de la maîtrise médicalisée des dépenses en adoptant un système de financement fondé sur la juste valeur, selon la logique d'une responsabilité populationnelle en santé, ce qui implique d'intégrer dans le modèle de financement :

- les besoins de santé réels de la population en intégrant les inégalités sociales et territoriales dans l'accès aux soins, avec un objectif de « zéro reste à charge » final pour le patient ;
- des standards de pertinence de soins opposables aux prescripteurs définis par les sociétés savantes, en lien avec la HAS et les IRAPS, afin de promouvoir les parcours de santé et de s'adapter à la patientèle polypathologique ;
- des standards de qualité de prise en charge opposables sur la base des meilleures pratiques professionnelles et des résultats attendus par les patients ;
- les coûts de la prévention et de la sécurité sanitaire ;
- le juste coût des prestations en valorisant les actes techniques et les prestations intellectuelles, la coordination entre professionnels, les coûts de structure et de transaction pour faciliter la coopération et rémunérer au juste prix tous les professionnels de santé dans des partenariats gagnant/gagnant ;
- les besoins d'investissement courant, de recherche et d'innovation en santé.



Propositions

PROPOSITION N° 56

Démocratiser les choix économiques en santé

En créant une conférence nationale citoyenne, consultée chaque année pour avis sur le PLFSS, et une concertation nationale annuelle avec les partenaires et fédérations représentatives des établissements de santé et professionnels de santé libéraux sur la base d'une convention pluriannuelle unique d'objectifs et de moyens, évaluée chaque année.

PROPOSITION N° 57

Définir un taux d'évolution de l'ONDAM en adéquation avec les besoins de santé de la population par territoire et avec les coûts réels de la meilleure prise en charge souhaitée

Sur la base des recommandations, de la recherche en données de vie réelle, des études de santé publique et des études de coûts scientifiquement éprouvées sur des échantillons représentatifs et des projections socio-économiques, géographiques et démographiques comparées au plan international (OCDE) pour que la France ait l'un des systèmes de santé les plus performants du monde.

PROPOSITION N° 58

Intégrer une clause d'indexation « minimale » de l'ONDAM (garantie plancher) sur l'évolution des prix des biens et services et des salaires à euros constants

Pour sécuriser le financement des structures de santé et la rémunération des professionnels de santé ainsi que sur toute norme nouvelle qui doit être évaluée préalablement et financée.

PROPOSITION N° 59

Compenser systématiquement à l'euro-l'euro toutes les mesures réglementaires accordées (statutaires, catégorielles, sociales et fiscales) via une dotation dédiée et revaloriser les salaires des professionnels de santé à l'hôpital

Et ce en s'alignant sur les meilleurs niveaux de rémunération constatés par professions et métiers dans les pays de l'OCDE à périmètre de comparaison comparable.

PROPOSITION N° 60

Décloisonner et uniformiser les financements entre la ville et l'hôpital, entre le secteur public et le secteur privé hospitalier, en supprimant tout différentiel de modes de tarification entre les opérateurs de santé

Et ce afin de favoriser l'alignement et la coopération de tous les acteurs sur la meilleure prise en charge possible du patient.

PROPOSITION N° 61

Définir les niveaux de financement des enveloppes construites par objectif de politique publique de santé et non par secteur d'activité

Missions de prévention; programmes de santé publique; programmes d'éducation à la santé; prises en charge au long cours des pathologies chroniques; prises en charge de parcours ou épisodes de soins par pathologies en intra ou extrahospitalier; missions de recherche et innovation en santé, missions de service public en santé, missions d'enseignement et de formation en santé; programmes d'investissement en santé; etc.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

PROPOSITION N° 62

Sanctuariser dans l'ONDAM via un sous-objectif « Investissement » les crédits correspondant au financement de l'investissement hospitalier à hauteur de 8 % et les répartir au prorata de la masse budgétaire des établissements en tenant compte des missions distinctives des CHRU (7 % pour les CH, 9 % pour les CHRU) et en sécurisant

l'évolution annuelle tendancielle de cette enveloppe au prorata de l'évolution de l'ONDAM global.

PROPOSITION N° 63

Moduler les financements en fonction de la pertinence des soins et de la qualité des prises en charge

Sur la base d'un système de bonus/malus sur la base de critères scientifiques et d'indicateurs de résultats mesurés par les équipes cliniques et par les patients (PROMS/PREMS). **Unifier les dispositifs** de bonification de la qualité et pénalisation de la non-qualité en s'appuyant sur le dispositif IFAQ et en supprimant les CAQES. **Redéployer systématiquement les économies** générées au profit des mesures nouvelles à financer au regard des besoins évalués pour favoriser la qualité des prises en charge et la pertinence des parcours.

PROPOSITION N° 64

Redéfinir la liste des investissements stratégiques de l'État en santé

Pour éviter l'expatriation de la création de valeur à l'étranger des sommes investies par l'État français par des groupes privés commerciaux internationaux et sécuriser l'indépendance de la France dans l'approvisionnement des produits de santé, l'adoption des innovations et la diffusion des technologies de santé.

PROPOSITION N° 65

Instaurer un partage de la valeur tripartite entre l'État, les industriels et les établissements de santé sur l'innovation thérapeutique (produits de santé coûteux) et supprimer le dispositif d'expérimentation de l'article 51 sur les molécules onéreuses

Afin de ne pas faire reposer sur les établissements de santé la régulation de cette enveloppe, dont le calibrage relève d'un choix politique de soutien au secteur économique de l'industrie de santé.

PROPOSITION N° 66

Sanctuariser dans l'ONDAM les crédits destinés aux missions distinctives des CHRU

- **Les missions d'enseignement de recherche, de recours et d'innovation** au sein d'un sous-objectif « MERRI » dissocié de celui des MIGAC et lui appliquer un taux de croissance annuelle au moins égal à +2% : 1,8 Mds €. Le rattrapage de 10 ans de non-augmentation (200 M€) est à prélever sur le PAM.
- **Le financement de l'investissement de recours et de référence** des CHRU au sein d'une dotation AC dédiée, en redéployant une enveloppe correspondant à 2% en sus des 7% alloués en base à tous les EPS et la répartir au prorata budgétaire des 32 CHRU : 1,8 Md €. Le financement de ce pourcentage complémentaire est à prélever sur le PAM.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

b. Réformer la tarification à l'activité

Contexte et justification du changement

La tarification à l'activité fait aujourd'hui l'objet d'une remise en cause.

Elle doit faire l'objet d'un examen de ses limites pour en améliorer et simplifier le dispositif :

- déconnexion des tarifs et des coûts, avec coexistence d'activités rentables et non rentables ;
- non-prise en compte des standards de pertinence et de qualité ;
- survalorisation des actes techniques (chirurgie et biologie) ;
- pas de CCAM « clinique » ;
- obsolescence des nomenclatures ;
- sous-valorisation des actes intellectuels et des prises en charge multiprofessionnelles ;
- non-prise en compte des activités et prestations réalisées par de nombreux professionnels de santé ;
- non-prise en compte de la charge en soins infirmière, de la dépendance et de la précarité des patients ;
- non-prise en compte des frais de structure et d'investissement.

Toutefois, la T2A est injustement mise en cause pour des problèmes qui relèvent d'autres « causes racines » :

- régulation comptable de l'ONDAM via les baisses de tarifs et le plafonnement du taux d'évolution de l'enveloppe nationale : 1 Md € d'économies/an sur l'ONDAM hospitalier depuis 10 ans ;
- doctrine COPERMO sur la gestion des lits (standards de taux d'occupation, non-transformation des lits fermés en chirurgie en lits de médecine pour accompagner le vieillissement de la population et soutenir les urgences) ;
- préemption par l'assurance maladie des économies sur le virage ambulatoire au sein de l'ONDAM ;

- rationnement des effectifs médicaux, libre concurrence des professionnels de santé ;
- non-prise en compte des normes d'organisation et de temps de travail et des conditions techniques de fonctionnement dans le calibrage des financements des structures dites « normées » ;
- concurrence public/privé dans la répartition des activités et autorisations de soins ;
- incitation à améliorer la productivité et l'efficacité des organisations via les PRE et CREF, etc.

Toutes ces mesures de maîtrise médicalisée ont existé avant la T2A et existeront après, car elles sont indépendantes du mode d'allocation des crédits aux établissements. Une confusion est entretenue entre le calcul du montant de l'enveloppe (ONDAM) et ses modalités de répartition (T2A ou dotation) ; mais dans tous les cas, la répartition d'une enveloppe insuffisante, au regard des besoins, se traduira par des efforts d'économie.

La T2A a le mérite de la transparence sur l'impact des choix politiques inscrits dans le PLFSS en faisant apparaître l'impact des choix de régulation sur les tarifs accordés pour rémunérer les structures de soins au regard de leur activité.

À l'inverse, la dotation se traduit par un affichage d'un taux d'évolution positif qui masque les efforts d'économies réellement demandés pour maîtriser le différentiel entre le taux d'évolution tendanciel des besoins et le taux de financement politiquement accordé. La T2A a donc une vertu pédagogique de responsabilisation et de transparence plus forte que la dotation, laquelle entretient l'idée d'un prêteur en dernier ressort (l'État) pouvant combler les déficits, déresponsabilisant les structures de leurs propres obligations d'efficacité et d'efficacité opérationnelles.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

Faire le choix de la dotation comme modèle de financement, c'est « paradoxalement » faire le choix d'un retour au pilotage de la santé par la maîtrise de la dépense via un taux d'encadrement des dépenses accordées, comme on a pu le connaître au temps de la dotation globale.

Que la répartition des crédits soit faite en fonction de la population ou de l'activité, le respect de l'enveloppe globale ne peut se traduire que par trois leviers :

- le rationnement des volumes par une politique de l'offre destinée à réduire la demande induite en soins ;
- le rationnement des prix par les plans d'économies pour maîtriser la masse salariale et réduire les coûts de production des soins ;
- le sacrifice des besoins de financement à long terme : désinvestissement, réduction des crédits à la recherche, limitation de l'accès aux produits de santé et thérapies coûteuses et/ou innovantes.

Le plafonnement en euros des dotations forfaitaires depuis 10 ans sur les MIG et les MERRI ainsi que la faiblesse du taux d'évolution accordé à la DAF en psychiatrie et en SSR illustrent bien l'effet de rationnement économique de la dépense poursuivi par le modèle de financement à la dotation.

À l'inverse, la T2A a permis de redonner des marges de manœuvre budgétaires vertueuses pour les hôpitaux publics, à travers la possibilité de créer des activités nouvelles, de soutenir des développements capacitaires et de recruter des personnels pour assurer ces activités nécessaires pour une meilleure couverture des besoins de santé du territoire, grâce à un financement direct par l'activité de chaque établissement, indépendant d'une attribution de crédits nationale (DGOS) ou locale (ARS) sur appels à projets.

Le financement dit « populationnel » ne constitue pas une alternative à la T2A pour le financement des structures, car il ne permet pas de partager le financement entre les établissements offreurs de soins sur un même territoire de santé

déterminé par sa population, sauf à remettre en cause la libre installation des professionnels de santé et la liberté de choix du patient.

Un financement populationnel par structure ne peut fonctionner sans prise en compte de l'activité réalisée et sans inscrire le parcours de soins du patient dans une obligation de prise en charge coordonnée ne laissant plus de libre choix de son médecin ou de son hôpital, à l'instar de la sectorisation psychiatrique. Un financement populationnel de la santé implique une nouvelle régulation territoriale de l'installation des professionnels de santé par l'autorité de régulation (ARS), qui devra détenir la régulation budgétaire et organiser des appels d'offres concurrentiels entre le public et le privé pour répartir les activités et les parcours entre les professionnels et les structures.

Sans cette réforme d'ampleur de l'organisation de l'offre de soins vers un système de santé totalement et organiquement intégré, un modèle de financement populationnel peut seulement servir de méthode et de critère de régulation des crédits de l'ONDAM au niveau régional pour s'assurer de la répartition la plus équitable possible des financements sur les territoires en fonction des besoins de soins.

Mais une fois cette primo-répartition des crédits par territoire de santé réalisée (péréquation inter/infrarégionale), la répartition des crédits entre les structures de santé d'un même territoire devra nécessairement se baser sur des critères d'activité et de différence de case-mix, ce qu'il illustre finalement la mise en place du modèle ARPP en psychiatrie. Ce modèle exige par ailleurs de traiter les cas frontières – activités spécifiques, recours extraterritorial, transferts interétablissements – et de valoriser le case-mix via un recueil médicalisé des différentes prises en charge et typologies de patients..

Le financement populationnel n'est donc pas une alternative à la T2A mais un compartiment complémentaire de régulation de l'offre de soins applicable aux secteurs de soins déjà financés en dotation et disposant d'une sectorisation territoriale des



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

implantations et des parcours de soins. La T2A est la seule manière de répartir équitablement le financement entre deux structures de soins d'un même territoire de santé. Ainsi, il n'est pas possible de répartir les financements entre plusieurs structures d'urgence implantées sur un même territoire de santé ou bassin de population, selon un modèle populationnel, sans recourir à des indicateurs de pondération de l'activité, sauf à affecter à chaque zone d'habitation une structure d'accueil de référence.

Il faut donc revenir au sens premier de la tarification à l'activité et remettre en cause la tarification à l'acte.

- La tarification à l'activité constitue un mode de financement des structures de soins au forfait : un forfait est alloué par prise en charge intrahospitalière ou au niveau d'un parcours de soins (avec réintégration du pré et du post-hospitalier dans une séquence globale), indépendamment du nombre d'actes produits par les professionnels de santé au cours de la séquence de prise en charge. À l'inverse, la tarification à l'acte constitue un mode de financement des professionnels libéraux exerçant en cabinet de ville ou en cliniques privées commerciales ou non commerciales qui leur permet de facturer des honoraires médicaux en sus de la prise en charge hospitalière et permet d'accroître la rémunération directe du professionnel.
- La tarification à l'activité constitue une modalité de répartition des crédits de l'ONDAM entre les structures de soins en tenant compte de leur activité et de leur différence de case-mix. À l'inverse, la tarification à l'acte constitue un système de facturation des soins individualisé par patient au fil de l'eau, destiné à rémunérer le professionnel de santé.

- La tarification à l'activité n'est pas exclusive d'un financement à la qualité et à la pertinence des soins sous réserve d'intégrer directement ces indicateurs dans la modulation du financement des parcours qu'elle rémunère. À l'inverse, la tarification à l'acte ne permet pas de qualifier la pertinence de l'acte ni la qualité de la prise en charge ; seule la production compte.

Par ailleurs, la tarification à l'activité a su faire la preuve de sa plasticité et de son efficacité pour renforcer le secteur public hospitalier et mieux répartir les financements.

- Forte adaptabilité permettant de confier une juste valorisation des prises en charge graduées et multiprofessionnelles nécessitant une tarification intermédiaire entre les soins externes et les séjours hospitaliers : réussite de la concertation sur la révision de l'instruction frontière applicable à compter du 1^{er} mars 2020 ; *a contrario*, la concertation sur les forfaits pathologies chroniques a fait la démonstration de son échec en l'absence d'association de tous les acteurs de la prise en charge (hôpital, ville, médico-social) et de forfaitisation équitable de tous les acteurs (maintien d'une facturation des honoraires en sus pour les professionnels libéraux).
- Mise en place d'une garantie minimale de ressource en 2020 pour compenser les éventuelles chutes d'activité, en élargissant le mécanisme de garantie qui avait été créé pour les hôpitaux de proximité.
- Développement important de la part de modulation à l'activité sur les dotations forfaitaires en psychiatrie, SSR mais aussi dans les MIG et les MERRI pour mieux répartir les financements entre les acteurs et éviter des inégalités de rémunération en regard des différences de case-mix entre les établissements.



Propositions

PROPOSITION N° 67

Modulation de la tarification à « l'acte » lorsqu'elle est non pertinente et inégalitaire entre secteurs public/privé

Rétablir l'égalité tarifaire entre les professionnels hospitaliers et ceux du secteur privé.

- Réintégrer la tarification des séjours en clinique privée dans un tarif T2A tout compris, comme à l'hôpital public, afin de respecter le principe d'égalité dans la forfaitisation.
- Supprimer la possibilité de facturer des honoraires médicaux des praticiens libéraux en sus du tarif du séjour, à charge pour les cliniques privées de rémunérer leurs praticiens et sous-traitants en imagerie et biologie dans un cadre contractuel.

Développer la rémunération à l'acte des médecins et infirmiers libéraux en cabinet et instaurer un financement forfaitaire sur des objectifs de santé publics populationnels basés sur la prévention, la coopération et la qualité, alloués à des structures pluriprofessionnelles de santé (maisons de santé, etc.), afin de favoriser l'exercice regroupé : déployer les forfaits pathologie chronique prioritairement en médecine de ville.

Revaloriser les actes et consultation externes programmés réalisés à l'hôpital en les réintégrant dans un mécanisme de financement forfaitaire plus global :

- **en chirurgie :**
 - réintégration des consultations pré et post-opératoires et des actes médico-techniques dans un forfait global avec le tarif de la prise en charge per-hospitalière de type épisode de soin ;
 - regroupement des actes et forfaits sécurité environnement dans une prestation unique ;

- **en médecine :**

- développement des prises en charge multiprofessionnelles de moins d'une journée et des suivis au long cours à l'hôpital pour les pathologies chroniques, en consolidant l'espace de tarification nouveau de la révision de l'instruction frontière applicable au 1^{er} mars 2020,
- multiplication des programmes thématiques d'éducation et des programmes de télésurveillance et télé-éducation des patients à domicile.

Télémédecine : adaptation et simplification du cadre tarifaire à l'hôpital par assimilation.

Maladies rares : création de dotation MIG forfaitaire calibrée en fonction de la file active et d'un référentiel de moyens valorisé et de qualité du suivi pour les centres de référence et de compétence « habilités » en lieu et place de la facturation des consultations et actes externes.

Suppression de la tarification à l'acte des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation et forfaitisation du financement sur la base d'un référentiel de moyens valorisé au juste coût des conditions techniques de fonctionnement modulé par tranche d'activité et gradation des prises en charge (intensité des soins requis, typologie des pathologies traitées, multiplicité des comorbidités, caractéristiques sociodémographiques des patients).



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

PROPOSITION N° 68

Alignement de la tarification à l'activité hospitalière sur la prise en charge du patient et le juste prix

Alignement des tarifs des séjours sur les coûts réels constatés et standardisés, neutralisation des écarts tarifaires entre les activités insuffisamment ou excessivement rémunérées pour éviter les risques de segmentation entre soins rentables et soins non rentables.

Instauration d'un système **d'incitation tarifaire à la pertinence des soins et à la qualité des prises en charge par un système de bonus/malus tarifaire sur le prix des séjours en fonction d'indicateurs simples définis par les sociétés savantes** pour chaque parcours ou pathologie.

Instauration d'un système de **majoration des tarifs en fonction des caractéristiques sociodémographiques** (patients précaires, étrangers) **et du niveau de soins requis** (charge en soins et niveau de dépendance) des patients. Suppression de la MIG précarité insuffisamment calibrée et mal redistribuée.

Suppression de la facturation individualisée en mode FIDES des prestations réalisées à l'hôpital pour simplifier le processus de rémunération et conditionner le remboursement à une déclaration mensuelle ou annuelle d'activité en fonction des prises en charge.

Déploiement d'une tarification par niveau de recours et par autorisation d'activité de soins pour clarifier la gradation des prises en charge interétablissements et supprimer les mécanismes complexes de facturation en prestation interétablissements.

Pérenniser un mécanisme de garantie de ressource annuelle globale par établissement avec un plancher minimal (floor) de financement correspondant aux ressources allouées l'année précédente, aug-

mentées d'un taux d'évolution garantissant la couverture financière minimale des effets prix (inflation et GVT des personnels) de +1%, à base et périmètre d'activité constants, indépendamment de l'activité réalisée en volume.

Simplifier le PMSI sans appauvrir les bases de données médicalisées et conforter dans les textes les finalités du codage pour les objectifs de suivi épidémiologique, de santé publique et de recherche médicale pour redonner du sens à la pratique médico-soignante.

- Remédicaliser et simplifier les situations cliniques.
- Introduire une modulation en fonction de la charge en soins.
- Revoir le modèle des CMA et intégrer des critères médicaux et de charge en soins.
- Prendre en compte les situations socio-économiques et les indicateurs de défaveur qui se traduisent par des surcoûts : précarité, handicap, dépendance.
- Mieux décrire les patients chroniques selon la gradation de leur prise en charge et le niveau de soins requis.
- Supprimer les bornes basses et classificatoires qui pénalisent les établissements vertueux en matière de durée de séjour.
- Simplifier l'algorithme des multi-RUM et les règles de codage pour le financement des lits de soins critiques.
- Garantir la représentation des hôpitaux publics dans les évolutions sur la nomenclature des actes et consultations externes (NABM et CCAM).
- Conduire les contrôles externes par des médecins experts indépendants de l'assurance maladie, les médecins contrôleurs de l'assurance maladie étant juges et parties.



2. REPENSER LE MODÈLE DE PERFORMANCE PAR UNE REFONTE DU COPERMO

Le futur plan d'investissement « massif » pour l'hôpital annoncé par les pouvoirs publics ne pourra pas s'exonérer d'un dispositif de régulation national compte tenu de son impact sur les comptes publics. Cependant, dès avant la crise épidémique, l'ensemble des établissements soumis au dispositif COPERMO (obligatoire pour tout investissement public supérieur à 50 M€) a souligné son manque de transparence, sa rigidité et son inadaptation aux évolutions du contexte hospitalier.

Sans mettre en cause la rigueur nécessaire à la régulation et au suivi de projets d'in-

vestissement de grande ampleur (1), des améliorations peuvent être proposées au dispositif (2), portant sur le périmètre de l'investissement, les conditions de la négociation ainsi que les référentiels d'efficacité et immobiliers appliqués. Ces propositions devront pouvoir être appliquées aux dossiers nouveaux comme aux dossiers en cours. Au-delà même des améliorations pouvant être apportées au dispositif, c'est un questionnement sur les modalités de financement et de réalisation de l'investissement hospitalier qui apparaît nécessaire (3).

2.1 UN DISPOSITIF DONT LES PRINCIPES DE BASE DOIVENT ÊTRE CONSERVÉS TOUT EN LE MODERNISANT

La rigueur nécessaire à l'élaboration et au suivi d'un projet d'investissement public de grande ampleur incite à conserver les éléments suivants :

- insertion des projets d'investissement dans un schéma régional immobilier (élément d'analyse demandé par le COPERMO mais inexistant dans la plupart des ARS) permettant de disposer d'une visibilité globale capacitaire aux niveaux territorial (GHT) et régional, indispensable pour l'élaboration de la stratégie de groupe publique des GHT et les regroupements logistiques à mettre en œuvre. À cet égard, la crise sanitaire Covid-19 a mis en exergue l'indispensable coordination en matière d'approvisionnement voire de fabrication de biens et consommables qui sous-tendent les activités hospitalières ;
- élaboration du projet médical tenant compte de l'analyse de l'offre de soins régionale et cohérence avec le projet médical partagé du GHT ;
- insertion du projet dans un schéma directeur immobilier global de l'établissement à moyen et long termes pour assurer la cohérence des chantiers et du développement immobilier de l'établissement ;
- structure cadrée de la démarche (préparation, étapes de validation progressives, périodicité de suivi) : pour chaque étape, les règles doivent être énoncées dans un document de synthèse de façon à être connues des établissements de santé et ne pas évoluer à mesure du déroulement du dossier. S'agissant des modalités de suivi, elles peuvent conserver la forme des revues de projet annuelles pour mesurer l'avancement des opérations, l'évolution des coûts et la soutenabilité financière de l'investissement, sous réserve d'un formalisme adapté et restreint.



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

a. Les améliorations à apporter au dispositif

L'indispensable présence de l'établissement concerné dans le dispositif

Le dispositif COPERMO reste opaque pour les acteurs hospitaliers, à tous les niveaux de la procédure. Cette opacité est entretenue par l'absence de contact de l'établissement de santé avec le comité, la médiation étant assurée par l'ARS malgré la modification de la circulaire de 2018.

Les améliorations suivantes sont donc proposées.

PROPOSITION N° 69

- Présence systématique de l'établissement de santé dans les échanges initiaux ou dans le suivi avec l'ARS et la DGOS.
- Motivation des décisions/recommandations et transparence attendue sur les bases de calcul des réductions capacitaires et des ratios de surface opposés aux établissements.
- Transparence du dispositif COPERMO, de la composition du comité et des membres chargés de l'analyse de chaque dossier.
- Harmonisation, actualisation et communication des outils, référentiels et normes utilisés pour le montage, l'analyse et le suivi des projets (Aelipce, ratios ANAP, référentiels HAS...).

PROPOSITION N° 70

Amélioration des critères de jugement de l'efficacité de l'établissement de santé

Dans un contexte d'effet ciseaux, entre la hausse constante des charges et la baisse des tarifs, les ratios appliqués pour la négociation de dossiers COPERMO font reposer l'investissement souhaité sur des efforts accrus en exploitation. Ces efforts reposent notamment sur des réductions capacitaires et d'effectifs servant l'atteinte d'un taux de marge brute fixé à 8%. Or, il

n'existe pas de lien mécanique entre l'ampleur de ces efforts et les impératifs d'offres de soins, de rénovation ou restructuration immobilières et logistiques. Qui plus est, ces projections ne prennent pas ou insuffisamment en compte les impacts du développement des techniques médicales ou les évolutions des modes de prise en charge des patients vers l'ambulatoire, pourtant réels par ailleurs. Pour l'ambulatoire par exemple, la baisse du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle est systématiquement maximisée, parfois sans discernement (la réduction capacitaire ambulatoire n'a de sens que pour des activités substitutives), tandis que les ajustements à la hausse des effectifs soignants que nécessitent les unités ambulatoires (rotation plus rapide des patients, nouveaux métiers de coordination/programmation) ne sont pas systématiquement retenus.

Les révisions capacitaires

L'objectif de réduction capacitaire repose sur une cible systématique de 70% de prise en charge ambulatoire pour toutes les activités MCO. Ce référentiel est trop restrictif et inadapté, notamment aux établissements de recours ou d'hyper-recours tels que nos CHRU. Leurs besoins sont impactés par les restructurations de l'offre de soins hospitalière sur le territoire pour des raisons diverses : seuils d'activité, démographie médicale, conversion d'établissements en établissements médico-sociaux...

Il conviendrait donc de distinguer les capacités pouvant rester dans le dogme du « virage ambulatoire » (lié à une réduction des DMS nées des nouveaux modes de prise en charge ou de l'évolution des techniques médicales) de celles, notamment de médecine, devant être revues en raison du vieillissement de la population, du dé-



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

veloppement des pathologies chroniques ou de la survenue d'un nouvel épisode épidémique (capacités de médecine). Enfin, le dimensionnement capacitaire doit tenir compte des données d'activité de l'établissement, de l'accroissement démographique du bassin de population desservi, du recours à l'établissement par tranche d'âge de la population et des spécificités territoriales sociodémographiques, épidémiologiques, géographiques (axes de communication, distances entre établissements...).

Ce dimensionnement capacitaire est également important, car il induit un dimensionnement des effectifs du futur établissement, selon un dogme non écrit d'un binôme soignant par unité de 14 à 15 patients, invariable quelle que soit la nature de l'activité concernée, très contesté par les établissements et ne prenant pas en compte l'évolution des métiers du soin.

Enfin, la crise sanitaire du Covid confirme la nécessité de conserver des réserves bâtimementaires pour la gestion des épisodes de soins saisonniers et exceptionnels (type Covid). Les ajustements capacitaires destinés à optimiser les référentiels doivent donc être contrebalancés par des possibilités d'évolutivité et d'adaptation rapides et significatives de notre nombre de lits ainsi que de nos plateaux techniques.

Le taux de marge brute

La marge brute vise à permettre à l'établissement de financer, par ses propres ressources nettes, son recours à l'endettement pour un investissement nouveau mais aussi pour le renouvellement de ses équipements mobiliers et immobiliers existants. Le critère retenu par le COPERMO est un TMB fixé à 8% « non aidé ». Il est retraité des aides perçues par les établissements de santé, notamment celles liées à la compensation des surcoûts de T4 : or, il est illogique de les considérer comme des aides dans la mesure où la T2A ne permet pas de financer les gros projets d'investissement. Les subventions d'exploitation COPERMO (comme précédemment les plans

H 2007 ou H 2012) ont été prélevées sur l'ONDAM pour permettre à certains établissements de financer leurs projets d'investissement. Il s'agit donc de ressources d'exploitation normales et pérennes qui n'ont pas vocation à être soustraites du TMB.

La hauteur du TMB à atteindre doit être ajustée à la situation financière de chaque établissement, l'objectif étant la couverture par cette MB des coûts liés à l'investissement (frais financiers et amortissements). À défaut, devrait lui être préférée l'évolution de la CAF nette et les ratios d'endettement ?

Du TMB découlent les contraintes fortes sur l'exploitation qui se traduisent par des plans d'efficience/performance. Le suivi financier qui en découle devra :

- intégrer la réalité des charges (notamment charges nouvelles de titre 1 liées à l'évolution des statuts) en lieu et place de ratios d'évolution standardisés ;
- intégrer les activités nouvelles réalisées à la demande de l'ARS, en réponse à des plans nationaux ou répondant à la fonction de recours des CHRU ;
- intégrer la notion d'évolutivité des projets hospitaliers et modifier les bases de comparaison annuelles en conséquence (le suivi se fait souvent actuellement à partir du dossier initial).

Modalités de l'aide financière

Ces modalités sont actuellement variables.

- Le pourcentage d'aide varie d'un établissement à l'autre, sans que l'on puisse comprendre comment ce niveau est établi. En cas de modification du périmètre du projet, même demandée par le COPERMO, la « doctrine » ne permet pas une revalorisation de l'aide, ce qui a pour effet de faire baisser le pourcentage d'aide apportée au projet global.
- L'aide peut être en capital (de façon minoritaire) ou en exploitation. Les aides en exploitation contribuent à la majoration du niveau d'endettement des établissements de santé. Si ce mode de fi-



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

nancement de l'investissement hospitalier n'est pas remis en question, il conviendrait de privilégier les aides en capital et de définir des pourcentages d'aide homogènes.

Les ratios de performance

La performance de l'établissement de santé est analysée sous forme de taux d'occupation cible, actuellement assez binaires et irréalistes (MCO 95%, soins critiques 85%) : ils sont peu flexibles, non différenciés selon les disciplines, sans prise en compte des effets de saisonnalité ou épidémiques.

Les objectifs d'IP-DMS sont également variables et peu réalistes (très < 1).

La proposition serait de conserver l'objectif de performance (permettant de justifier de la pertinence de l'investissement réalisé) avec des critères d'efficacité tels que l'IP DMS (base nationale des CHRU en référence) ou le taux d'occupation (TO), mais reposant sur des cibles réalistes et ajustées :

- TO en chirurgie ne devant pas être supérieur à 85% du fait de la non-ouverture des blocs le WE ;
- TO en médecine ne devant pas être supérieur à 90 % ;
- prise en considération du fait que tous les services ne sont pas ouverts 365 jours par an ;
- IPDMS corrigée d'éléments de contexte (âge, type d'établissement, etc.).

Ces TO ajustés doivent aussi permettre le développement de nouvelles activités.

Si l'objectif de maîtrise de la trajectoire financière n'est pas contesté, il devrait pouvoir être possible de valoriser également :

- des objectifs de transformation organisationnelle en les faisant reposer sur des outils de benchmark et de REX ;
- l'amélioration de la qualité de la prise en charge (handicap...) ;
- l'amélioration des conditions de sécurité (amiante, intrusion...) ;
- l'amélioration des conditions de travail.

PROPOSITION N° 71

Amélioration des ratios immobiliers

Des réductions capacitaires ou des objectifs de performance découlent logiquement des besoins en surface (nombre de boîtes de consultations, ratio de chambres individuelles, dimensionnement du secteur interventionnel, locaux de stockage, techniques...). Il est donc capital qu'ils soient correctement dimensionnés en tenant compte de l'ensemble des éléments évoqués ci-dessus.

Les ratios immobiliers, issus de l'outil Aelipce (dont la méthodologie et les référentiels ne sont pas communiqués), doivent être revus ou assouplis car ils ne prennent pas en compte plusieurs facteurs :

- ils devront intégrer les besoins liés aux mutualisations territoriales ou les activités nouvelles demandées par les établissements du GHT dans un objectif de mutualisation d'activités et nécessitant une taille critique (services logistiques, informatiques, biomédicaux...) ;
- l'amélioration des conditions de travail et les nouveaux modes collaboratifs doivent pouvoir être pris en compte et se traduire par des surfaces tertiaires qui favorisent le travail en équipe ;
- pour les CHRU, ils devront intégrer les contraintes liées aux activités hospitalo-universitaires : enseignement, développement des activités de recherche clinique ;
- ils devront aussi intégrer les constats d'inadaptation ou d'insuffisance de locaux faits lors de la crise sanitaire récente ou, plus généralement, des situations sanitaires exceptionnelles :
 - capacités à avoir des structures pouvant aisément permettre de créer des secteurs isolables ou réactivables en cas d'épidémie, unités saisonnières,
 - circuits et circulations horizontales ou verticales dédiés,
 - systématisation des chambres individuelles, avec ou sans sas,
 - dispositions aérodynamiques permettant de faciliter les mises en surpression/dépression de secteurs identifiés,



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

- locaux de stockage de matériel ou d'EPI,
- locaux permettant le respect de règles de distanciation physique,
- espaces nécessaires aux prises en charge médicales complexes dans les PMT...,
- accroissement de la protection des installations sanitaires sensibles (accessibilité, locaux techniques...),
- intégration de nouveaux équipements matériels lourds, notamment en imagerie...

Il apparaît en outre nécessaire de conserver des réserves de locaux pour la gestion des épisodes saisonniers ou épidémiques, ce qui peut amener à remettre en question la politique de valorisation/vente des biens immobiliers désaffectés pour financer les nouveaux investissements, prônée par le COPERMO.

- Ils devront intégrer les besoins liés à l'amélioration des conditions de travail (salles de détente, locaux de stockage de proximité...).

Les conséquences de ces dispositions en termes de coûts et de surfaces doivent être envisagées :

- la plupart des dossiers en cours font le constat d'un ratio SDO/SU très bas, traduction de difficultés ultérieures de fonctionnement ;
- le coût travaux par m² du COPERMO est à un niveau qui ne correspond pas à la réalité du marché avant la crise : 2 000 € HT/m² SDO qui doit être revalorisé à hauteur de 2 500 €. La systématisation du recours à l'Observatoire des coûts de la construction pour définir le coût des travaux et l'enveloppe du projet paraît nécessaire, de même que l'intégration des objectifs de développement durable dans les coûts de construction, afin d'améliorer notamment la performance énergétique des bâtiments hospitaliers.
- Une procédure de définition, actualisation et révision des coûts de référence par catégorie d'établissement doit être mise en place sur la base d'un observatoire indépendant.

2.2 NÉCESSITÉ D'UN DÉBAT SUR LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Le mode de financement actuel de l'investissement hospitalier par les tarifs favorise la confusion entre un projet de restructuration immobilière et les restrictions budgétaires qui découlent des plans de performance nécessaires à l'obtention du TMB de 8% exigé, alors que ceux-ci sont souvent davantage liés à l'effet ciseaux charges/recettes que connaît chaque établissement de santé.

Un financement de l'investissement hospitalier clairement identifié au sein de l'ONDAM peut constituer une alternative qui permettrait de clarifier les efforts d'efficacité « légitimes » demandés aux établissements car relevant du progrès technologique ou de l'évolution des modes de prise en charge des patients vers l'ambulatorio et une meilleure coordination avec les autres acteurs de santé, de ceux liés à une restructuration immobilière tout aussi

nécessaire pour la qualité de l'accueil et des conditions de travail (*cf. supra*).

Le programme HOP'EN pour la convergence des systèmes d'information de GHT apparaît comme un modèle peu critiqué et reproductible pour le suivi de l'investissement hospitalier :

- référentiel national homogène,
- prérequis transparents et vérifiables,
- marge d'appréciation régionale par les ARS,
- intégration des perspectives de territorialisation,
- système de financement conditionné à l'atteinte de résultats fonctionnels, avec crédits d'amorçage.

Concernant le périmètre de l'aide à l'investissement, la crise sanitaire a fait resurgir le rôle éminent des CHRU en matière de



2. RÉNOVER LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET REDONNER DES MARGES D'INVESTISSEMENT

santé publique et d'organisation territoriale de l'offre de soins. Un projet immobilier hospitalier est nécessairement le marqueur d'une politique d'offre de soins qui ne se conçoit que dans le cadre d'un continuum ville-hôpital-médico-social dont le morcellement est aujourd'hui péjoratif pour le patient. Un projet d'investissement ne peut évidemment pas se concevoir hors du champ des équipements biomédicaux et informatiques qui conditionnent les modes d'interaction entre la médecine hospitalière et les autres acteurs de la prise en charge. À cet égard, la restriction de l'aide à l'investissement au domaine strict des travaux est problématique.

Cette réflexion sur l'investissement hospitalier et ses modalités doit intégrer les perspectives d'annulation de tout ou partie de la dette des hôpitaux évoquées avant la crise, en précisant la hauteur de cette annulation, les modalités de réaffectation des crédits libérés et l'adaptation de ce dispositif aux hôpitaux actuellement peu

endettés mais ayant des perspectives prochaines d'endettement (dossiers en cours de réalisation). Cette annulation – ou toute autre modalité de plan d'aide national ou européen – est de nature à faire de l'investissement hospitalier un élément majeur de relance économique.

Il est toutefois important de préciser que la maîtrise d'ouvrage doit rester la prérogative des établissements, en évitant un double écueil :

- recourir aux partenariats publics/privés, inadaptés à l'évolutivité et à la complexité des organisations hospitalières ;
- confier les investissements hospitaliers à une agence nationale (comme Réseau ferré de France gère les infrastructures de l'exploitant SNCF). Toutefois, le constat est souvent celui d'un manque de compétences techniques des établissements de petite taille pour la gestion de leurs opérations de maîtrise d'ouvrage.

Ces questions se placent sous la régulation des principes suivants

- Il faut encourager un **pilotage régional /territorial** de l'aide à l'investissement pour les projets de faible envergure, venant notamment en support des stratégies de GHT en déconcentrant l'expertise des projets immobiliers le plus en amont possible du montage des projets.
- Une telle **régulation peut relever des établissements supports de GHT**, en appui à des établissements de plus petite taille (appui à la MOA).



PARTIE 3

TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

- 1. RÉAFFIRMER LE RÔLE DES CHRU
DANS LEUR POSITIONNEMENT
TERRITORIAL**
- 2. POSITIONNER LES CHRU
DANS LA RÉFORME DES
AUTORISATIONS D'ACTIVITÉ**
- 3. OUVRIR UNE NOUVELLE ÈRE DE
COMPLÉMENTARITÉS ENTRE LES CHRU :
CONCEVOIR ET GÉNÉRALISER
LES RÉSEAUX DE CHRU**

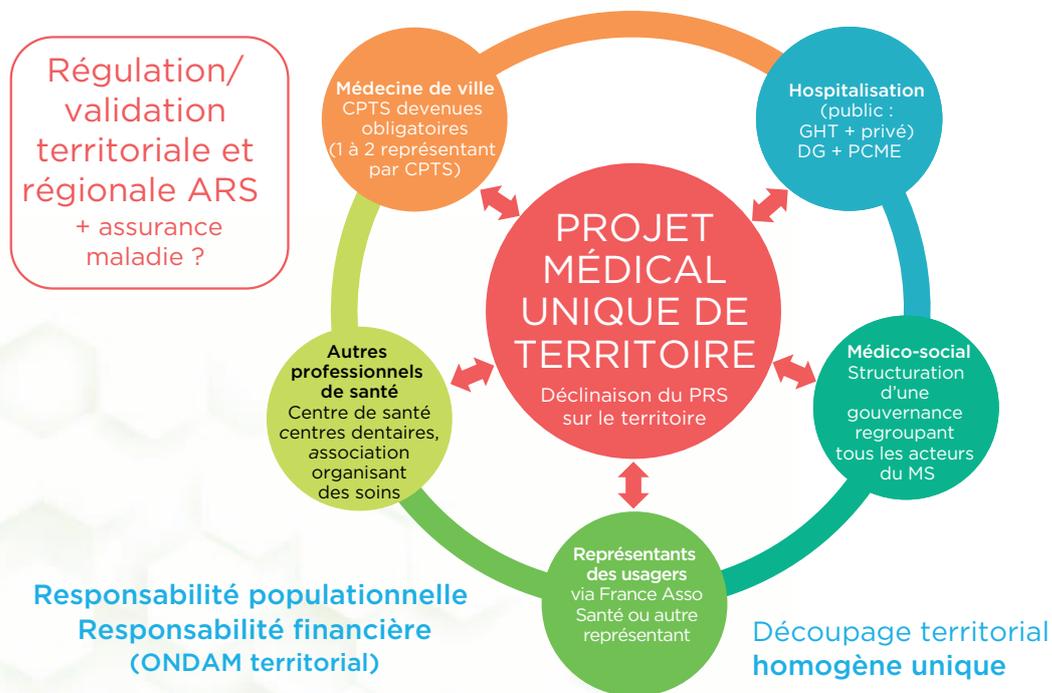


1. RÉAFFIRMER LE RÔLE DES CHRU DANS LEUR POSITIONNEMENT TERRITORIAL

Nous vous proposons dans ce chapitre de penser une nouvelle gouvernance composée de l'**ensemble des professionnels de santé** d'un territoire: hospitalisation (publique et privée), médecine de ville, médico-social, associations de santé et représentants des usagers: *groupement des professionnels de santé auprès des usagers du territoire*. Les

professionnels de santé du territoire élaborent et mettent en œuvre un **projet médical unique de territoire**, validé par l'ARS et déclinaison du programme de santé régional. Une **responsabilité populationnelle** du groupement des professionnels de santé assortie d'une **responsabilité financière** avec, par subsidiarité, un ONDAM territorial.

Groupement des professionnels de santé du territoire





3. TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

1.1 Les enseignements du Covid

Les territoires ont montré qu'ils étaient la bonne maille pour gérer de façon opérationnelle la réponse à la crise du Covid-19¹. Chacun des acteurs avait, au sein de sa propre organisation, des relais avec d'autres modalités de descente et remontée d'informations/questions/conduites à tenir.

Les principales avancées ont été la **possibilité de mettre en œuvre rapidement des actions très efficaces** par rapport aux besoins urgents auxquels il fallait répondre, passant outre les missions habituelles, et souvent étanches.

1.2 Les propositions à court terme

a. Un projet médical unique de territoire (PMUT) élaboré et mis en œuvre par tous les professionnels de santé auprès des usagers d'un territoire

En déclinaison du plan régional de santé, l'élaboration puis la mise en œuvre d'un projet médical unique de territoire permettraient d'aligner les acteurs sur les mêmes orientations stratégiques, ensuite sur leurs déclinaisons, chacun dans sa sphère d'activité. Ce projet médical unique de territoire doit contenir l'amont et l'aval, en intégrant beaucoup plus les déterminants de santé, la prévention et l'éducation à la santé.

Compte tenu de l'évolution des modes de prise en charge (pathologies chroniques actuelles et les nouvelles qui ne manqueront pas de se développer, parcours de santé, lien médico-social...), les acteurs de santé sont contraints de travailler de façon encore plus collaborative, entre différentes disciplines, en recourant à des avis spécialisés, à des acteurs sociaux et médico-sociaux. Il n'est plus possible de prendre en charge le patient par «silo», en fonction des modes de rémunération des activités, mais véritablement par des professionnels de santé extrêmement coordonnés autour du patient.

La mise en place d'un projet médical unique de territoire sous-entend, en préa-

lable, que **la multitude de découpages entre les différents acteurs de la santé soit harmonisée pour aboutir à un seul territoire pour tous les professionnels de santé** avec, bien entendu, des articulations entre ces territoires et ceux voisins ou ceux *supra* pour certaines activités ou régulations (au niveau de chaque région – ex : réseau des CHRU)

Pour démarrer ces projets médicaux uniques de territoire, les acteurs de santé du territoire pourront être aidés, traiter certaines filières prioritaires avant d'autres ou le faire progressivement. Cet apprentissage de construction des filières de prise en charge des patients sera plus ou moins aisé sur des territoires selon le niveau de travail collaboratif ou hyperconcurrentiel. De la même façon, les projets médicaux des GHT ont été plus ou moins intégratifs, en fonction du niveau de maturité des acteurs.

Il est possible de mettre en responsabilité les acteurs du territoire en leur assignant la contrainte de produire des orientations stratégiques partagées, et donc collaboratives, **en les désignant responsables de la santé de la population du territoire.**



3. TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

b. Une nouvelle gouvernance des professionnels de santé sur chaque territoire pour élaborer et mettre en œuvre le projet médical unique de territoire (PMUT)

L'expérience GHT, le Covid et bien d'autres expériences autour de travaux spécifiques réalisés aléatoirement sur les territoires, sur telle ou telle filière, de même que la tentative des conseils territoriaux de santé, des réseaux de santé, des filières gérontologiques, conduisent à imaginer une gouvernance sur chaque territoire de santé. Elle pourrait, par exemple, prendre la forme d'un groupement des professionnels de santé du territoire (GPST) auprès des usagers du territoire autour de cinq composantes :

- des représentants des structures d'**hospitalisation, qu'elles soient publiques ou privées** : directeurs et présidents de CME du GHT, des cliniques privées et mutualistes (MCO SSR psychiatrie) ;
- des représentants de **la ville**, via les représentants de chacune des CPTS mailant le territoire, **si possible devenues** obligatoires car indispensables pour le PMUT ;
- des représentants du **secteur médico-social** : au vu de la granularité des Ehpad, il faut en parallèle créer des formes de groupements d'Ehpad afin qu'ils trouvent une façon de se coordonner et de trouver quelques représentants au sein de GPST. Les Ehpad souvent isolés auraient par ailleurs intérêt à se regrouper sur certaines fonctions supports (achats logistique, expertise qualité hygiène...), sur les contraintes communes et d'autres sujets ;

- des représentants des **usagers** : leur place est fondamentale dans l'élaboration d'un PMUT. France Asso Santé pourrait désigner ces représentants via ses délégations régionales ;
- d'autres **structures associatives** en santé, centres de santé, centres dentaires...

L'animation et le pilotage de ces GPST restent à définir : ARS ? Assurance maladie ? ARS + assurance maladie ? un consortium de composantes issues des professionnels de santé bénéficiant de parts pour décider ensemble ?

Le PMUT doit être une déclinaison du PRS et doit être approuvé par l'ARS. Il doit être ensuite décliné par chacune des composantes des GPST : au sein des projets médicaux de chaque établissement, de chaque CPTS, des projets de vie des Ehpad, par les représentants d'usagers et les structures associatives en santé.

Autour du groupement des professionnels de santé du territoire, qui n'est pas une instance politique (comme le sont les conférences sanitaires de territoire) mais une instance opérationnelle, une gouvernance doit bien entendu être organisée avec les élus du territoire (trois niveaux des collectivités territoriales, députés?...), les représentants des personnels..., comme cela a été fait au sein des GHT.



En conclusion, 15 propositions d'action

PROPOSITION N° 72

Pérenniser, systématiser et renforcer les cellules d'appui aux Ehpad : ce qui a été mis en place en un mois doit s'enraciner pour faire face à des besoins somatiques, pour soutenir les équipes de ces établissements et constituer des points d'appui aux acteurs du domicile.

PROPOSITION N° 73

Pérenniser, systématiser et renforcer les dispositifs de type Vigilans de prévention des suicides ou les dispositifs de prise en charge des psychotraumatismes, y compris ceux ayant pour cause racine la perte de l'emploi ou la disparition de son entreprise.

PROPOSITION N° 74

Identifier et accompagner les clusters territoriaux de maladies chroniques évitables ou pouvant être prévenues avec des départements de santé publique inter-CHRU dans les grandes régions ou en interrégions, et **confier aux réseaux de CHRU la compétence de validation du cadre des protocoles de coopération et des IPA** pour accélérer la transformation des métiers et des organisations de soins pour que les interventions de santé publique soient rapides et efficaces.

PROPOSITION N° 75

Simplifier le droit des autorisations en ne réservant ce régime normatif (conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation) qu'aux activités nécessitant un recours aux soins critiques ou aux soins urgents, les établissements nécessitant ce type d'activités pouvant être autorisés automatiquement pour le reste de leurs activités, les établissements supports de GHT pouvant assurer leur répartition sur le territoire.

PROPOSITION N° 76

Renforcer les conseils territoriaux de santé par une présence accrue des usagers, de l'expertise hospitalo-universitaire comme des élus et des outils de régulation à privilégier qui pourraient passer par un droit d'attribution d'autorisations par délégation de l'ARS, qui se limiterait à fixer un nombre seuil et plafond d'autorisations dans chaque territoire mais ne se prononcerait pas sur la localisation : cette modalité à la main des CTS permettrait ou obligerait à un dialogue interprofessionnel et intersecteurs.

PROPOSITION N° 77

Concentrer les GHT sur leur mission d'organisation des soins en allégeant les superpositions d'instances grâce à une composition du futur « comité médical de groupement », s'articulant bien avec les conseils territoriaux de santé, mais aussi en permettant à des acteurs privés (médecine de premier recours, cliniques) de participer à la définition du projet médical et soignant de plusieurs filières.

PROPOSITION N° 78

Permettre un droit aux ARS de dérogation aux normes nationales en vue de créer des autorisations pour déverrouiller des opérations favorisant la souplesse de l'organisation des soins, par exemple pour lever des contraintes architecturales lorsqu'une bonne coopération peut éviter des travaux lourds et coûteux.

PROPOSITION N° 79

Le financement de la coopération doit devenir la règle majoritaire de la régulation des activités : le financement des activités sur un principe concurrentiel doit être limité aux activités courantes et dans des territoires suffisamment bien dotés en professionnels exerçant en secteur 1 afin d'éviter un effet d'éviction des patients socialement modestes.



3. TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

PROPOSITION N° 80

Les établissements et acteurs de santé s'impliquant dans une démarche de visibilité du suivi des indicateurs de santé publique, y compris les indicateurs de retard d'accès aux soins ou de mortalité à 30 jours, seraient dispensés de l'obligation de la certification dès lors que leur progression sera mesurable et rendue publique sous la forme d'un rapport annuel du compte qualité. Cette mesure permettrait de réduire l'empilement des niveaux de contrôle.

PROPOSITION N° 81

Les CHRU s'organisent au plus tard le 31 décembre 2021 en réseaux régionaux de santé publique comprenant différentes composantes : santé publique et épidémiologie, hygiène, information et informatique médicale, infectiologie, fédérations de cancérologie, DU de formation des usagers, qualité et sécurité des soins, médecine du travail, fédérations de télémédecine... de telle sorte qu'ils puissent co-animer avec les ARS et les URPS des structures régionales d'appui à la qualité en santé publique par transformation des actuels SRA.

PROPOSITION N° 82

Les CHRU développent des portails de connaissance clinique en lien avec l'exploitation de leurs bases de données cliniques issues des dossiers patients informatisés des établissements parties ou partenaires de leur GHT ou de leur réseau inter-CHRU, programme essentiel pour renforcer les capacités d'alerte en santé publique.

Le CHRU doit mettre en œuvre cette responsabilité à travers plusieurs approches :

- missionnelle : la mission des CHRU et la cohérence de la gestion stratégique dans les territoires doivent être réaffirmées pour les quatre objectifs précisés dans le décret : démographie médicale, recours et référence, formation en lien avec les facultés de santé, recherche pour leur subdivision d'internat ;
- organisationnelle : les CHRU doivent être promoteurs et responsable d'une nouvelle organisation territoriale avec les établissements des GHT de leur subdivision

d'internat, avec leurs partenaires (médecine de ville, établissements privés et médico-sociaux, CPTS, etc.) et avec les autres CHRU de leur région ou interrégion ;

- populationnelle : celle-ci doit être déclinée au travers de paramètres de santé publique, environnementaux ou socio-économiques et rappelée dans ses différentes dimensions territoriales : proximité, subdivision d'internat, de la région, de l'interrégion et au plan national voire international pour certaines activités.

L'importance majeure donnée à la prévention et à la promotion de la santé dans la politique de santé justifie que soit reconnue aux CHRU une mission particulière, bien évidemment non exclusive dans ce domaine.

PROPOSITION N° 83

Mettre en œuvre des stratégies territoriales en matière de prévention, de soins, de formation, de recherche et d'innovation, conformes au PRS, assurées par le directeur général, le président de CME du CHRU, les doyens de santé et le ou les présidents d'université dans le cadre d'une coopération avec la conférence territoriale universitaire, les URPS, les comités territoriaux des élus des GHT de la subdivision...

PROPOSITION N° 84

Donner aux CHRU une responsabilité propre en matière de prévention adossée au parcours de prévention développé en collaboration avec les GHT et les CPTS.

PROPOSITION N° 85

Former à la prévention des professionnels médicaux et non médicaux à l'instar du service sanitaire des étudiants : développer les aspects liés à la prévention dans les maquettes de formation.

PROPOSITION N° 86

Adosser les programmes de formation et de recherche aux services de santé publique et d'épidémiologie des CHRU qui ont un rôle particulier à jouer en matière d'évaluation des politiques de prévention et de promotion de la santé, en lien avec les structures de premier recours.



2. POSITIONNER LES CHRU DANS LA RÉFORME DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉ

2.1 Contexte

- Une diversité des situations territoriales et de taille des établissements, d'où une expression polyphonique.
- Un recentrage vers la proximité qui implique un équilibre à trouver, notamment par la gradation et les autorisations d'activités, qui constituent un levier d'organisation.
- Le contexte de crise Covid-19 a accéléré la nécessité de trouver une gradation des soins équilibrée et stratégique sur chaque territoire.

2.2 Objectif

Établir une échelle de gradation des parcours de santé des patients prenant en compte la proximité et établir les différents niveaux de référence, recours et de complexité des pathologies prises en charge.

Le niveau proximité est porté par tout établissement permettant l'accès aux soins, sans chirurgie nécessitant une hospitalisation, sans maternité, sauf exception liée à des particularités d'organisation territoriale.

PROPOSITION N° 87

Établir une échelle de gradation des parcours de santé des patients prenant en compte la proximité et établir les différents niveaux de référence, de recours et de complexité des pathologies prises en charge.

PROPOSITION N° 88

Traduire cette gradation en autorisations en priorisant les activités interventionnelles et de chirurgie, les soins critiques, les urgences et les activités non programmées, la périnatalité, la cancérologie.

PROPOSITION N° 89

Définir un niveau de proximité ou d'accessibilité, signifiant toute pathologie de grande fréquence, dont les standards de prise en charge sont diffusés, ne mettant pas en cause une synergie de pluricompetences simultanée, correspondant à la majorité des maladies dès lors qu'elles se présentent sous une forme clinique simple, sans excès de comorbidité, y compris certaines intégrées, pour certaines séquences, à des parcours de soins chroniques.

PROPOSITION N° 90

Définir un niveau de référence correspondant à des pathologies ou prises en charge, signifiant une disponibilité technique ou de compétence par une équipe ou un plateau technique coordonné mais simple, dans un mode de présentation clinique classique et relevant parfois d'une autorisation. Adosser le niveau référence à un établissement pouvant accueillir des activités de chirurgie de niveau 1 (sans réanimation, avec au plus de la surveillance continue) ou de maternité de niveau 1, des activités de médecine spécialisée avec nécessité de respecter un minimum d'activité et de compétences sans dérogation possible.

PROPOSITION N° 91

Définir un niveau de recours correspondant à des pathologies ou parcours de soins demandant, à un moment de leur prise en charge, un plateau technique de haut niveau ou de haut volume, obéissant à une logique de recommandation d'organisation et concernant des pathologies listées, ou tout recours secondaire, complication ou déviation par rapport au profil type d'une pathologie de recours primaire.



3. TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

Adosser le niveau recours à un établissement devant accueillir des activités de chirurgie de niveaux 1 et 2, ainsi que la réanimation polyvalente associée à la surveillance continue, des activités de médecine spécialisée reposant sur une masse critique optimale en nombre de praticiens et de volumes d'activité.

PROPOSITION N° 92

Définir un niveau de complexité correspondant à une pathologie dont la nature systémique ou d'organe est validée comme étant d'un niveau particulier de prise en charge (sur le modèle des maladies rares) défini par un corpus prédéfini de normes et de démarches de diagnostic, de sélection, de traitement, et donc supposant un accès immédiat à un plateau technique polyspécialisé sans les étapes précédentes.

Adosser le niveau de complexité à un établissement de référence hospitalo-universitaire, assurant pour la population de son ressort les niveaux précédents et les activités hautement spécialisées et requérant une interdisciplinarité forte.

PROPOSITION N° 93

Permettre la titularité des autorisations sanitaires par l'établissement support de GHT, leur localisation étant décidée et confirmée par l'ARS.

PROPOSITION N° 94

Maintenir dans ce cadre le principe des autorisations par catégorie d'équipements assise sur un indice populationnel.

PROPOSITION N° 95

Développer la territorialisation des équipes médicales et permettre aux CHRU et aux universités de labelliser des équipes territoriales hospitalières et mixtes ou des pôles interhospitaliers, d'organiser le lien avec les maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé :

- définir une gradation en niveaux par domaine ;
- positionner les CHRU dans la réforme des autorisations d'activité en travaillant par « domaine d'activité » et en posant une règle « si... alors » ;
- cette règle consisterait à dire, par exemple (en référence aux propositions précédentes), que :
 - si l'établissement est autorisé pour la chirurgie de niveau 2, il doit disposer des soins critiques de niveau 2 (réanimation),
 - si l'établissement est autorisé pour la chirurgie de niveau 1, il peut (pourrait) disposer au plus de la surveillance continue,
 - si l'établissement est autorisé pour un SAU, il doit disposer d'une autorisation de chirurgie et de soins critiques de niveau 2,
 - si la gradation des SU réintroduisait les unités de proximité d'accueil, de traitement, d'orientation des activités non programmées (UPATOANP), cela permettrait également de gérer le niveau 1.

Cette disposition permettrait de ne faire qu'un dossier global d'autorisations par type d'établissement de niveau 1 ou de niveau 2, avec une instruction et une évaluation simplifiées.

Elle permettrait également de gérer par « grappe » d'autorisations, surtout si la gradation de l'offre de soins en quatre niveaux était systématisée.



3. TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

3. OUVRIR UNE NOUVELLE ÈRE DE COMPLÉMENTARITÉS ENTRE LES CHRU ; CONCEVOIR ET GÉNÉRALISER LES RÉSEAUX DE CHRU

3.1 Contexte

- Rapports de la Cour des comptes réalisés à la demande du président de la commission des affaires sociales du Sénat :
 - novembre 2017 : recherche et formations,
 - décembre 2018 : activité de soins.

Principale difficulté identifiée par la Cour des comptes : exercice inégal des trois

missions des CHRU : « Très hétérogènes, les 30 CHRU ont une activité qui ne les distingue pas clairement de certains autres établissements [...] publics [...] ou privés ».

- Réponse du Premier ministre qui invite à développer les réseaux de CHRU.

3.2 Les missions des réseaux de CHRU

Soins

- Faire des choix : renoncer, mutualiser, concentrer, permuter.
- Schémas interrégionaux et schémas nationaux.
- Gradation entre centres de référence et centres de compétence.
- Plateformes de haute technologie organisée par le réseau.
- Seuils de masse critique à garantir et à harmoniser entre réseaux de CHRU.

Enseignement

- Assurer la dimension universitaire du réseau de CHRU : croiser un bilan des ressources et la capacité à les fixer, les redéployer, les concentrer.
- Appui aux départements médicaux capables de former pour eux-mêmes et pour les autres CHRU du réseau dans des spécialités clés, par exemple l'anesthésie-réanimation.
- Organiser en fédération ou autres modalités inter-CHRU les spécialités supports (santé publique, biomathématique, médecine du travail...).
- Coordination des CHRU concernant le nombre d'étudiants et la répartition par discipline.
- Renforcement des liens avec les GHT (2^e et 3^e cycles).

Recherche

- Structuration de réseaux d'investigateurs et de réseaux de compétences.
- Gestion de fonds (appels à projets PHRC interrégional, équipes interrégionales mobiles de recherche clinique) : mise en responsabilité conjointe du pilotage dans un cadre territorial correspondant au réseau.

Innovation et management

- Création d'écoles de management par réseau de CHRU, avec des options (management de pôles, d'unités, formation à la création d'entreprises innovantes en santé...).
- Offres de formations communes (ARM, IPA, enseignement sur les données massives...).
- Constituer des centres d'excellence et de compétence en économie de la santé (éclairage de la décision publique concernant l'ASMR et le remboursement).

PROPOSITION N° 96

Engager une mission spécifique sur les réseaux CHRU par un comité réunissant trois présidents de CME, trois directeurs généraux et trois doyens. Cette mission devra dresser un panorama de l'existant, proposer un panier de compétences souches des réseaux et accompagner la mise en œuvre des réseaux de CHRU.



3. TERRITOIRES, QUALITÉ ET PERTINENCE DE SOINS

PROPOSITION N° 97

Garantir l'inclusion de chaque CHRU dans un réseau de CHRU, qui s'organise librement dans un cadre régional ou un cadre interrégional, aussi bien pour sa gouvernance que pour les compétences optionnelles complétant le socle obligatoire.

PROPOSITION N° 98

Définir les compétences socles d'un réseau de CHRU :

- organisation des activités de recours de type SIOSS,
- formation et révision concertées des effectifs HU,

- définition d'une stratégie de recherche coordonnée,
- constitution d'écoles de management,
- promotion de l'innovation.

PROPOSITION N° 99

Les réseaux de CHRU pourraient, pour ceux qui le souhaitent, être structurés en groupements de coopération sanitaire (GCS).

PROPOSITION N° 100

Identifier un dispositif financier incitatif à la constitution et au fonctionnement des réseaux de CHRU.



PARTIE 4

SIMPLIFIER L'HÔPITAL

1. EN LE SÉCURISANT
SUR LE PLAN JURIDIQUE
2. DANS LE CHAMP
DES RESSOURCES HUMAINES
3. DANS LE CHAMP DES FINANCES
4. PAR LE NUMÉRIQUE
ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION
5. DANS LE CHAMP
DE LA COMMANDE PUBLIQUE
6. DANS LE CHAMP
DE LA QUALITÉ DES SOINS

Revaloriser
financièrement
et qualitativement
les carrières
des hospitaliers
et reconnaître
la spécificité de la
fonction publique
hospitalière..

Réaliser un effort
significatif sur
les **investissements**,
accompagnant la création
de valeur portée par les
CHRU (emplois, innovation
et recherche) et rénover
le financement des soins
qui apportent de la valeur
aux patients en ayant
une vision territoriale
et décloisonnée.

Conduire **un réel choc
de simplification**,
assorti d'un
renversement de
paradigme basé
sur la confiance
accordée aux acteurs
de terrain
*(voir les propositions
du rapport Claris).*



1. SÉCURISER L'HÔPITAL SUR LE PLAN JURIDIQUE

1.1 Simplifier les relations administratives entre hôpitaux et ARS

La recomposition en grandes régions (13 ARS sur le territoire métropolitain) conjuguée à la mise en place des GHT nécessite de repenser les modes de travail.

Autorisations d'activités et d'équipements *Voir partie 3, p. 46.*

Faciliter l'organisation des travaux au quotidien

- Privilégier systématiquement la **téléconférence/visioconférence** lors des réunions régionales convoquées par l'ARS avec les établissements de la région.
- Sur les questionnaires et enquêtes diffusés par les ARS ou le ministère :
 - **limiter le nombre et la fréquence des enquêtes** adressées aux établissements, en accordant un délai minimal de réponse, par exemple deux mois, sauf urgence avérée (ex: crise sanitaire). Annoncer un calendrier annuel et un nombre maximal d'enquêtes, et s'y tenir quoi qu'il advienne, sauf politique nationale nouvelle ou spécifique ;

- fusionner d'emblée les parties communes de ces questionnaires émanant de services différents de l'ARS ou d'autres autorités: les données générales sur l'établissement, données d'activité, renseignements institutionnels et administratifs, etc., ne seraient fournies qu'une fois par an sur le site Internet sécurisé. Disposer à cet effet et *a minima* d'une plateforme d'informations socles centralisées mises à jour une fois par an par les établissements, consultable et utilisable pour toute enquête/questionnaire par le ministère, les ARS et toutes les agences et les instituts relevant de la tutelle ministère de la Santé ou co-tutelle ministères Santé/Recherche et Enseignement supérieur ;
- avant de décider toute enquête régionale ou nationale, **évaluer le temps-homme** que l'enquête représente afin d'apprécier sa pertinence.



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

1.2 Alléger le circuit des instances internes à l'hôpital

Un début de simplification des instances va être apporté par la constitution du comité social d'établissement (CSE) regroupant les compétences CHSCT et CTE à l'horizon 2022; il est nécessaire que des

nouvelles règles ne conduisent pas à alourdir le fonctionnement de cette instance et conservent le principe **du passage unique** des dossiers de réorganisation.

1.3 Concernant le domaine de la recherche

- **Aménager le cadre réglementaire** des recherches impliquant la personne humaine.
- **Simplifier la mise en œuvre de la loi Jardé et du RGPD** qui ont renforcé les obligations du promoteur et du gestionnaire des données.
- **Créer un régime dérogatoire pour les thèses d'interne**, projets de recherche rétrospectifs qui engorgent les universités et les DRCI ou créer un fonds spécifique qui permette de prendre en charge cette activité à part entière.
- **Simplifier les autorisations des lieux de recherche.**
- **Assouplir les exigences imposées par la loi Toubon** quant à l'usage de la langue française dans les contrats internationaux en matière de recherche.
- **Élargir les possibilités de la mise en œuvre de l'« exception recherche »** du code des marchés publics.
- **Mettre en place pour l'ensemble des académiques** une grille de surcoûts et une convention uniques.
- **Permettre de rémunérer les personnels extrêmement qualifiés.**
- **Assouplir les conditions de prise de participation par les CHU** dans les sociétés valorisant leurs innovations.
- **Adapter les règles de remboursement des déplacements.**



2. DANS LE CHAMP DES RESSOURCES HUMAINES

PROPOSITION N° 101

Sur le recrutement et la titularisation

► Allègement des modalités d'organisation des concours

90 % des entrées de personnel non médical se font par un recrutement en tant que contractuels. Une partie de ces entrées est certes positionnée sur des postes non pérennes, mais beaucoup de contractuels occupent des postes pérennes et ont vocation à être stagiaires :

- soit sur simple décision, lorsqu'ils sont diplômés d'État ;
- soit après avoir réussi un concours, dans tous les autres cas.

Ainsi, beaucoup de concours sont organisés à la seule fin de régulariser la situation de professionnels déjà en poste. Les règles régissant ces concours, dont l'issue est en réalité connue d'avance, sont complexes, chronophages et difficilement compréhensibles pour les professionnels concernés, qu'ils soient lauréats ou non.

La suppression des concours semble difficile compte tenu du principe d'égalité d'accès aux charges publiques, mais la spécificité de l'hôpital doit pouvoir être reconnue pour faire valoir **une simplification du cadre appliqué** aux autres fonctions publiques, avec trois propositions :

- supprimer les quotas internes/externes ;
- donner à l'autorité investie du pouvoir de nomination une autonomie totale sur la composition du jury ;
- alléger les épreuves écrites des concours internes.

► Normalisation des règles de reprise d'ancienneté lors de la mise en stage

Les règles applicables actuellement semblent assez inadaptées, à l'heure où la notion de carrière n'a plus la même résonance et où les EPS procèdent régulièrement à des recrutements de professionnels ayant travaillé de nombreuses années dans le secteur privé. Cet objectif est d'ailleurs louable pour favoriser les ponts entre le service public et les établissements privés.

Or, l'application des dispositions réglementaires est extrêmement limitative et ne permet pas de valoriser ceux qui auraient fait le choix d'un début de carrière dans le privé avant de souhaiter rejoindre la fonction publique hospitalière, faisant bénéficier les établissements publics de leur expérience.

Nous proposons que le barème soit retravaillé pour correspondre *a minima* à une reconstitution linéaire et sans plafond d'une carrière publique sur emploi à responsabilité comparable. Cela simplifierait considérablement le recrutement et la titularisation des professionnels.



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

PROPOSITION N° 102

**Sur la gestion des carrières
et la rémunération**

► **Simplification de la gestion
indemnitaires des professionnels
contractuels**

La présence, dans les établissements publics de santé, d'un nombre croissant de personnels contractuels conduit à une dichotomie complexe de gestion des régimes indemnitaires applicables aux différentes catégories de personnels.

Nous proposons de permettre aux personnels contractuels de bénéficier du même régime indemnitaire que les personnels titulaires, afin d'améliorer la dynamique de recrutement de ces professionnels et d'assouplir les contraintes liées aux différences de gestion.

► **Assouplissement des conditions
de cumul d'activité pour le PNM**

Le cadre réglementaire applicable aujourd'hui pour le cumul d'activité des professionnels non médicaux est extrêmement limitatif: il paraît déconnecté des aspirations des professionnels et de l'évolution du marché du travail.

Nous proposons d'assouplir les règles de conditions de cumul, concernant:

- la nature des activités non soumises à autorisation préalable,
- les quotités de travail ouvrant droit à un cumul.

Plusieurs raisons président à cette proposition:

- le régime applicable au personnel médical est plus favorable que celui du PNM;
- les activités qui n'ont pas à être déclarées concernent principalement les grades à compétence managériale ou organisationnelle, plus que technique (publication, cours, participation à des jurys...);
- cela permettrait de régulariser des activités non déclarées;
- le développement d'exercices partagés entre deux activités permet de développer l'attractivité.

► **Simplification des règles de gestion
du temps de travail**

Ces mesures sont particulièrement utiles pendant la période de tension forte sur le marché du travail lié à la démographie des professions paramédicales (réduction des promotions d'étudiants en IFSI), qui va encore durer quelques années.

Nous proposons en outre une simplification des règles de gestion du temps de travail, autour de quatre axes:

- appréciation de la limite de 48 heures hebdomadaires sur une période de 4 mois, en alignant l'approche PNM sur celle applicable pour le PM. Cela a permis, durant la crise, de répondre efficacement à de nombreuses situations. Cela permet également une gestion des services en 12 heures avec des cycles 3/4 jours, plus acceptables pour les soignants en matière de qualité de vie au travail (moins d'aléas de planning);
- mettre fin à la limite maximale de 12 semaines pour l'organisation des cycles de travail. Nous proposons de nous baser sur le nombre d'agents qui composent une équipe: cela permettra d'apporter davantage de souplesse dans la gestion des cycles, en répondant à la fois aux besoins d'organisation du service et de visibilité des professionnels;
- maintien du déplafonnement des heures supplémentaires à hauteur de 20 h/mois minimum.
- concernant les professionnels médicaux, les propositions précédentes (25 et 27) s'inscrivent dans une dynamique de simplification des règles de gestion du temps de travail médical en mettant fin à la dichotomie de régime entre professionnels mono-appartenants et personnels HU, tant en matière de congés, d'obligations de service que de temps de travail additionnel.



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

► Simplification du dispositif d'intéressement collectif

Nous souhaitons revoir le dispositif imaginé dans un sens simplifié, tant pour l'encadrement que pour le processus administratif qu'il va supposer.

► Accélérer le dispositif d'ouverture des métiers accessibles aux pratiques avancées

PROPOSITION N° 103

Sur les outils de gestion des ressources humaines

► Doter les directions chargées des ressources humaines des outils technologiques adaptés

La situation des services RH (DRH et DAM) en matière d'outils technologiques de gestion et de dématérialisation des processus RH est extrêmement hétérogène. La généralisation d'outils de ce type et l'accélération de la dématérialisation des procédures pour les professionnels doivent permettre une accélération des délais et une simplification des démarches, très attendue de l'ensemble des acteurs.

► Réinterroger la délégation de gestion

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a démontré l'importance d'une plus grande subsidiarité dans la gestion des établissements. Nous proposons d'inviter tous les établissements à réinterroger la délégation de gestion mise en œuvre en leur sein, en privilégiant tous les « circuits courts » de décision.

PROPOSITION N° 104

Sur les instances

► Revoir le rôle et la composition des commissions paritaires

Dans la lignée des mesures prises récemment dans le cadre de la loi portant réforme de la fonction publique, nous proposons de revoir la composition des CAP, notamment la présence des membres désignés par le conseil de surveillance.

Nous proposons également de poursuivre l'allègement des procédures liées aux CAP et aux CCP.

► Accélérer la fusion des instances

Nous proposons d'accélérer l'échéance de la fusion des CTE et des CHSCT, en évitant l'organisation de nouvelles élections professionnelles. Nous souhaitons également clarifier encore le périmètre de compétence des instances afin d'améliorer le dialogue social en évitant les redondances (*voir plus haut*).



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

PROPOSITION N° 105

**Sur la santé au travail
et la gestion médicale des carrières**

La simplification du processus de facturation hospitalière liée à l'instauration d'un reste à charge zéro à l'hôpital permettrait de redéployer, à l'hôpital, en caisses et dans les mutuelles, les effectifs affectés au traitement des dossiers de facturation sur des missions à plus forte valeur ajoutée « santé »

► **Renforcer la prévention**

Enfin, dans un champ connexe à celui de la simplification, nous souhaitons insister sur l'importance de développer les actions de prévention. L'exemple de la crise sanitaire a montré qu'une présence quotidienne de psychologues sur le terrain, au contact des équipes, a été extrêmement appréciée des équipes et a permis d'identifier des personnels plus fragiles, de les suivre avec plus d'attention et de prévenir les difficultés.

Cela doit pouvoir être déployé davantage pour la lutte contre les TMS, les accidents du travail, avec la présence renforcée de préventeurs et d'ergonomes ou d'ingénieurs en organisation pour venir observer le travail, appuyer les équipes en charge de la DRH et au service de santé au travail de disposer d'enveloppes pour les équipements. Cela doit aussi permettre de redéfinir les besoins pour certains métiers, certaines tâches et peut-être gagner du temps infirmier notamment.

► **Permettre une accélération et une diffusion plus large des protocoles de coopération**

L'enjeu est fondamental pour mieux répondre aux besoins des patients et aux aspirations des personnels paramédicaux

et pour rattraper le retard par rapport à la plupart des pays de l'OCDE. Donner la possibilité de mieux rémunérer les paramédicaux qui exerceront davantage de responsabilités en s'inscrivant dans ces protocoles (ex: NBI).

► **Être beaucoup plus ambitieux dans la promotion des compétences paramédicales**

Un sujet parmi d'autres, mais qui est réapparu lors des premières semaines de la crise, avec l'augmentation très importante du nombre de décès dans nos hôpitaux: l'ablation des prothèses du type pacemaker. Un décret du 3 novembre 2017, contesté depuis sa publication, est venu en faire un acte auquel ne peuvent procéder que les médecins et les thanatopracteurs, ce qui a « re-médicalisé » un acte jusque-là effectué couramment par les soignants des chambres mortuaires...

► **Recruter des professionnels paramédicaux dans le cadre des contrats de participation au service public pour faire face aux difficultés de recrutement**

Une modification de l'article L. 6146-2 du CSP permettrait à des professionnels paramédicaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes...) et psychologues libéraux d'exercer sous cette forme à l'hôpital, comme ils peuvent le faire aujourd'hui en hospitalisation à domicile (HAD).

Sous réserve d'avis de la CME, simplifier l'intervention des libéraux dans un établissement ou un groupement, en laissant le taux de redevance à l'appréciation des instances internes et en laissant la liberté contractuelle, avec information à l'ARS mais sans autorisation préalable.



3. DANS LE CHAMP DES FINANCES

3.1 Faire confiance aux hospitaliers

Contexte et justification du changement

Les plans de maîtrise des dépenses hospitalières se sont accompagnés de mesures de contrôle de la dépense hospitalière déclinées sous différentes formes : CAQES, contrat COPERMO, contrôle T2A.

Ces mesures poursuivent un seul but : assigner aux établissements de santé des objectifs d'évolution d'activité et d'optimisation des charges de fonctionnement, au service de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Leur accumulation, sur des périmètres souvent très proches, est une illustration parfaite d'une gestion bureaucratique des relations entre les hôpitaux, les ARS et l'assurance maladie. Les objectifs sont fixés à l'hôpital, alors que leur déclinaison ne peut

se faire qu'à l'échelle de chaque service, voire prescripteur, et nombre de ces outils mériteraient, pour être pertinents, un réel éclairage de santé publique et non la simple observation d'un écart à la moyenne.

Ces outils ont largement participé à la création d'un sentiment de bureaucratization aveugle de nos établissements hospitaliers. Il convient de les remplacer par des outils de dialogue avec les ARS et l'assurance maladie, respectueux des hôpitaux et non simplement outils de contrôle et de maîtrise de la dépense hospitalière.

L'ensemble des mesures qui seront prises en matière financière n'aura de sens que si elles sont sous-tendues par ce principe de base : faire confiance aux hospitaliers.

3.2 Supprimer le reste à charge à l'hôpital

Contexte et justification du changement

Avec le déploiement de la T2A, le financement hospitalier a transformé le processus de remboursement des soins en un système de facturation des soins complexe, très coûteux et dont la performance reste toute relative. Le reste à charge hospitalier demeure important et génère des inégalités entre les patients dans l'accessibilité aux soins, avec des renoncements pour raisons financières et une très forte concentration sur quelques cas (patients âgés, précaires, souffrant de pathologie chronique), en totale incohérence avec les objectifs de santé publique poursuivis.

Le reste à charge doit être assumé par l'assurance maladie, avec une répartition entre les différentes mutuelles complémentaires.

Le montant des créances, admises en non-valeur, annulées ou non recouvrées, reste significatif et concentré sur les parcours complexes. 1% des effectifs totaux des hôpitaux est consacré à cette mission de gestion administrative du tiers payant (traitement des droits et factures) pour le compte de l'AMO et de l'AMC ; 80% de la ressource sont mobilisés pour seulement 20% de factures.

Le circuit de facturation des soins à l'hôpital est devenu inadapté

- Complexité extrême des règles de facturation et de prise en charge, rendues d'autant plus illisibles pour le patient que les soins restent compris comme gratuits à l'hôpital.
- Surcoûts de gestion inutile sans valeur ajoutée pour le patient.
- Illisibilité des parcours administratifs du patient à l'hôpital : temps d'attente, erreurs.



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

- Inégalité entre les patients, au regard du reste à charge final (forte concentration sur les patients précaires, les patients chroniques et les patients âgés).
- Renoncements aux soins pour raisons financières (avance des frais en l'absence de couverture AMO/AMC, reste à charge final en l'absence de couverture complémentaire).
- Augmentation des restes à recouvrer et créances admises en non-valeur dans les hôpitaux sur les patients payants (patients précaires, patients étrangers...) et les parcours complexes (passages aux urgences).
- Absence d'interface et de dématérialisation des données entre l'assurance maladie, les mutuelles, les hôpitaux et la médecine de ville susceptibles de réaliser la digitalisation complète du parcours patient et de favoriser la coopération des acteurs pour la prise en charge transversale du patient.

La simplification du processus de facturation hospitalière liée à l'instauration d'un reste à charge zéro à l'hôpital permettrait de redéployer, à l'hôpital, en caisses et dans les mutuelles, les effectifs affectés au traitement des dossiers de facturation sur des missions à plus forte valeur ajoutée « santé » : accueil des patients ou codage des informations, programmes de prévention ou éducation à la santé, amélioration du service administratif rendu aux professionnels de santé...

PROPOSITION N° 106

Instauration d'un « reste à charge zéro » à l'hôpital, avec prise en charge 100 % par l'assurance maladie sur une base universelle de tous les patients et de tous les frais

- Suppression des règles de répartition entre AMO et AMC et des mécanismes de ticket modérateur restant à la charge du patient.
- Instauration d'un principe de tiers payant intégral, pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, pour toutes les prises en charge à l'hôpital.
- Suppression du régime particulier sur exigence particulière du patient et réintégration des suppléments chambres particulières et prestations accompagnants dans le coût global de prise en charge du patient.
- Réintégration de l'ensemble des sommes correspondant à la contribution actuelle des mutuelles et assurance santé dans l'ONDAM hospitalier et instauration d'une taxe fiscale sur les organismes complémentaires au prorata des adhérents ou du chiffre d'affaires pour assurer cette contribution directe aux ressources de l'ONDAM.
- Réintégration dans l'ONDAM des sommes correspondant à la prise en charge des patients étrangers (AME, SU, conventions internationales et caisses étrangères) et financement direct des établissements par leur caisse pivot d'assurance maladie, à charge pour l'assurance maladie de recouvrer les sommes auprès des États étrangers et de l'État français.
- Réintégration dans l'ONDAM des soins aux patients détenus (part AMO et AMC) et des missions de médecine légale financées par le ministère de la Justice (réquisitions, IML, UMJ) et financement direct des établissements par l'assurance maladie (transferts budgétaires).



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

► Simplification et digitalisation de la facturation

- Suppression des programmes d'industrialisation de la facturation individualisée de la part AMO (FIDES) et AMC (ROC) et RAC patient (DIAPASON) dans le cadre de SIMPHONIE.
- Développement d'un programme de déclaration d'activité interconnecté et interfacé servant de base de justification pour le remboursement des soins financés à l'activité en industrialisant les programmes E-PMSI et PIRAMIG.
- Déploiement d'un véritable programme d'investissement massif dans la digitalisation des données administratives et médicales du patient avec secret professionnel partagé et inversion du principe de consentement (présomption de consentement sauf refus explicite).

3.3 Simplifier la gestion budgétaire et comptable à l'hôpital

Contexte et justification du changement

Les directions hospitalières sont sursollicitées pour produire plusieurs fois les mêmes données dans différentes enquêtes ou recueils d'information nationaux (ministère) et régionaux (ARS).

La plupart de ces productions imposent des saisies manuelles d'informations identiques sur des outils distincts, des méthodes de calcul différentes et des périodes spécifiques.

Une rationalisation et une simplification sont indispensables pour recentrer les directions opérationnelles sur leur cœur de métier.

Plusieurs mesures sont proposées; elles sont fondées sur le principe « dites-le nous en une seule fois » pour toutes les données budgétaires, comptables et financières.

• Sur les données budgétaires

- Suppression des ressaisies du compte financier réalisées par les établissements grâce à la mise en place d'un export automatique des données HELIOS vers l'ATIH.
- Suppression de l'obligation de saisie des données budgétaires des budgets médico-sociaux rattachés aux établissements publics de santé.

• Sur les données analytiques

- Unification de la campagne et des méthodologies de recueil des données du retraitement comptable et de PIRAMIG dans un outil commun.
- Mise à disposition directe de ces données aux ARS pour supprimer les rapports d'activité spécifiques et manuels.

• Sur les données d'activité et de ressource

- Suppression des ressaisies des établissements pour alimenter la SAE.
- Mise en place d'un export automatique des données.



4. PAR LE NUMÉRIQUE ET LES SYSTÈMES D'INFORMATION

La crise sanitaire majeure du Covid-19 aura fait apparaître le numérique sous un éclairage nouveau. Elle a montré à tous l'utilité des services numériques pour les patients comme pour les professionnels. À ce titre, elle a provoqué une révolution numérique accélérée.

Cette partie présente les actions, les apports du numérique dans cette crise et nos propositions.

PROPOSITION N° 107

Le télétravail

Ce mode d'exercice de l'activité professionnelle a été multiplié par 10 en moyenne en nombre de professionnels concernés, avec des temps de connexion accrus (télétravail à 100% pour certaines catégories d'agents).

► Pour l'extension du télétravail

- Augmentation des débits.
- Augmentation des connexions simultanées au SIH à distance via IPDiva ou autre.
- Mise en place d'une assistance téléphonique spécifique.
- Mise à disposition d'équipements pour faciliter la mobilité le cas échéant (PC portables, bornes Wifi en mode RAP (point d'accès à distance)..

PROPOSITION N° 108

Développement des visioconférences

Avec la limitation des réunions en présentiel, la visioconférence est devenue la règle, tant pour les réunions de travail que pour les réunions institutionnelles.

► Pour la généralisation de la visioconférence

- Les DSI ont dû procéder à l'extension des licences et à des équipements complémentaires le cas échéant (écrans, webcam, Jabra...).
- Équipement des salles de réunion et salles de staff le cas échéant.
- Accompagnement de l'ensemble de l'institution pour l'acquisition des usages. Mise en place d'une cellule spécifique d'accompagnement technique. Réalisation de documentations mises à disposition via l'intranet.

PROPOSITION N° 109

Développement de la téléconsultation et de la télémédecine

Les outils de télémédecine existaient depuis plusieurs années avec un niveau d'usage très variable. La situation de crise sanitaire a été un formidable accélérateur pour le déploiement et l'utilisation de ces outils dans le cadre de la médecine à distance.



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

PROPOSITION N° 110

Mise en place d'outils numériques pour le suivi des patients

Les hôpitaux, et les CHRU en particulier, ont dû faire preuve d'innovation pour développer ou adapter des outils de **suivi des patients à distance**.

► Pour le suivi des patients Covid à domicile

- Utilisation d'applications permettant le suivi à domicile et l'autosurveillance.
- Questionnaires de suivi intégrés au dossier patient.
- Déploiement de la fonction de e-admission et de détection des symptômes du Covid avant la venue à l'hôpital.
- Déploiement d'outils de communication avec les patients: sollicitation par SMS, tablettes, smartphones...

PROPOSITION N° 111

Communication avec la ville: plateforme ville/hôpital

Les plateformes de coordination entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers se sont développées avec l'appui d'outils téléphoniques et numériques (suivi des appels, des tests Covid à destination de la ville, prescripteur et médecin traitant notamment),

► Pour la communication des résultats vers la ville

- Mise en place de plateformes téléphoniques pour la prise en charge et le suivi des patients Covid.
- Création d'applications pour réaliser le suivi des patients.
- Mise en place d'une organisation territoriale d'accompagnement de la ville.

PROPOSITION N° 112

Adaptation des infrastructures pour le SAMU

Les SAMU ont concentré l'essentiel des appels de patients, ce qui a conduit à de nombreuses adaptations et améliorations des outils mis à disposition.

► Pour adapter les outils des SAMU

- Déploiement de solution de visio adaptée à la médecine d'urgence. Avec cette application, extrêmement simple et ergonomique, les régulateurs du SAMU peuvent ajouter l'image au son du téléphone. Cet out de vidéo-transmission apporte une aide précieuse dans la qualification de certains appels.
- Adaptation des infrastructures téléphoniques et informatiques des SAMU pour faire face à l'augmentation des appels: augmentation du nombre de postes, adaptation de l'arborescence de la gestion des appels afin d'orienter les appels en lien avec le Covid vers une plateforme dédiée...

PROPOSITION N° 113

Adaptation du SI de biologie pour la mise en œuvre du dépistage massif pour les sites MGI

L'objectif était de proposer à la population un dépistage virologique massif par PCR à la sortie du confinement. Des plateformes de dépistage massif national ont été mises en place sous le pilotage de la DGS dans un délai extrêmement court.

► Pour un dépistage massif par PCR

- Mise en œuvre des automates PCR MGI-960 haut débit sur quinze CHRU.
- Interconnexion avec le serveur de résultats national SIDEP (Système d'information de dépistage) hébergé à l'AP-HP.
- Mise en œuvre du logiciel expert FastFinder le cas échéant.
- Mise à disposition d'outils numériques pour les centres de prélèvement.



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

PROPOSITION N° 114

Traitement des données et remontée d'informations

Sur les mois à venir, les opérations de *contact tracing*, vont s'appuyer essentiellement sur deux fichiers numériques: SIDEPE et Contact Covid, alimentés en grande partie par les établissements de santé.

► Pour adapter le système d'information de pilotage et de tracing

- Réalisation de statistiques et de tableaux de bord pour le suivi de l'activité et de la prise en charge des patients.
- Alimentation des fichiers nationaux: serveur national de résultats de biologie SIDEPE pour tous les sites réalisant des analyses (MGI et hors MGI), plateforme SI-VIC, fichier Contact Covid...

Cette remontée d'informations pose par ailleurs d'autres questions, dont celle à nouveau de la nécessaire association des CHRU à l'exploitation et à l'interprétation de ces données. L'association des équipes des entrepôts de données régionaux des CHRU, des médecins DIM comme des équipes de recherche des CHRU constitue une exigence pour en garantir une exploitation pertinente et de qualité.

a. Synthèse : les enseignements de la crise dans le domaine numérique et du système d'information

Pour faire face à une situation sanitaire inédite, le système d'information interne à l'hôpital doit être solide, les infrastructures techniques suffisamment dimensionnées et les services numériques suffisamment développés pour faciliter et structurer les relations avec la médecine de ville, avec les partenaires externes comme avec les patients.

Parmi les points marquants dans la gestion de la crise, on peut noter :

- une fragilité des dispositifs de suivi du capacitaire de la région (RoR) – au moment de gérer le pic d'hospitalisations de réanimation et l'urgence au quotidien d'orienter les patients vers les derniers lits disponibles. Le dispositif RoR s'est avéré inadapté, trop peu réactif, trop peu précis, trop dépendant de son remplissage par les équipes. Les établissements ont été contraints de mettre en place une cellule de régulation *ad hoc* avec les chirurgiens.

- Des difficultés avec le logiciel Trajectoire quand il s'est agi de gérer des flux importants MCO/SSR.
- Le pilotage de la crise par les données s'est fait au travers de tableaux de bord précis (nombre de patients entrants/sortants, par discipline, par site, etc.). Cet élément a été essentiel dans la gestion de la crise. Mais dans ce domaine, on peut noter la faible articulation entre données hospitalières et données de ville à l'échelle d'une région ou d'un territoire. Une harmonisation du réseau sentinelle avec SIDEPE ou ameli-Pro devrait être envisagée.
- Des retours d'expériences spécifiques pourraient être envisagés sur différents applicatifs: SIVIC, développement d'un système d'information sur les approvisionnements en médicaments, nomenclatures de biologie, etc.



5. DANS LE CHAMP DE LA COMMANDE PUBLIQUE

PROPOSITION N° 115

La relocalisation de l'activité

Autoriser la possibilité d'exiger une production locale pour des produits de première nécessité sanitaire, aux fins d'assurer la sécurité et la fiabilité des approvisionnements, au besoin à travers un lot.

PROPOSITION N° 116

Consécration dans le Code de la commande publique d'un chapitre consacré à la situation de crise sanitaire

ou à la nécessité de continuité des soins - rupture, approvisionnement ou sinistre.

PROPOSITION N° 117

Un recours facilité et élargi à la négociation, au dialogue compétitif et au marché sans publicité ni mise en concurrence pour gagner en souplesse et en agilité

PROPOSITION N° 118

Une révision des seuils, de la nomenclature, des délais et des durées pour gagner en réactivité et en pertinence

PROPOSITION N° 119

Un allègement du contrôle et du formalisme à certaines étapes de la procédure pour gagner en efficacité et en coût

PROPOSITION N° 120

Adaptation des principes de la commande publique aux centrales d'achat

Plus particulièrement dans les domaines de la biologie, des médicaments ou des DM/DMI pour lesquels les EPS ont mis en place, avec un coût certain, des validations de méthode (biologie/PMA), des protocoles de prescription (médicaments) ou de soin (DM). Le changement de produits, de techniques ou de prestataire entraîne une nécessaire refonte desdits protocoles et méthodes, ainsi qu'un accompagnement au changement afin de limiter le risque sanitaire.



6. DANS LE CHAMP DE LA QUALITÉ DES SOINS

Prioriser prévention des risques, pertinence, coopération en équipe et participation des patients avec :

- **la certification :** une certification HAS des établissements de santé, à la fois allégée et enrichie des autres évaluations externes de la qualité ; centraliser le reporting des différentes activités « réglementées » qui pourraient être allégées en exigences et en périodicité (ASN, COFRAC...). Toutes les évaluations externes réalisées (ABM, organismes internationaux type JACIE pour les greffes de moelle...) doivent être intégrées à la certification ;
- **les indicateurs :** intégrer de manière pertinente les indicateurs QVT au dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ) afin de renforcer l'engagement des établissements dans l'attractivité et la valorisation des ressources humaines. Intégrer aux indicateurs des critères de valorisation des coopérations (travail en équipe, accréditation en équipe, équipes mobiles de territoire, parcours de soins de territoire...) ;
- **le financement à la qualité,** qui doit être focalisé sur des indicateurs de résultats mesurés par les équipes cliniques et par les patients et doit prendre en compte la qualité de vie au travail et les nouveaux modes de prise en charge ambulatoire/hospitalier, pluriprofessionnel, responsabilisant professionnel et patient.

PROPOSITION N° 121

Simplifier et co-construire la certification HAS V2020

- Intégrer et pondérer dans la certification des critères spécifiques aux activités des CHRU prenant en compte notamment les résultats de la recherche clinique et des centres de compétences (patients intégrés dans les essais de recherche clinique, cohortes centre de référence et de compétences).
- Prioriser le recueil automatisé des indicateurs de qualité et sécurité des soins et adapter les systèmes d'information.
- Acter la participation des CHRU à la construction et l'évaluation *a priori* des indicateurs qualité et sécurité des soins.
- Mettre en place un copil qui associerait à la HAS les professionnels et les représentants médicaux des établissements et les usagers afin de proposer des indicateurs utiles en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et évolutifs.
- Intégrer des indicateurs de service médical rendu aux patients en s'appuyant sur les travaux réalisés internationalement et y participer (Patients Related Outcomes Measures - PROMs).
- Créer au sein des réseaux de CHRU des plateformes d'expérimentation qui permettraient évaluation et autorisation de déploiement/financement des indicateurs (modèle de la commission HAS médicaments qui donne évaluation pour taux de remboursement assurance maladie...).



4. SIMPLIFIER L'HÔPITAL

PROPOSITION N° 122

Définir avec les pouvoirs publics une sous-enveloppe IFAQ dédiée aux CHRU

- Faire évaluer et engager un travail sur les indicateurs et la construction d'IFAQ, en lien avec les PCME de CHRU afin d'intégrer les spécificités des CHRU dans le modèle de financement pour en valoriser les axes majeurs : attractivité et financement des soins fondé sur qualité, pertinence et recours.
- Repenser le dispositif du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) en le fusionnant à l'IFAQ.

PROPOSITION N° 123

Améliorer l'évaluation de la satisfaction des usagers

- Améliorer l'évaluation de la satisfaction et y adjoindre l'évaluation des résultats perçus par le patient : Patients Related Outcomes Measures (PROMs) et Patient-Reported Experience Measures (PREMs).
- Former les usagers et mieux associer l'usager à la gouvernance et aux instances des CHRU et promouvoir ce rôle (élargir à des patients et pas seulement des représentants d'usagers, prévoir financement).
- Associer les patients aux innovations technologiques et organisationnelles.
- Définir un financement pour rémunérer les usagers et un processus de sélection – notamment les patients experts.

► **Sur le développement professionnel continu (DPC)**

- Établir un partenariat entre les Conférences PCME/DG de CHRU et l'ANDPC sur le DPC et créer une plateforme de travail DG/PCME.
- Lancer une campagne de recertification des professionnels de santé hospitaliers
- Organiser des formations DPC de façon propre au sein des CHRU ou de leur territoire.



CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Le devenir de la communauté hospitalo-universitaire ne peut se résumer à 120 propositions. Il doit nécessairement prendre en compte les attentes des bénéficiaires du service public de santé afin d'aboutir aux meilleurs soins possibles et à un consensus large sur leur production, leur financement et leur administration.

La construction de cet environnement implique des mutations majeures de l'offre de soin, tant au regard des enjeux de qualification et de reconnaissance instruits dans le cadre du Ségur qu'en s'appuyant sur l'expertise des établissements et des collectifs qui font vivre au quotidien le service public de santé.

Les CHU sont totalement partie prenante de cette dynamique et poursuivront leurs travaux de propositions et de questionnement sur les nombreux sujets qui mettent en mouvement la vie hospitalo-universitaire : renforcer la responsabilité sociale et environnementale, porter la recherche clinique et l'innovation en santé, faciliter et territorialiser l'accès aux soins, en complémentarité avec l'ensemble des acteurs.

Cette ambition doit se poursuivre, en actionnant tous les leviers qui font des CHU des acteurs majeurs :

- de la mise en œuvre et du développement des soins d'excellence dans le domaine du recours comme dans celui de la proximité et de la prévention ;
- de l'aménagement sanitaire du territoire, permettant de coordonner les parcours de santé, dans un lien fort avec les CPTS ;
- de la recherche clinique et translationnelle, en continuité des travaux de recherche fondamentale et en support à l'innovation et au développement industriel ;
- de la formation des professionnels de santé, dans un lien fort avec les universités.

Construire l'hôpital de demain autour des femmes et des hommes qui ont fait le choix de s'y engager suppose de lever les contraintes qu'il connaît actuellement et de libérer les énergies qu'il abrite. C'est dans cette dynamique que les Conférences poursuivront leur contribution active.



CONTRIBUTIONS

1. UN SOUTIEN TOTAL AUX PROPOSITIONS DU RAPPORT CLARIS

UNE PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE
MAJEURE

2. RECHERCHE ET INNOVATION EN SANTÉ

LE RÔLE DES CHRU DANS L'EXCELLENCE
DE LA RECHERCHE EN SANTÉ FRANÇAISE
RÉAFFIRMÉ PAR LA CRISE COVID-19

3. APPORT DU NUMÉRIQUE

DANS LE SÉCUR DE LA SANTÉ

LA NÉCESSITÉ D'UN PLAN DE SOUTIEN
FINANCIER MAJEUR À L'INVESTISSEMENT



1. UN SOUTIEN TOTAL AUX PROPOSITIONS DU RAPPORT CLARIS UNE PROPOSITION COMPLÉMENTAIRE MAJEURE

Nos Conférences ont approuvé et souhaitent promouvoir l'ensemble des propositions figurant dans le rapport de la mission Claris afin d'offrir le choc de simplification et de médicalisation de la gouvernance souhaité par le président de la République et indispensable à l'hôpital voulu par les Français. **Toutefois, les DG et PCME ont souhaité aller plus**

loin dans les recommandations de ce rapport en proposant que les prévisions financières (EPRD, PPI, PGFP) impliquent que le PCME puisse donner un visa sous forme d'avis simple après avis de la CME, avant que le chef d'établissement n'arrête ces prévisions et les adresse à l'ARS.

Pour rappel, les 20 propositions adressées à la mission du Pr Claris.

Les 20 recommandations principales de la mission Claris et l'échéance de mise en œuvre souhaitée

REVALORISER ET RÉINVESTIR LES SERVICES DE SOINS

14	Reconnaître réglementairement la fonction de chef de service, et particulièrement ses responsabilités en matière de qualité et de sécurité des soins, de qualité de vie au travail des équipes, et d'encadrement des internes et des étudiants en santé.	à 3 mois
17	Faire du chef de service et du cadre de santé un binôme managérial équilibré et opérationnel.	à 3 mois
18	Reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de chef de service et de chef de service adjoint.	à 6 mois
20	Développer l'intéressement collectif des équipes..	à 6 mois

CONFORTER LE BINÔME DIRECTEUR/PCME

3	Rendre obligatoires des cosignatures par le directeur et le président de CME, <i>a minima</i> sur : <ul style="list-style-type: none">• les désignations individuelles de praticiens à des postes de responsabilité ;• les contrats de pôle ;• les modifications de structure des services médicaux et médico-techniques.	à 3 mois
11	Reconnaître réglementairement une part de rémunération associée à la fonction de PCME et d'animateur de commission.	à 6 mois
31	Donner aux PCME les compétences et les moyens nécessaires pour assumer leurs responsabilités (cf. le projet de management et de gouvernance défini dans la recommandation n°1).	à 6 mois



CLARIFIER ET ASSOCIER LES PROFESSIONNELS AUX DÉCISIONS

- 1 Rendre obligatoires l'élaboration et l'adoption d'un projet de management et de gouvernance comportant un volet médical déclinant les objectifs suivants :
- valeurs managériales de l'établissement ;
 - modalités de désignation des responsables hospitaliers ;
 - définition des liens fonctionnels entre chefs de service et cadres de santé, entre PCME et directions fonctionnelles ;
 - processus d'instruction des projets ;
 - politique de délégation de gestion ;
 - moyens matériels et humains alloués aux responsables hospitaliers ;
 - modalités de formation et d'accompagnement des responsables hospitaliers ;
 - articulation des instances de gouvernance avec les pôles, services et filières.
- à 6 mois

- 13 Mettre en place dans chaque établissement une cellule de gestion de projets copilotée par un directeur et un membre de la CME, visant à faciliter le lancement de projets médicaux et soignants sur la base d'une sélection transparente puis d'une contractualisation interne avec la gouvernance de l'établissement, associant les services supports.
- à 6 mois

- 21 Structurer la procédure de sélection des responsables médicaux.
- à 6 mois

REDYNAMISER LES INSTANCES DE GOUVERNANCE

- 6 Conforter le rôle de concertation médico-administrative du directoire et accroître son ancrage avec le terrain, en généralisant les pratiques observées :
- favoriser, dans le cadre d'échanges préalables avec les chefs de pôle, la possibilité pour les services de proposer des sujets à inscrire à l'ordre du jour ;
 - conforter la pratique actuelle du consensus, garantissant l'adhésion de l'ensemble de la gouvernance ;
 - diffuser à l'ensemble de l'encadrement hospitalier un relevé de conclusions synthétique du directoire (ex : la minute du directoire).
- à 3 mois

- 7 Revoir les modalités d'élaboration du projet médical.
La CME élabore et propose au directoire le projet médical qui est intégré au projet d'établissement. Le PCME coordonne son élaboration et sa mise en œuvre avec le directeur, selon une procédure médico-administrative partagée.
Après concertation en directoire, le directeur et/ou le PCME peuvent demander à la CME de compléter et/ou d'amender la proposition de projet médical dans une nouvelle proposition. Le projet final est voté par la CME pour être proposé au directoire. Il est partie intégrante du projet d'établissement voté par les instances, comme la réglementation le prévoit déjà.
- à 3 mois

- 10 Déterminer une procédure d'instruction des sujets relevant d'un avis simple de la CME et étendre ces sujets au programme d'investissement et de développement du système d'information médicale, au plan pluriannuel d'investissement, à l'EPRD, aux nominations de praticiens, aux désignations des chefs de service et de pôle et aux relations ville/hôpital.
- à 3 mois

PROPOSER DES PARCOURS MANAGÉRIAUX AUX RESPONSABLES MÉDICAUX

- 33 En lien avec le CNG, établir un véritable parcours managérial pour les responsables médicaux, assurant leur formation, leur valorisation, leur suivi et leur montée en compétences.
- à 12 mois



METTRE EN ŒUVRE DES DÉLÉGATIONS DE GESTION FORTES

- Engager une démarche affirmée de délégation aux pôles volontaires portée par la gouvernance de l'établissement, tout en sécurisant les prérequis préalables :
- disposer d'un système d'information adapté et robuste permettant une comptabilité analytique performante ;
 - prendre appui sur des chefs et collaborateurs de pôles formés et responsables ;
 - en ciblant progressivement les ressources humaines, les petits investissements du quotidien, la formation et la qualité de vie au travail.
- 19** à 3 mois

SIMPLIFIER ET REDONNER DU SENS AU QUOTIDIEN DES SOIGNANTS

- 54** Simplifier les règles de la commande publique. à 3 mois

IMPULSER DE NOUVELLES DYNAMIQUES PARTENARIALES AUX NIVEAUX DU GHT ET DU TERRITOIRE

- 37** Recentrer les GHT sur leurs missions d'organisation territoriale de soins en simplifiant leur mode de gouvernance. à 6 mois

- 47** Simplifier le régime des autorisations de soins pour redonner du temps aux managers soignants et hospitaliers. Le centrer sur les seules activités de soins comportant un recours important à des soins critiques ou urgents. à 3 mois

SIMPLIFIER LES PROCESSUS NATIONAUX

- 50** Simplifier et harmoniser les processus de certification et d'évaluation (HAS, HCERES, COFRAC). à 12 mois

RECOMMANDATIONS

- 51** Décentraliser et simplifier les processus de recours aux protocoles de coopération entre professionnels de santé et aux infirmiers/ères de pratiques avancées. à 3 mois



2. RECHERCHE ET INNOVATION EN SANTÉ LE RÔLE DES CHRU DANS L'EXCELLENCE DE LA RECHERCHE EN SANTÉ FRANÇAISE RÉAFFIRMÉ PAR LA CRISE COVID-19

La recherche en santé est un enjeu stratégique. Un enjeu de souveraineté nationale; d'amélioration de la connaissance des pathologies et des thérapeutiques à l'échelle de l'histoire mondiale de la médecine; d'attractivité des meilleurs spécialistes; de développement industriel; de positionnement de la France dans le concert mondial.

La santé ne se résume pas aux soins. Tous les grands organismes publics et privés l'ont compris, au point de faire de la santé un objet prioritaire de recherche, de développement et d'investissement tant les enjeux scientifiques et économiques sont énormes.

Pour autant, santé et soins se trouvent intimement liés dans la prévention et la prise en charge des pathologies et donc des patients. C'est pourquoi la recherche en santé est intrinsèquement inséparable du continuum entre fondamental, translationnel et appliqué. Une recherche en santé qui ne serait pas alimentée ni démontrée par la pratique resterait lettre morte. Une recherche appliquée qui ne s'appuierait pas sur des modèles fondamentaux se priverait de ses bases scientifiques essentielles.

Dans ce contexte, les CHRU jouent un rôle particulièrement important. À la fois lieux de recherche et d'expérimentation concrète, ils fondent depuis 60 ans la recherche sur une triple dimension indissociable: la **confiance intime**, qui existe entre des patients et des équipes médicales et qui permet d'accéder à des données uniques et de qualité exceptionnelle en « vie réelle»;

la capacité à apporter autour du patient soigné une **approche pluridisciplinaire de haut niveau** permettant de passer outre les silos qui peuvent exister dans le raisonnement médical et scientifique; **l'expérience et la rigueur dans la recherche**, acquises depuis de nombreuses années par les équipes et portées par les liens étroits avec les universités, les instituts de recherche et les industriels.

Ces points fondamentaux structurent les travaux conduits par la commission Recherche et innovation de la CNDG. Ils s'inscrivent dans une représentation partagée selon laquelle les acteurs essentiels de la recherche en santé que sont les CHRU sont en mesure de répondre aux enjeux nationaux et internationaux qui s'offrent à eux dans le cadre d'une coopération structurée et équilibrée avec l'ensemble de leurs partenaires. Cet équilibre concerne le financement de la recherche, l'attractivité des carrières, la gouvernance des objectifs et des projets aux niveaux national et local.

Enjeux et perspectives ont fait l'objet d'un travail en profondeur détaillé dans le cadre de **45 propositions** portées par les trois Conférences des DG de CHRU, des PCME de CHRU et des doyens de médecine et le CNCR, à l'appui de la loi de programmation pluriannuelle de la recherche (1). Ils ont été parfaitement illustrés par la **place majeure et prépondérante des CHRU** dans le cadre de la crise mondiale du Covid (2) et doivent trouver appui dans un financement adapté, objet de discussions en stratégiques non encore stabilisées (3).



1. La loi de programmation pluriannuelle de la recherche (LPPR), un acte fondateur pour soutenir la recherche en santé et les CHRU, premiers promoteurs et investigateurs français

Dans le cadre des travaux relatifs à la loi de programmation pluriannuelle de la recherche (LPPR), les Conférences des directeurs généraux, des présidents de CME et des doyens de CHRU et le CNCR ont proposé **une plateforme de 45 propositions pour répondre aux défis de la santé du futur et de la recherche en santé.**

La contribution des CHRU et du CNCR au développement de la recherche a une vocation très pratique.

Dans le cadre d'une évolution importante de la gouvernance de la recherche, du pilotage des choix et des priorités aux niveaux national et local, et des financements, l'objectif est de conforter les CHRU comme les acteurs majeurs d'une recherche en santé indispensable pour répondre aux enjeux de société qui se présentent à nous en simplifiant notamment les lignes pour les acteurs, les financeurs et les bénéficiaires dans un contexte de compétition mondiale.

Ces propositions sont rassemblées autour de sept thématiques :

- **Décloisonner les disciplines pour préparer la médecine du futur.**
- **Améliorer la visibilité des forces de recherche des sites hospitalo-universitaires en renforçant l'association CHRU/universités/EPST.**
- **Organiser une gouvernance territoriale universitaire de la recherche pilotée par le CHRU et l'université.**
- **Financer la recherche autour de trois objectifs : soutenir les projets d'excellence, mettre en œuvre les politiques nationales et pérenniser les financements socles.**
- **Renforcer l'attractivité des carrières et la valorisation des activités de recherche en modernisant les parcours et les politiques de rémunération.**

- **Conforter les CHRU comme acteurs de la valorisation des innovations issues de leurs travaux de recherche et de soins.**
- **Lever les verrous de l'activité de la recherche clinique et relancer les investissements dans la recherche, vitrine des CHRU.**

La LPPR est une opportunité de réaffirmer le rôle des CHRU en matière de recherche et d'enseignement dans le champ de la santé, de par le lien conventionnel qui les unit à l'université. Ce lien doit leur permettre, de manière dérogatoire :

- **d'accéder aux dispositifs de financement, dont ils ne peuvent aujourd'hui être porteurs.** Peuvent être mentionnés certains appels à projets et appels à manifestations d'intérêt de l'ANR (ex: AMI « antibiorésistance » 2020), les Equipex (« le partenaire coordonnateur est un établissement de recherche ou d'enseignement supérieur »), les CPER, les CIFRE, les sociétés universitaires de recherche, etc. ;
- **d'accueillir des étudiants post-doctorants au sein du CHRU en tant que laboratoire d'accueil.** Cette reconnaissance des CHRU en tant que laboratoire d'accueil permettrait aux étudiants de valider leur parcours académique au sein du CHRU. La délivrance des diplômes reste de la prérogative des établissements d'enseignement supérieur. Cette possibilité permettrait néanmoins de soutenir l'attractivité de la France auprès des étudiants et des chercheurs non médicaux intéressés par les enjeux de santé et de médecine : mathématiciens (entre-pôt de données de santé, intelligence artificielle, apprentissage profond), physiciens (imagerie nucléaire), sociologues, économistes, sciences de gestion, etc. Elle consoliderait le vivier de talents en France et offrirait des parcours pluridisciplinaires et appliqués enrichis d'une pratique quotidienne dans un établissement de santé.



Ces dispositions permettront de conforter des orientations stratégiques fortes prises par les CHRU localement, en soutien de la recherche et de l'innovation. Les CHRU investissent massivement dans le fonctionnement des unités et équipes la-

bellisées en termes de personnels, d'équipements et de surfaces mis à disposition et font partie, à ce titre, des principaux contributeurs à l'effort de recherche en santé sur tout le territoire.

2. Recherche et Covid-19: une démonstration par l'exemple du rôle fondamental des CHRU

En l'espace de quelques semaines, les CHRU se sont mobilisés, en sus des nombreux projets en cours, au bénéfice de la cause mondiale de la lutte contre le Covid-19. Les organisations mises en place ont souligné plusieurs points cruciaux, apportant – par l'exemple – la démonstration de la force et de la pertinence des propositions faites dans le cadre de la LPPR :

- le rôle vital des CHRU dans la recherche clinique, translationnelle et fondamentale;
- l'intérêt d'un pilotage fort, car équilibré, entre les CHRU et leurs partenaires: universités, EPST, industriels;
- le rôle d'entraînement majeur joué par les CHRU à l'échelle territoriale.

À l'inverse de nombreux autres pays, la France a montré sa capacité à s'appuyer sur des établissements hospitalo-universitaires de haut niveau, capables d'inclure massivement, dès le début de l'épidémie, de nombreux patients dans un grand nombre d'études cliniques. En complémentarité avec les études nationales, les CHRU ont conçu des études rigoureuses méthodologiquement s'appuyant sur la pluridisciplinarité des approches hospitalo-universitaires.

Les CHRU ont assuré l'essentiel de la recherche clinique engagée par l'organisation des grandes études nationales.

Ils ont participé activement, dès le début de la crise, aux études nationales, dont French Cohort et Discovery.

Dans le cadre de l'étude thérapeutique européenne Discovery, la quasi-totalité des inclusions a été réalisée en France et dans les CHRU. Au 15 mai 2020, 749 in-

clusions ont été réalisées en France, une seule à l'étranger (Luxembourg), témoignant de l'efficacité de l'organisation française en matière de recherche clinique et de la capacité des CHRU à se mobiliser. Les CHRU contribuent également au monitoring des inclusions de Discovery en mettant à disposition du promoteur des ARC monitoring.

Les CHRU ont mis en place une gouvernance de la recherche adaptée, permettant de piloter des essais de grande ampleur.

Les équipes hospitalo-universitaires se sont immédiatement mobilisées pour concevoir et mettre en œuvre des projets de recherche.

Sur les 53 études thérapeutiques Covid-19 (recherche impliquant la personne humaine de catégorie 1) autorisées en France en date du 21 mai, 29 sont promues par des CHRU, 12 par des établissements de santé autres que CHRU (CH, CLCC, FEHAP), 11 par des laboratoires pharmaceutiques et 1 par l'Inserm.

Ces projets s'appuient sur les réseaux de cliniciens et d'investigation clinique mis en place, de longue date, par les équipes hospitalières aux niveaux local, régional et interrégional. Ils bénéficient pour nombre d'entre eux du soutien des sociétés savantes de leurs spécialités. Ils s'appuient également sur les collaborations existantes avec les acteurs de la médecine de ville.

Ils permettent notamment d'évaluer différentes stratégies thérapeutiques, de mieux comprendre les mécanismes du virus et de la maladie et d'identifier les facteurs de risque parmi les populations fragiles (âge, diabète, obésité, etc.).



Les CHRU ont développé de nombreux projets connexes, permettant d'explorer tous les aspects de la pathologie, notamment sur les plans soignant et organisationnel.

Complémentaires des projets nationaux, ces projets incluent des projets de recherche en épidémiologie, des projets à visée pronostique, diagnostique, clinique et thérapeutique, et des projets en sciences humaines et sociales. À ce titre, les CHRU portent la recherche organisationnelle et soignante (par exemple l'évaluation des dispositifs d'aide psychologique et éthique pour les soignants de réanimation, le retour précoce à domicile pour les patients non Covid, etc.).

Les équipes hospitalo-universitaires se sont aussi illustrées par le développement d'usages alternatifs de certaines innovations en situation de crise (équipements de protection individuelle, médicaux, etc.).

Covid-19 et Health Data Hub : des positionnements à clarifier

Le Health Data Hub a été missionné pour rassembler, chaîner et mettre à disposition des porteurs de projets des données d'intérêt dans le cadre de l'épidémie Covid-19.

Dans cette perspective, les CHRU ont été sollicités pour participer aux travaux de la mission. Les CHRU sont la fois des producteurs de données en grand nombre et des utilisateurs de ces données dans le cadre du pilotage des activités des établissements de santé et des activités de recherche avec des entrepôts de données biomédicales autorisées.

Dans cette perspective, il apparaît indispensable d'associer de manière prioritaire, étroite et régulière les CHRU, les CH et les centres de lutte contre le cancer (CLCC) aux travaux de la mission Covid-19 afin de partager les objectifs d'utilisation des données par le Health Data Hub, de prioriser les sollicitations adressées aux établissements et de consolider la méthodologie de transmissions des données mentionnées à l'arrêté du 21 avril 2020.

À titre d'exemple, la demande adressée aux médecins responsables des départements d'information médicale (DIM) appelle plusieurs points de vigilance. Les médecins DIM sont garants de la collecte des données de santé et de leur qualité. Cela exige une étape de validation médicale indispensable à la robustesse et à la qualité du système PMSI ; cette étape n'est, à ce titre, pas compatible avec la transmission de « données en l'état ». Autre exemple, concernant les données relatives aux patients inclus dans les études cliniques (ce qui est la majorité des cas pour les patients Covid-19 hospitalisés) pour lesquelles il est nécessaire de garantir la cohérence avec les données remontées via l'outil PMSI.

Ces deux exemples illustrent l'équilibre à trouver dans le fonctionnement et la gouvernance du Health Data Hub durant cette crise exceptionnelle où les établissements de santé sont fortement sollicités et contributeurs.

Pour ces raisons, les CNDG et CNPCME de CHRU souhaitent la mise en place d'un équilibre entre les producteurs de données et les utilisateurs à titre transitoire et exceptionnel dans le cadre du Covid-19, permettant d'assurer une représentation des établissements de santé à hauteur de 50 % dans les instances du Health Data Hub, et ce afin de contribuer le plus efficacement et utilement possible à la mission Covid-19 confiée au Health Data Hub ; l'intégration des initiatives interrégionales existantes dans le pilotage de votre mission : ces initiatives associent une quinzaine de CHRU (du Nord, du Grand-Ouest et du Grand-Est) et leurs entrepôts de données de santé.



3. Confirmer l'excellence française en sécurisant le financement de la recherche

La recherche en CHRU s'appuie sur différentes sources de financement :

- financements industriels,
- financements nationaux par projets financés par l'assurance maladie (comme les PHRC ou les MERRI),
- financements nationaux par projets financés par l'État (comme les projets portés par l'Agence nationale de la recherche, projets du plan d'investissement d'avenir),
- financements interrégionaux et locaux, associant des financements publics (comme les appels à projets portés par les collectivités locales).

La garantie des financements est essentielle aux équipes de recherche et donc au maintien de la puissance des CHRU dans la recherche en soins et en santé de façon plus générale. L'ambition est de conserver excellence et attractivité de la recherche à travers des financements adaptés, qui doivent être cohérents avec les ambitions de la nation en matière de santé.

Les discussions en cours depuis plusieurs années sur le modèle de financement reposent fondamentalement sur le rôle attendu des CHRU. La démonstration complémentaire sur leur impact et leur mission en matière de recherche confirme la nécessité absolue de donner aux CHRU une

lisibilité pluriannuelle sur leurs financements dans ce domaine.

La dotation socle des MERRI: un dispositif à consolider pour maintenir l'excellence de la recherche en santé déployée par les CHRU.

Les Conférences soutiennent une application, dès 2020, des propositions du groupe de travail modalisation remises en septembre 2019. La modélisation présentée en février 2020 est le résultat d'un travail engagé en 2017 avec les représentants de l'ensemble des fédérations et des Conférences. Le rapport remis en septembre 2019 répond au mandat clair fixé par la DGOS qui vise à « *valoriser de la recherche appliquée en santé d'excellence promue dans les établissements de santé là où elle est réalisée* ».

1. Le mandat confié par la DGOS au groupe de travail vise à valoriser la recherche en santé d'excellence

Au regard du mandat fixé par la DGOS, le seuil d'éligibilité ne peut pas être fixé à 15 publications par an (soit 60 sur 4 ans).

Le seuil doit être le plus élevé possible (284 publications sur 4 ans, soit 71 publications par an pour tout un établissement), afin de soutenir la contribution des établissements forts chercheurs à l'effort national de recherche en santé. Cela concerne en particulier les CHRU, les CLCC et les CH investis en recherche.



2. La concurrence européenne et internationale dans le domaine de la recherche en santé favorise les logiques d'excellence qui permettent d'atteindre une masse critique d'activité et de ressources (voir le rapport de la Cour des comptes sur les CHRU, initiatives IDEX/ISITE, German Excellence Strategy, etc.).

Ces dernières années, et à la faveur d'un nombre toujours plus important d'établissements éligibles à la dotation socle, il y a eu une dispersion importante des financements de la dotation socle, au détriment des établissements qui participent effectivement à la compétition internationale et concourent à maintenir l'attractivité de la recherche française en santé.

3. L'abondement des MERRI en 2020, 2021 et 2022 pourrait servir à atténuer les effets «revenu» pour les établissements éligibles à la dotation socle

Au cours du comité de pilotage recherche et innovation du mois de février 2020, il a été annoncé un abondement de la dotation MERRI (26 M€ à répartir en 2020, 41 M€ en 2021 et 51 M€ en 2022) qui pourrait être mobilisé pour lisser les effets «revenu» dans le temps pour les établissements éligibles à la dotation socle.

4. L'effort de recherche pour la réalisation des activités de promotion devrait être mieux valorisé que l'investigation

L'activité d'investigation a été revalorisée – à juste titre – afin de mieux tenir compte de la typologie des études (soins courants, RIPH2, RIPH1). Toutefois, la valorisation de l'investigation est désormais similaire à celle de la promotion (*voir page 20*) alors que l'effort de conception, de gestion et de suivi est plus important pour la promotion. Il est demandé une valorisation plus importante pour les activités de promotion qui sont, *in concreto*, plus exigeantes et contraignantes pour les établissements de santé.

5. Un accès transparent aux données sources par établissement

La nouvelle modélisation met en application de nombreuses évolutions concertées dans le cadre du groupe de travail modélisation. Elle exige un effort de transparence pour emporter l'adhésion des établissements. Aussi, il est demandé que les données brutes utilisées pour le calcul des scores soient rendues publiques de manière systématique au niveau de chaque établissement, de même que la liste des établissements qui constituent les entités fusionnées.



3. APPORT DU NUMÉRIQUE DANS LE SÉGUR DE LA SANTÉ LA NÉCESSITÉ D'UN PLAN DE SOUTIEN FINANCIER MAJEUR À L'INVESTISSEMENT

1. Le contexte

Dans le cadre du Ségur de la santé, un vaste plan d'aide à l'investissement est annoncé avec une volonté de « réorienter » ces investissements.

Deux chantiers inscrits dans le Ségur de la santé peuvent plus particulièrement bénéficier de l'apport du numérique :

- **la simplification des organisations et du quotidien des équipes** à travers des outils adaptés aux évolutions de la pratique médicale (exemple de la télémédecine), à la mobilité, à la fluidité des informations, à l'optimisation du temps des soignants (outils de travail collaboratif, aide à la prise en charge des patients...) et intégrant les échanges interactifs avec les usagers;
- **la fédération des acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.**

Au cours de la crise sanitaire, le numérique a montré qu'il constitue un des leviers majeurs pour accélérer les transformations organisationnelles, tant en interne à l'hôpital avec le développement du télétravail qu'en externe en facilitant la communication et la régulation entre les acteurs de santé, la coopération, les innovations en santé, les prises en charge à distance...

Les CHRU ont démontré une grande capacité à mettre en œuvre rapidement des projets, grâce à un alignement stratégique et un allègement des contraintes

réglementaires et budgétaires. Cette capacité collective doit être fructifiée pour mener sur un temps court des projets nationaux ou territoriaux.

En dehors de ce levier stratégique d'amélioration de notre efficacité collective, le numérique souffre d'un sous-investissement dans nos établissements, avec rarement plus de 2% du budget affecté à cette fonction, quand les entreprises ou nos voisins européens sont plutôt à 5-6%.

Un plan d'investissement d'envergure en faveur du numérique doit être engagé en complément et au-delà des programmes nationaux déjà engagés : AAP SI GHT et HOP'EN. Ces programmes portent sur des finalités bien précises (SI de GHT, DMP, MSS) et se déroulent selon des modalités strictement encadrées (atteinte de prérequis, de cibles d'usage prédéfinies).

En outre, les projets à l'échelle d'un territoire avec l'ensemble des partenaires publics, privés ou de la ville, sont actuellement exclus des programmes nationaux de soutien à l'investissement ou très partiellement pris en compte.

En ce sens, l'usage du numérique au profit de l'efficacité collective, de l'innovation, de la mobilité, de l'amélioration des conditions de travail au service des professionnels est exclu des priorités de financement.



2. Définition des axes de la modernisation par le numérique

Trois axes prioritaires peuvent être identifiés dans un plan d'aide à l'investissement d'envergure à l'échelle nationale concernant le numérique.

a. Le développement des SI de territoire

Une partie du plan d'aide à l'investissement doit être dédiée aux investissements dans le numérique au niveau des territoires, pour accélérer les coopérations entre la ville, l'hôpital, le médico-social, et entre le public et le privé.

Le développement du numérique en santé doit être accéléré dans les domaines suivants :

- espace numérique personnel pour les patients ;
- outils visant à simplifier les relations avec les patients (suivi à distance, suivi à domicile, partage de données avec le patient) ;
- mise en place de passerelles numériques visant à favoriser les interactions entre

l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social ;

- parcours de soins intra et extrahospitalier pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques et du vieillissement notamment ;
- déploiement de réseau informatique interétablissements à l'échelle d'un territoire ou d'une région. L'aménagement des territoires doit garantir l'accès au très haut débit pour faciliter les échanges et réduire les déserts médicaux ;
- accélération de la mise en œuvre de l'INS pour permettre le partage d'informations entre les acteurs.

Ces actions sont en cohérence avec les objectifs fixés par la feuille de route du numérique en santé.

b. Mobiliser le numérique au service des professionnels

Les professionnels de santé se plaignent souvent de la vétusté de leurs outils informatiques, de la lenteur des réseaux et de la difficulté de pouvoir travailler en mobilité.

Une partie de l'investissement doit servir à la modernisation du système hospitalier dans ses différentes composantes, à savoir le soin mais aussi la gestion et l'organisation de l'hôpital afin de faciliter le travail individuellement et collectivement.

Les actions à cibler

- Assurer le renouvellement et l'extension nécessaire du parc informatique en diminuant la vétusté des outils, en modernisant les infrastructures techniques, les postes, les réseaux, en développant largement les réseaux sans fil et les liaisons haut débit sur les territoires.

- Prendre en compte les contraintes de sécurité (RGPD, OSE...), pouvoir investir sur ce domaine, se mettre en position d'attirer les ressources humaines expertes.
- Généraliser des outils de travail collaboratif en harmonisant si possible les outils dans le domaine de la santé.
- Unifier et simplifier les accès aux services numériques.
- Dématérialiser les dossiers patients de manière ergonomique, aide à la saisie des informations, gestion des alertes.
- Faciliter l'accès aux données et leur partage.
- Développer la mobilité.
- Développer les outils d'aide à la décision, grâce à l'IA notamment.



- Dématérialiser des processus de gestion (dossier agents, achats, processus métier...).
- Faciliter l'intégration des innovations dans les SIH.
- Favoriser la force collective du public (exemple du projet de serveur de résultats national SIDEP pour faire faire à la crise

du Covid-19) en identifiant annuellement un ou deux projets d'intérêt national à mettre en place collectivement sur un temps court. Cela implique une priorisation annuelle des projets nationaux (la crise sanitaire montre notre capacité à mettre en œuvre simplement et rapidement des objectifs ciblés).

c. Mobiliser le numérique pour exploiter et partager les données à des fins de recherche et d'évaluation

Une troisième partie du plan d'aide à l'investissement pourrait porter sur la production et l'exploitation secondaire des données de santé dans le respect de la confidentialité et de la sécurité du traitement des données.

Les actions à cibler

- La mise en place d'entrepôt de données de santé issues des outils de production hospitaliers doit être structurée à l'échelle

locale et régionale, avec la mobilisation de ressources humaines spécifiques.

- Le développement de l'IA.
- Le partage des données dans le cadre de recherches multicentriques définies.
- La gestion des consentements, la gestion des droits d'accès pour les professionnels, le droit à l'information pour les patients.
- La standardisation des données et des flux.

d. Mobiliser les éditeurs spécialisés du monde de la santé

Les différentes solutions logicielles déployées dans les hôpitaux sont peu évolutives, souvent basées sur des technologies anciennes et difficilement interopérables. Le respect des normes d'interopé-

rabilité et le rajout systématique d'interfaces normées (Fihir et HL7 CDAR2) dans tous les appels d'offres pourraient permettre de mettre à disposition des outils plus ergonomiques et à forte valeur ajoutée.

3. Les modalités de financement du numérique

Une refonte des modalités de soutien à l'investissement et au développement des outils numériques est nécessaire pour dynamiser le développement d'une santé digitale, la promotion de nouveaux usages numériques et d'innovations organisationnelles.

Le programme HOP'EN (et avant lui HN) a les caractéristiques et l'avantage de flécher des crédits sur les SI dans un cadre pluriannuel (les appels à projets sont plus souples mais garantissent moins la pluriannualité d'un programme « visible » et stable dans la durée (tel qu'HOP'EN) et

ainsi d'octroyer un financement sur la base de prérequis et sur la preuve de l'usage une fois le projet finalisé (impliquant une responsabilisation des acteurs [MOA et MOE]) ; il garantit en outre une équité de traitement des acteurs et un « label » connu des acteurs dans leurs stratégies et travaux.

Pour autant, le dispositif présente des contraintes et des limites, qui nécessitent des adaptations, outre une redéfinition du niveau d'intervention et de soutien financier à la mesure des enjeux de la politique numérique en santé nationale.



En ce sens, il convient :

- d'élargir le périmètre éligible, en créant de nouveaux domaines (cf. *supra*) ;
- d'augmenter les sommes allouées, dans un souci de rééquilibrage numérique *versus* immobilier et d'assurer un versement de l'aide tout au long de l'opération selon un dispositif similaire aux opérations d'investissement immobilier en modification du modèle actuel (crédits d'amorçage et financement en fin d'opération) difficilement « soutenable » dans le cadre d'opérations majeures et pluri-établissements ou pluri-acteurs de santé ;
- de distinguer les projets selon leur taille/budget engagé et adapter le mode de sélection et de suivi en conséquence (graduer les exigences de suivi en fonction des montants, de manière à avoir un suivi allégé si sommes engagées en dessous d'un seuil) ;
- d'appliquer de manière plus souple, moins « bureaucratique » l'analyse de l'atteinte des critères, développer une évaluation plus qualitative et reposant encore davantage sur le dialogue MOA/ARS ;
- d'être collectivement (MOA/ARS/ANS) plus prescriptifs vis-à-vis des MOE => intégrer des clauses de performance/atteinte des objectifs HOP'EN dans les marchés (ex : si le financement HOP'EN n'est pas obtenu *in fine* par la MOA, la MOE perd X % des montants prévus au contrat...).

Dès à présent, l'assouplissement des contraintes normatives et calendaires du programme HOP'EN est indispensable pour tenir compte des impacts de la crise sanitaire et des difficultés inhérentes aux projets SI à conduire à l'échelle d'un GHT. À ce titre et afin de tenir compte de ces difficultés, un prolongement d'une année du programme HOP'EN s'avère nécessaire dès 2020.

Au-delà, les GHT doivent relever un double défi qui nécessite un accompagnement à la hauteur des enjeux : l'harmonisation des SI en intra-GHT et l'interopérabilité des SI avec les partenaires extérieurs.

Or, le premier point fait l'objet d'un accompagnement qui se révèle partiel et sous-évalué à travers le programme HOP'EN et les AAP GHT.

En outre, le second point est très partiellement pris en compte dans le programme HOP'EN (domaine 6 uniquement sous l'angle de la messagerie sécurisée et du DMP), ce qui ne permet pas de construire de véritables coopérations.

Aussi, il apparaît impératif de redéfinir une aide à l'investissement suffisante pour couvrir l'acquisition des outils numériques mais également leur mise en œuvre (installation) et l'accompagnement des utilisateurs dans la prise en main de ces outils (formation).

Au-delà du coût de l'investissement, un soutien sur l'ensemble des ressources numériques à mobiliser est nécessaire, notamment sur le plan des ressources humaines pour faciliter les recrutements et favoriser l'attractivité des métiers du numérique à l'hôpital.

Propositions

- Mise en place d'un système de financement réévalué à la hausse et aussi plus simple, plus souple, laissant une place plus grande aux initiatives des professionnels de terrain.
- Assouplir les contraintes normatives en favorisant l'initiative des professionnels et une gouvernance plus en proximité, redonner aux professionnels la capacité d'innover.
- Autonomie et souplesse d'organisation dans les hôpitaux.
- Raisonner en coûts complets sur les projets SI en intégrant l'ensemble des coûts (conduite de projet, formations, gestion du changement, coûts de maintenance et d'hébergement le cas échéant...). Chaque GHT doit pouvoir faire le choix de sa stratégie d'achat et de mise en œuvre.
- Diversifier les financements en conséquence pour couvrir tant les dépenses d'investissement que les dépenses d'exploitation lorsque les projets donnent lieu à des mises à disposition de services nu-



mériques en mode Saas par exemple, ce qui est de plus en plus fréquent, notamment sur les projets SI de grande ampleur à l'échelle d'un territoire.

- Soutenir les projets SI par des mesures d'accompagnement sur la problématique RH, car les capacités en termes de personnels et les compétences sont indispensables pour la réussite des projets SI, à réaliser de surcroît dans des délais très contraints.
- À l'instar de la fonction publique d'État (circulaire CPAF1913085C du 2 mai 2019), mettre en place un véritable plan d'actions pour le développement d'une filière

RH informatique de santé forte (*cf. annexe sur la valorisation des métiers informatiques ci-après*).

Par ailleurs, les modalités de financement par appels à projets sont à privilégier pour répondre à des besoins identifiés, en laissant une part d'initiative aux établissements et aux professionnels afin de définir les solutions les plus adaptées.

Enfin, le financement à travers les MIG est à soutenir et à promouvoir pour les projets à vocation de santé publique, de prévention, de santé populationnelle.

4. Remarques RH – Métiers de l'informatique

Propositions pour favoriser les recrutements et l'attractivité des métiers informatiques.

Pour les personnels titulaires

- Création d'un concours TH informatique à destination des agents de catégorie C issus des filières administratives ou de soins.
- Intégration possible des ingénieurs hospitaliers dans le corps à vocation interministérielle des ingénieurs SIC (ISIC).
- Mettre en place des modalités de pré-recrutement, ouvert aux élèves de 4^e année en école d'ingénieurs, avec une 5^e année en alternance.

Pour les personnels contractuels

- Au moment de l'embauche, reconnaissance de la totalité des années d'expérience acquises dans le secteur privé.
- Faciliter l'embauche des contractuels par l'adoption d'un référentiel sur les métiers informatiques, alignés sur les rémunérations du privé, assorti d'un mode opératoire pour faciliter l'embauche, notamment en autorisant un dispositif de primes, en particulier le levier de primes exceptionnelles en fonction de l'atteinte des objectifs.
- Possibilité de recruter des jeunes alternants en contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation dans le cadre de partenariats avec des écoles spécialisées.

- Possibilité de recruter des stagiaires rémunérés au-delà du minimum de paiement des stages. En effet, les élèves de dernière année d'écoles d'ingénieurs sont rémunérés à 2 fois ce minimum.
- Définir un parcours professionnel pour les agents contractuels de « haut niveau », allant jusqu'à la nomination sur emploi fonctionnel ou équivalent.

Pour tous les personnels

- Reconnaissance des doubles diplômes (ex : filière bio-informatique).
- Valorisation salariale de l'expertise technique ou fonctionnelle : reconnaissance des certifications techniques des éditeurs et constructeurs informatiques.
- Valorisation salariale des compétences de gestion de projets, reconnaissance des référentiels associés.
- Valorisation des heures de nuit ou du travail effectif pendant les astreintes.
- Possibilité de donner des primes exceptionnelles lors de travaux informatiques exceptionnels.
- Développement d'une action de communication à l'échelle nationale pour mieux faire connaître les métiers SI dans les hôpitaux.



ANNEXES

ANNEXE 1

**LE RÔLE SPÉCIFIQUE DES CHRU
PENDANT LA CRISE COVID-19**

INNOVATIONS, INITIATIVES, IMPLICATION

ANNEXE 2

**LA CHARTE D'ENGAGEMENT
MANAGÉRIAL DES CHRU (2019)**





ANNEXE 1

LE RÔLE SPÉCIFIQUE DES CHRU PENDANT LA CRISE COVID-19

INNOVATIONS, INITIATIVES, IMPLICATION

La crise Covid-19 a souligné de manière aiguë plusieurs problématiques de l'organisation de santé.

- La capacité du système à innover et à s'adapter a été démontrée :
 - en ouvrant de nouvelles voies de prise en charge (fabrication de dispositifs, *tracing* sanitaire, réunions décisionnelles, réversibilité d'organisations de fonctionnement);
 - en accélérant des solutions connues qui étaient bloquées (télémédecine, plurivalence de compétence PNM).
- Des failles inégales dans les connexions ville/hôpital (Ehpad, régulation des réanimations et système ROR).
- Quand le manque de moyens est comblé, les résultats au bénéfice des patients sont immédiats.
- Importance de la subsidiarité régulée (M2S/DGOS/ARS, CHRU/ARS).

Au cours de la crise sanitaire Covid-19, les CHRU de France ont joué un rôle tout à fait particulier au sein du système de santé, un rôle souvent moteur et structurant, lié à leurs missions spécifiques de recours et de responsabilité de portée régionale, mais aussi aux moyens qu'ils mobilisent et qu'ils ont su mettre au service de l'ensemble du système de santé en relation étroite avec les agences de santé et organismes d'État.

Ils ont pris une part très active aux décisions, à tous les niveaux, dans le champ sanitaire. En qualité d'établissements de référence pour leur zone de défense, pour nombre d'entre eux, et de leur subdivision, mais également en tant qu'établissements supports de GHT et CHRU de référence pour les autres GHT, les CHRU ont été des interlocuteurs privilégiés pour les ARS, les établissements de santé, les autorités civiles et les collectivités territoriales, afin d'organiser et de mobiliser les moyens nécessaires à la prise en charge de la pandémie.

Dans les zones les plus touchées par l'épidémie, les CHRU ont été les premiers établissements mobilisés et ont contribué à activer les autres sites, proposant leur aide à la mise en place des unités Covid-19 dans les hôpitaux, coordonnant des dispositifs et fournissant des outils pratiques (guides, procédures, fiches techniques, conseil spécialisé sur site...). Lors de la montée en charge de l'épidémie, ils ont naturellement joué leur rôle de recours pour les patients les plus lourds et pour accueillir des patients en débordement des hôpitaux généraux saturés. Enfin, le réseau national des CHRU a permis, pour la première fois en France, plusieurs opérations exceptionnelles de transfert interrégional de patients graves.



Pour assumer ces responsabilités particulières, les CHRU ont montré des capacités d'adaptation et d'agilité, loin de l'image traditionnelle de lourdeur et de complexité qui leur est souvent appliquée. Dans la crise, les CHRU ont fait la preuve de leur réactivité et de la pertinence des ressources spécifiques qu'ils sont capables de mobiliser. Ils disposent de compétences et de capacités particulières, concentrées au niveau régional du fait de leur rareté et de leur niveau d'expertise, et ils savent les mettre à la disposition de tous. Logistique et équipements de crise, expertise REB, infectiologie, hygiène, biologie, réanimation, etc. Bien sûr, ces compétences existent généralement aussi dans les principaux hôpitaux et sont le plus souvent organisées en réseau avec le CHRU de référence.

En outre, les CHRU ont su mobiliser très rapidement les capacités qu'ils coordonnent en matière de recherche et d'innovation. Plusieurs d'entre eux ont déployé des cellules « alternatives technologiques » ou de coordination de la recherche, pour associer les partenaires impliqués dans ces

missions spécifiques de niveau au moins régional. Ce faisant, ils ont souvent pris l'initiative, face aux défis posés par cette crise, en contribuant aux solutions innovantes comme la refabrication de pièces ou d'équipements biomédicaux, de matériels de protection des personnels, de produits pharmaceutiques, etc., tout en développant très rapidement les capacités de tests RT-PCR à grande échelle par exemple, et bien d'autres thématiques.

Responsabilité régionale, mission de recours, soutien pratique, capacités de production, coordination de l'innovation et de la recherche, puissance logistique, expertise médicale, moyens hospitaliers de grande ampleur, solidarité et mobilisation des personnels : les CHRU ont témoigné, pendant toute cette crise, de la solidité et de la pertinence du modèle hospitalo-universitaire déployé en France depuis 1958.

La grande simplification des innombrables procédures, normes et règles habituellement appliquées, que l'intensité de la crise a conduit à mettre au second plan, a constitué un facteur clé de succès dans la réponse à l'épidémie.

1. Des structures hospitalières puissantes, au service de tous, capables de réorganisation rapide et d'anticipation

a. Une gouvernance de crise très pragmatique

On évoque souvent la lourdeur, la complexité et la lenteur d'organisation des CHRU. La crise Covid-19 a montré tout l'inverse. C'est d'abord dans **l'organisation et le pilotage** que les CHRU ont fait la preuve de leur capacité opérationnelle. En très peu de jours, ils sont parvenus à restructurer leur gouvernance interne pour adopter un mode de fonctionnement radicalement simplifié et fondé sur l'efficacité immédiate.

Une organisation spécifique de crise a été installée pour piloter le dispositif Covid-19, anticiper au maximum la situation et répondre aux enjeux sans précédent de cette épidémie par :

- une gestion de crise qui s'installe durablement sur plusieurs mois ;
- une réorganisation des activités et des déprogrammations également sur des périodes exceptionnellement longues ;
- une reprise d'activité très progressive dans un contexte de grande incertitude.

Une gouvernance très pragmatique à deux niveaux s'est mise en place.

- **Une cellule de crise établissement (CCE) réunie chaque jour**, rassemblant la gouvernance et les responsables les plus concernés, notamment directoire, infectiologie, SAMU, hygiène, biologie,



anesthésie, urgences, réanimation, services support. Pendant la crise, cette CCE a tenu lieu d'instance stratégique et décisionnelle en **regroupant les attributions des directoires et de plusieurs autres instances. Toutes les grandes décisions ont été validées** en CCE : réorganisations de services, investissements spécifiques, programmes spéciaux (comme les refabrications pharmaceutiques), protocoles de prise en charge, stratégies territoriales, règles d'usage des masques, etc.

- **Une cellule opérationnelle de crise (COC)** s'est mobilisée **en continu**, rassemblant les représentants des secteurs opérationnels pour **mettre en œuvre** les décisions de CCE, mobiliser les outils habituels (SSE, plan blanc...), assurer le suivi actif des besoins en hébergement, matériel et ressources humaines, établir les tableaux de bord quotidiens, coordonner la gestion des lits, assurer le lien avec le territoire.
- **Une cellule de territoire** réunissant les établissements du GHT, les opérateurs privés et les CPTS.
- Pour les urgences, **le binôme DG/PCME** a permis de rendre immédiatement les arbitrages nécessaires.

Cette **gouvernance extrêmement simplifiée, acceptée par tous**, menée avec discernement dans un équilibre responsable, **privilegiant les circuits courts et les réponses rapides**, était certes motivée par l'urgence. Elle confirme cependant l'intérêt d'une **simplification réelle de l'organisation hospitalière après la crise**, pour revenir vers des formules plus opérationnelles et moins formalistes.

b. Audace et solidarité dans la réorganisation interne

L'épidémie Covid-19 a nécessité de **reconfigurer profondément les unités d'hospitalisation**. L'objectif était de libérer rapidement des capacités en médecine et réanimation dédiées à l'accueil des patients Covid-19, d'identifier des capacités sup-

plémentaires, de les préparer et d'anticiper les besoins.

Autre effet de cette gestion de crise : l'**utilité d'une forme de gouvernance territoriale**. Le développement très rapide d'outils de **suivi quotidien, voire en temps réel des disponibilités** en lits sur un territoire donné (la zone de défense ou la subdivision HU), dans un but de **régulation des patients** en fonction de flux variables, a été rendu possible par un dialogue étroit avec les établissements voisins ainsi qu'avec l'ARS. Cela suppose **une forme de pilotage territorial**, rôle qui est naturellement revenu aux CHRU pour leur zone de responsabilité.

Par exemple, des **équipes de *bed-managers***, ou gestionnaires de lits, ont pu être **directement rattachées auprès de la COC** 24h/24 et 7 j/7. Ces gestionnaires ont utilisé des **outils spécifiques, territoriaux ou régionaux**, développés en urgence pour gérer la crise et qui ont permis la connaissance rapide et partagée des capacités en hospitalisation et en réanimation. La cellule de gestion des lits installée dans ces CHRU a disposé d'un **mandat clair et accepté par tous les établissements** (publics et privés).

Cette organisation s'est appuyée sur les relations habituelles entre médecins et directions au sein d'un territoire, et sur les relations particulières qui unissent les CHRU et les hôpitaux supports de GHT. Elle a permis aux CHRU d'être en capacité d'accueillir l'ensemble des patients nécessitant une prise en charge spécifique, y compris de recours. Elle a également permis d'appuyer les ARS et de fournir des données utiles à la régulation régionale.

plémentaires, de les préparer et d'anticiper les besoins.

Certains CHRU ont pu **dédier un site, d'autres des secteurs entiers**, à la prise en charge des patients infectés ou suspects. Ainsi, un CHRU a transformé un hôpital entier en « **hôpital Covid-19** ». Cet établis-



sement a été **vidé et reconfiguré en deux jours**, opération inédite qui a bénéficié de la mobilisation de toutes les catégories de personnel et d'un **phénomène remarquable de solidarité interne**. Dans ce CHRU, le nombre de lits dédiés à la gestion de l'épidémie a pu ainsi augmenter régulièrement en fonction des besoins, sans saturation, hormis dans les zones les plus touchées dès le début de la crise.

L'articulation du capacitaire avec les établissements du GHT d'appartenance et des autres établissements supports de GHT a été une force dans l'offre publique pour répartir les lits Covid ainsi que les uni-

tés d'accueil non Covid, afin de permettre une **véritable régulation territoriale**.

Plusieurs CHRU ont également ouvert rapidement des **unités ambulatoires** (centre ambulatoire des maladies infectieuses), dans des locaux dédiés au Covid, pour diagnostiquer les patients symptomatiques et les professionnels du CHRU, disposant d'un accès direct aux capacités d'hospitalisation.

Cette expérience montre l'utilité de conserver, dans certains CHRU, des **capacités d'extension rapide** ou d'organisation de crise prolongée en disposant de locaux et d'équipements prêts à cet usage.

c. Mobilisation inédite des ressources humaines médicales et non médicales

La gestion dynamique des ressources humaines, dans toutes ses dimensions, a constitué un enjeu majeur dans la gestion de cette crise. Cela s'est traduit par :

- l'organisation de réaffectations importantes de professionnels pour, d'une part, assurer la montée en charge des secteurs Covid, d'autre part renforcer certaines équipes fortement mobilisées (entretien locaux, logistique, signalétique, etc.). En coordination renforcée avec la direction des soins et la médecine du travail, ces réaffectations ont concerné des milliers de personnels pendant la crise. Cette expérience très particulière a conduit à « mixer » les équipes, en réunissant des personnels qui n'avaient pas toujours l'occasion de travailler ensemble, venant d'hôpitaux ou de sites différents. Cela a pu entraîner des contraintes particulières (temps de formation, coût d'entrée) mais tous ceux qui l'ont fait ont beaucoup apprécié l'expérience.

Un acquis de cette crise : les systèmes de « rotation ponctuelle » ou de « mise à disposition provisoire » au sein du même CHRU, entre personnels exerçant sur des sites différents, peuvent soutenir l'intérêt professionnel, le partage des objectifs et le sentiment d'appartenance ;

- la mise en place d'un **dispositif spécial de formation** aux techniques de prélèvement, aux règles d'hygiène Covid, aux précautions et techniques d'habillage, notamment, pour des milliers de professionnels en utilisant **tous les outils modernes** : tutoriels en ligne, centres de simulation, etc. ;
- la mise en place de **dispositifs de soutien psychologique** : les CHRU ont mis en place sur leurs propres ressources des lignes téléphoniques dédiées aux personnels impliqués dans la gestion de l'épidémie Covid-19. **Ces permanences ont été ouvertes aux personnels des autres structures, des CPTS et des établissements du GHT**. En parallèle, des **cellules appuyées sur l'expertise des CUMP** et des psychologues ont permis à des spécialistes de se rendre auprès des équipes sans attendre les sollicitations. Enfin, des systèmes de débriefing ont été engagés lors de la décroissance de la pression épidémique pour permettre aux équipes les plus impliquées de garder un temps d'échange avant de démobiliser les unités spécialisées ;
- la mobilisation de personnels de tout statut **en dehors de leur métier habituel** et sur des missions nouvelles. Certains ont



aidé au rappel des patients sortants ou suspects, à la **régulation téléphonique** non médicale, participé aux **hotlines** pour répondre aux questions RH suscitées par le contexte épidémique et le télétravail, contribué à l'organisation de systèmes de **garde d'enfants**, participé à la fabrication de **masques, de surblouses ou de solutions hydroalcooliques**, exploité des **adresses e-mail collectives** pour les propositions d'aide extérieure, coordonné de **vastes opérations bénévoles** associant des volontaires extérieurs, organisé l'accueil et l'orientation des **flux de patients**, etc.;

- la mobilisation exceptionnelle d'un **très grand nombre d'étudiants en santé**, médecine, pharmacie, dentaire, soins, maïeutique, etc., qui ont soutenu l'activité des services de soin, des SAMU, des services support.

Le lien particulier qui unit **le CHRU et les facultés de santé** de son environnement facilite considérablement, en période de crise en particulier, la gestion des ressources et du volontariat que la plupart des facultés ont proposé aux établissements de santé, à l'échelle territoriale;

- la **poursuite** tout au long de la crise **du dialogue social** et des instances représentatives du personnel, dans des **modalités adaptées** par rapport au fonctionnement habituel. Ces organisations spécifiques ont généralement été bien acceptées;
- le déploiement d'un **dispositif exceptionnel de suivi des professionnels** par les services de santé au travail (cf. fiche RH). Cette politique doit se traduire désormais par l'organisation d'un **dépistage large** des personnels hospitaliers, symptomatiques et non symptomatiques à la sortie du confinement (PCR+ sérologie). En premier lieu les personnels affectés aux secteurs Covid, avant réaffectation, puis ceux exerçant dans les services à risque, et enfin l'ensemble, progressivement. Ce dépistage, nécessaire pour la protection des personnels et des patients, est aussi un retour légitime au re-

gard de l'engagement des équipes hospitalières pendant la crise;

- des **initiatives nombreuses et remarquables en matière de QVT**: garde d'enfants (solutions de garde trouvées en 48h le week-end ayant suivi l'annonce de la fermeture des écoles), séances de méditation, coiffeurs bénévoles, livraison de courses alimentaires et *drive*, solutions de transports, hébergement...

Les **nouveaux services aux personnels** (QVT) déployés pendant la crise ont bénéficié de soutien immédiat (collectivités, entreprises...), mais ils ont naturellement demandé des ressources que les CHRU ont mobilisées, généralement sans financement. Il est souhaitable, pour nombre de ces services, de pouvoir les conserver;

- enfin, le **déploiement à très large échelle du télétravail**: des milliers d'accès télétravail ont été déployés dans les CHRU et se sont poursuivis pendant toute la crise. Une cellule de suivi réalise une enquête qualité par sondage auprès des personnels concernés pour assurer l'amélioration continue du dispositif. Des règles simples de « tour de rôle » et d'alternance entre présence et télétravail ont été adoptées, souvent spontanément, pour assurer la relève autant que la distanciation et le partage des contraintes.

C'est là encore un enseignement majeur de la crise: le **télétravail s'applique parfaitement** à certaines missions hospitalières, cet acquis doit être préservé.

Concernant le personnel médical, des actions particulières ont porté sur:

- la **constitution d'équipes médicales nouvelles** pour assurer la prise en charge des patients Covid, grâce à la contribution solidaire de multiples spécialités médicales dont l'infectiologie, la pneumologie, la médecine interne, la gériatrie, la neurologie, la néphrologie, dermatologie, etc. Ce partage de contraintes a contribué au partage du sens de la mission et à un réel décloisonnement;
- le **renfort des secteurs les plus impactés par la crise**, par la solidarité interne, à sa-



voir les urgences/SAMU, la réanimation grâce à l'appui des anesthésistes, le post-urgence, les maladies infectieuses, la pharmacie et la virologie ;

- **le renfort de la permanence des soins** (gardes et astreintes) : des **astreintes territoriales spécifiques** ont été créées en gériatrie, infectiologie, régulation, associant souvent des praticiens du territoire ;

- **la mobilisation des praticiens juniors** :
 - les étudiants de 2^e cycle ont participé à la régulation médicale, parfois à la garde des enfants du personnel hospitalier, ainsi qu'aux projets de recherche Covid,
 - les internes ont été réaffectés dans les services Covid ou en établissements périphériques pour renforcer les sec-teurs en difficulté (urgences et Ehpad).

d. Une place centrale de la biologie/virologie/infectiologie

Les **besoins de diagnostic moléculaire (PCR)** se sont développés de manière exponentielle.

Les laboratoires des CHRU ont été immédiatement sollicités et ont déployé des efforts considérables, multipliant par 10 ou 20 leurs capacités, avant d'engager, pour certains, l'installation d'extracteurs haut débit permettant de faire plusieurs milliers de tests par jour.

Cela a demandé la réorganisation interne et l'affectation de ressources au sein des pôles biologie, qui ont montré leur réactivité et leur capacité d'action rapide dans l'intérêt des territoires de chaque CHRU. Des gardes supplémentaires, des permanences 24 h/24 et 7j/7 ont été mises en place ou confortées dans la plupart des CHRU des zones les plus impactées. En général, **aucune autre structure en dehors des CHRU** n'aurait pu apporter cette réponse.

De même, **les besoins d'expertise en infectiologie ont littéralement explosé**. Les services d'infectiologie et maladies tropi-

cales existent dans chaque CHRU, mais ces ressources expertes sont, souvent, en temps ordinaire en nombre limité.

La crise a très fortement sollicité cette spécialité, en interne bien sûr pour les besoins du CHRU, mais **aussi voire plus encore en externe** pour fournir des conseils de prise en charge, des protocoles et procédures, de l'expertise sur les organisations projetées dans les autres établissements, des missions sur place, des opérations spéciales d'hospitalisation ou de dépistage, etc. Là encore, seuls les CHRU disposent des capacités particulières mobilisables dans une telle crise, mais l'expérience acquise montre que les moyens devront indiscutablement être renforcés.

En biologie, en infectiologie, en réanimation, notamment, les **capacités particulières des CHRU** sont essentielles et indispensables pour faire face à une crise sanitaire de grande ampleur. Ces capacités, supérieures aux besoins constatés en temps « ordinaire », ne peuvent être financées par l'activité.



e. Le renouveau et la confirmation des liens inter-établissements: le rôle d'établissement de santé de référence (ESR) pour la zone de défense, l'intérêt majeur des GHT

À l'échelle régionale La mission d'ESR est associée à la notion de zone de défense et aux plans nationaux de préparation et de réponse aux crises majeures (risques NRBC, attentats, épidémies, accidents industriels, voire conflits...). La crise Covid-19 a montré l'utilité de cette notion pour une crise sanitaire prolongée. Dans chaque zone de défense, un CHRU est établissement de santé de référence (ESR) de zone, notamment pour le risque épidémique et biologique. Dans ce cadre, les CHRU concernés ont pu activement contribuer à la rédaction et à la diffusion de stratégies de prise en charge, de conseils et de protocoles aidant les autres établissements à faire face à la crise.

Dans ce but, ont notamment été mis en place des outils de partage documentaire (SharePoint), mettant par exemple à disposition l'ensemble des protocoles élaborés par l'ESR.

À l'échelle territoriale La plupart des GHT ont fourni un cadre opérationnel efficace pour organiser la montée en charge des dispositifs Covid-19, pour planifier et coordonner la gestion de la crise, et pour anticiper les risques de saturation de certains sites à l'échelle des territoires.

Les GHT ayant un CHRU comme siège ont mobilisé, de manière généralement coordonnée, plusieurs centaines de lits dédiés à l'épidémie. Ces capacités ont été coordonnées par des réunions hebdomadaires traitant des unités d'hospitalisation, des ressources humaines, de la gestion des matériels sensibles (EPI et médicaments notamment), des filières de patients et des protocoles de prise en charge, en relation avec les professionnels de santé de ville.

La mise en place d'un SharePoint, avec une gestion documentaire portée et actualisée quotidiennement par l'établisse-

ment support, les soutiens réciproques ont été de nature à renforcer la solidarité territoriale.

Dans le domaine des personnes âgées et du médico-social Plusieurs expériences remarquables de coordination territoriale et de plateformes de soutien médico-soignantes ont été menées par les CHRU. Des collaborations renforcées entre le sanitaire et le médico-social ont été mises en œuvre, confirmant ou retrouvant les liens naturels qui unissent ces deux secteurs soumis à des réglementations trop différentes.

Ainsi, des plateformes structurées de parcours de santé ont été créées, ouvertes 7j/7, avec parfois des astreintes gériatriques mutualisées par sous-territoire, des capacités de projection sur site, de conseil, d'aide au dépistage, **des équipes mobiles de prélèvements, d'hygiène, de gériatrie, de soins palliatifs... De même, des systèmes de téléconsultation** ont été proposés par de nombreux CHRU pour les Ehpad, afin de limiter les déplacements et de renforcer la médicalisation sur site; **une coordination territoriale sanitaire/médico-sociale** a été assurée, associant les ARS et les conseils départementaux concernés.

Dans le domaine des soins de suite Des cellules de coordination territoriales, associant public et privé, ont été mises en œuvre par plusieurs CHRU. L'objectif visait à renforcer la fluidité de la filière Covid (puis non Covid) en optimisant l'affectation des capacités en lits SSR pour éviter la surcharge des établissements accueillant le plus grand nombre de malades ayant besoin de soins de suite post-réanimation par exemple. Dans ce cadre, des annuaires communs et des tableaux quotidiens de ressources disponibles ont été mis en œuvre.



2. Des établissements hospitalo-universitaires sachant mobiliser l'innovation et la recherche face à la crise

a. Des initiatives innovantes lancées en temps record

De nombreuses substitutions innovantes ont été mises en œuvre dans les CHRU. Ces actions se sont appuyées sur le partenariat qu'ils entretiennent avec les universités et les grandes écoles, mais aussi avec les collectivités locales et les entreprises.

Quelques exemples

- Installation de chaînes de **production semi-industrielle de solutions hydro-alcooliques** (SHA) permettant de fournir les autres hôpitaux, parfois les collectivités locales.
- Développement, qualification et fabrication de **masques en tissu lavables et réutilisables**, utilisés hors des soins mais dont la qualité de filtration est vérifiée, pour protéger les personnels et limiter la consommation injustifiée de masques à usage unique.
- Fabrication de **surblouses**, de séparations en Plexi pour les postes d'accueil, notamment avec l'aide de réseaux de bénévoles.
- Développement et **fabrication 3D** de **visières**, de certaines pièces **consommables de dispositifs** médicaux, par exem-

ple tubulures ou connecteurs de respirateurs.

- Rétablissement et développement de capacités de **production substitutive de médicaments** face aux pénuries rencontrées notamment sur les produits d'anesthésie-réanimation.

Ces fabrications font souvent appel aux capacités d'ingénierie des grandes écoles et structures industrielles proches, qui sont en relation habituelle avec les CHRU par le biais des formations et/ou de la recherche. Le partenariat entre ces structures et les CHRU s'appuie sur des objectifs partagés de développement local, de circuit court et d'économie vertueuse.

La relation habituelle et ancienne entre les CHRU et les entreprises, les universités, les grandes écoles, etc., a permis la mobilisation extrêmement rapide de ces ressources et leur mise en commun, sans vision purement mercantile. C'est un enseignement très important de la crise : **les CHRU sont structurants pour le développement économique et la vitalité de leur territoire.**

b. Le « boom » de la téléconsultation : grâce à la simplification

La téléconsultation « patinait », il faut bien le reconnaître, depuis des années du fait d'obstacles divers : technologiques, culturels, mais aussi économiques, du fait de l'absence d'une tarification crédible. Ces constats ont connu un bouleversement exceptionnel pendant la crise épidémique. Désormais, la **téléconsultation fait partie intégrante** des outils utilisés **quotidien-**

nement par les médecins et elle poursuit sa montée en charge.

Il est évident que l'intention, légitime, des autorités de déverrouiller ce système a pu s'exprimer grâce à une volonté de simplification des processus de décision et de mise en œuvre. **C'est la simplification**, autant que l'urgence, **qui a permis l'ouverture réelle de la téléconsultation** en France.



c. La recherche : au cœur du métier des campus hospitalo-universitaires

Face à l'urgence créée par le développement initial de l'épidémie, la coordination et la mobilisation des connaissances se sont imposées comme des priorités, **bousculant toutes les normes habituelles**.

Les chercheurs et les équipes recherche des CHRU et des universités et EPST se sont ensemble engagés immédiatement dans un **effort sans précédent**, pour contribuer aux réponses scientifiques et médicales face à cette épidémie et améliorer sans cesse les prises en charge.

La participation des CHRU a notamment été déterminante dans la mise en œuvre des projets de recherche comme ceux coordonnés par l'Inserm, à travers notamment la cohorte French Covid et l'essai thérapeutique Discovery.

Beaucoup de CHRU ont également porté des projets, nombreux et très rapidement déployés à une échelle multicentrique, s'appuyant sur les relations tissées historiquement au sein des groupements interrégionaux (HUGO, G4, Grand-Est, etc.), mais aussi du réseau naturel des CHRU ainsi qu'avec les hôpitaux généraux de leur territoire.

C'est une **particularité du système français**, qui permet de mobiliser, à l'échelle nationale, des capacités de recherche clinique et fondamentale en lien direct avec les soins et en exploitant les données fondées sur des volumes importants de patients.

Des **organisations innovantes** ont été élaborées sur plusieurs sites, pour mobiliser les forces vives de la recherche en santé et d'en coordonner les actions. À titre d'exemple **la task force Recherche**, installée sur le campus lillois entre l'université, le CHRU, l'Inserm, le CNRS, l'Institut Pasteur, l'I-SITE et l'ensemble des partenaires académiques. Cette *task force* – coordonnée par le président du comité de recherche biomédicale et santé publique (CRBSP), le vice-président recherche du

CHRU, le vice-président recherche de l'université et la direction de la recherche et de l'innovation du CHRU – a validé l'ensemble des projets menés autour du Covid-19. Elle a permis de lever plus de 2,5 millions d'euros de financement et de contribuer à 60 projets de recherche, dont la moitié directement par les équipes du CHRU.

En phase de crise sanitaire, la nécessité d'une action rapide et coordonnée, menée sans concurrence inutile et dans l'intérêt commun d'une région ou d'un territoire, a **mis en lumière le rôle spécifique des CHRU** dans ce domaine essentiel pour lutter contre une pathologie émergente, tout en conservant la **rigueur méthodologique indispensable**. En parallèle, cette expérience montre, une fois encore, l'intérêt d'une organisation plus souple et d'une **révision des réglementations devenues excessives** appliquées habituellement, qui n'auraient pas permis cet effort sans précédent.

Parmi les leçons qui peuvent être tirées de l'expérience acquise dans cette période de **gestion de crise** dans nos CHRU, on peut notamment relever les idées suivantes :

- **territorialiser le pilotage des crises sanitaires et de la reprise des activités post-crise**, autour du territoire constitué par les subdivisions des CHRU ;
- à ce niveau de pilotage, on peut bâtir une **connaissance efficace des équipements** (lits de réanimation, filières de patients en médecine, en SSR...) et des ressources, qui ne **demande pas un temps excessif de compilation** pour rester efficace ;
- à ce niveau, on peut organiser les prises en charge et les transferts pour éviter les saturations locales, avec une attention particulière sur les prises en charge de recours (ECMO en réanimation). Ce pilotage territorial permet d'inclure la participation des ESPIC et cliniques privées.



Il offre un premier niveau de régulation de certains équipements sensibles (ECMO, respirateurs, plasmajars...) et des médicaments en tension;

- **adapter les organisations aux crises longues**: notre système actuel de préparation à la crise (attentats, risque NRBC...) considère des crises de **quelques jours** alors qu'une **crise épidémique s'étend sur plusieurs mois**;
- l'expérience acquise avec le Covid-19 et le niveau de réaction attendu désormais par notre société face à ce type de risque montrent qu'il faut repenser notre système, notamment en rétablissant et en renforçant les **capacités de production palliative des CHRU** au service de tous (médicaments, consommables...) et en installant des **capacités, des locaux et des équipements de réserve**, mobilisables en cas de crise sanitaire majeure et prolongée. Ces capacités, coordonnées autour d'un CHRU par région, doivent permettre de faire appel à l'ensemble des établissements afin de ne pas concentrer les difficultés sur un seul;
- concevoir et développer **un système de collecte d'information anonymisé** pour limiter la diffusion de fichiers partagés et de bases de données spécifiques, et permettant de ne pas mobiliser un trop grand nombre de ressources humaines;
- **renouveler les liens entre sanitaire et médico-social**: cette évolution passe par la mobilisation de ressources médicales et paramédicales qui peuvent venir du

secteur libéral (en phase de crise, on constate une baisse importante des consultations « ordinaires » en ville comme à l'hôpital), mais aussi des plateformes territoriales d'appui, du secteur hospitalier ou d'une réserve sanitaire à mobilisation très rapide;

- disposer dans certains établissements sanitaires **d'espaces de réserve** pouvant être armés avec l'équipement nécessaire pour faire face à une crise durable et remettre en place une **réserve sanitaire d'ampleur mobilisable rapidement**.

Plusieurs enseignements durables pourront aussi certainement être consolidés à l'avenir:

- le **télétravail** a montré son efficacité pour garantir la continuité des activités dans plusieurs domaines et il pourra être pérennisé pour certaines catégories de métiers;
- les **téléconsultations** sont maintenant installées et leur utilité est reconnue;
- le recours aux **moyens de communication en réseau** tels que la **visioconférence** s'est révélé fiable et facile d'utilisation. La téléconférence ne doit pas remplacer toutes les réunions mais, bien gérée, elle se substituera utilement à une partie des regroupements pratiqués auparavant, en local comme en national. C'est un acquis majeur pour l'amélioration des conditions de travail, la limitation des déplacements, la réduction des délais, la diversification des modalités collaboratives.



ANNEXE 2

LA CHARTE D'ENGAGEMENT MANAGÉRIAL DES CHRU (2019)

Figurant parmi les premiers employeurs de leur région, les CHRU sont, comme l'ensemble de l'hôpital public, confrontés à de multiples évolutions : transformation de leur activité pour mieux répondre aux besoins de la population, évolution des modes de financement, développement de nouvelles politiques territoriales, nouvelles attentes de leurs professionnels et de leurs patients, forte concurrence sur leur territoire, etc.

Les « managers » hospitaliers, médicaux comme non médicaux, sont confrontés, au quotidien, à la complexité de ces changements et enjeux multiples, *a fortiori* dans des établissements hospitalo-universitaires mêlant une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils doivent pourtant parvenir à s'en emparer pour permettre à la communauté hospitalière d'en percevoir les enjeux et le sens. Cette mission les place en première ligne d'injonctions parfois contradictoires, mais surtout de défis d'un niveau élevé, qui nécessitent d'être particulièrement armé et formé.

L'ensemble de ces éléments rend nécessaire la formalisation au sein de chaque établissement hospitalo-universitaire, d'une politique active et volontariste d'accompagnement et de soutien aux managers, et la définition d'un cadre clair et solide d'exercice de leurs missions. En effet, l'existence d'une communauté managériale efficace et bien formée apparaît sans conteste comme le gage d'une meilleure qualité du service rendu aux usagers, ainsi que d'une meilleure qualité de vie au travail.

Cette ambition rejoint les engagements pris par le président de la République et le Gouvernement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », visant à moderniser le management hospitalier, notamment « pour renforcer la participation des mé-

decins au pilotage des hôpitaux [et] redonner au service son rôle de "collectif" dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe soignante ».

Parallèlement, dans la continuité et le prolongement des travaux conduits dans le cadre des Assises hospitalo-universitaires de Poitiers préfigurant le « CHRU de demain », les CHRU, conscients de ces enjeux et de leurs responsabilités en la matière, ont souhaité formaliser, par une charte d'engagement, le soutien fort qu'ils apportent aux personnels hospitaliers et hospitalo-universitaires placés en situation managériale. Ils sont notamment conscients que cette mission managériale constitue, notamment pour les personnels médicaux, une mission complémentaire de celles du soin, de l'enseignement et de la recherche.

Cette charte vient compléter les travaux conduits en 2017 pour définir des engagements concrets en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Préalablement à toute déclinaison du contenu, il convient de souligner que les engagements traduits dans cette charte n'ont aucune vocation à être transposés, sans travail ni appropriation préalables, dans chacun des 32 CHRU-CHR du territoire. En effet, la réussite d'une politique managériale suppose que les engagements pris fassent l'objet d'une réflexion, d'une discussion et d'une construction portées par la gouvernance de chaque CHRU, y associant les responsables des secteurs d'activité concourant à la cohésion des équipes.

Situés à des degrés de maturité différents, liés à leur histoire, leur structuration et leur fonctionnement particuliers, les CHRU s'engagent néanmoins à considérer cet enjeu managériale comme une priorité de leur action stratégique de court et de



moyen termes, dans une logique de responsabilité sociale et environnementale. Ils se donnent ainsi trois ans pour avoir élaboré, chacun en son sein et selon les modalités qu'ils jugeront les plus perti-

nentes, une stratégie et un plan d'action qui leur soient propres, reposant néanmoins sur les engagements de cette charte, dont la vocation est ainsi de fixer un objectif général partagé.

Nos 10 engagements

Engagement N° 1

Fixer un cadre d'exercice clair

Un management équilibré et assumé implique une définition claire et partagée des missions afférentes aux différents niveaux de responsabilité, au sein de l'établissement. Pour ce faire, les CHRU s'engagent à mener, en leur sein, une réflexion permettant de clarifier, sur chacun des axes de gestion et de pilotage, les différents niveaux de responsabilité (gouvernance du CHRU - gouvernance de pôle - gouvernance de service - responsable d'UF), ainsi que les grandes séquences de leur cycle de gestion, préalablement à l'élaboration de leur projet managérial.

Engagement N° 2

Définir la politique managériale

Chaque CHRU s'engage à mettre en place un cadre de réflexion collégial et pluri-professionnel, permettant de définir un projet managérial, partie intégrante de son projet d'établissement. Ce projet permet de définir le cadre de valeurs, les principes qui le sous-tendent et les modalités d'une coordination efficace pour maintenir la qualité de service, la motivation et l'esprit de coopération des professionnels.

Le projet doit prendre en compte le triple niveau de responsabilité des managers : sur la population prise en charge, sur la qualité de vie des professionnels et sur l'efficacité des organisations. Cette triple responsabilité est portée par chaque acteur placé en situation managériale, quels que soient son niveau de responsabilité et sa fonction. Ce cadre d'exercice doit être communiqué aux managers préalablement à leur prise de fonctions, afin qu'ils puissent mesurer clairement les en-

gagements qui accompagnent leur mise en responsabilité.

Engagement N° 3

Détecter les potentiels managériaux

Piloter un collectif, *a fortiori* dans un établissement public hospitalo-universitaire, est une mission complexe qui nécessite motivation, potentiel et formation. Les CHRU s'engagent à favoriser la détection des potentiels et l'accompagnement des jeunes professionnels qui souhaitent s'engager dans des missions managériales sur le long terme. Ce choix sera valorisé comme un atout dans la construction de la carrière, et une attention particulière y sera portée dans le cadre des perspectives de nominations hospitalo-universitaires et hospitalières, en lien avec les instances universitaires.

Engagement N° 4

Préparer et accompagner le développement des compétences managériales

La réorganisation des études médicales, pharmaceutiques et odontologiques et l'universitarisation des formations paramédicales offrent l'opportunité d'inscrire le travail en équipe et la connaissance de l'organisation du système de santé dans le corpus des formations initiales. Conscients de leur responsabilité dans l'appropriation de ces sujets par les futurs responsables en cours de formation, les CHRU s'engagent aux côtés des universités, à participer à la construction des modules qui seront organisés pour répondre à cet enjeu fort.

En complément, les CHRU mettront en œuvre des dispositifs de formation continue adaptée pour l'ensemble des professionnels se voyant confier des responsabilités managériales. Cette formation doit s'inscrire



dans le cadre d'un parcours élaboré avec l'intéressé, qui doit démarrer préférentiellement avant la prise de responsabilités. En tout état de cause, chaque manager s'engage à suivre la formation proposée, dans les six mois suivant sa nomination.

L'ensemble de ces dispositifs constitue pour les CHRU un investissement majeur, qui pourra, le cas échéant, être organisé avec d'autres établissements partenaires, contribuant ainsi à renforcer ce collectif.

Engagement N° 5 **Accompagner les managers** **dans l'exercice de leurs fonctions**

Au-delà de la formation « initiale » proposée à tout nouveau professionnel désigné comme manager, l'exercice de responsabilités managériales nécessite un accompagnement régulier, permettant un développement continu de la compétence de l'intéressé.

Ainsi, parallèlement à une offre de formation continue, les CHRU s'engagent à mettre en œuvre, en leur sein et/ou avec des établissements partenaires, un dispositif d'accompagnement individuel et/ou collectif des managers, selon les outils qu'ils jugeront les plus appropriés (analyse de pratiques, co-développement, coaching individuel ou d'équipe, mentorat/parrainage, réseau d'experts internes...).

Ils s'engagent également à développer des modalités régulières d'animation de la communauté managériale, par exemple par le biais d'événements proposés aux managers (séminaires, conférences, formations-actions ou toute autre modalité).

Engagement N° 6 **Reconnaître les managers**

Le maintien, dans la durée, d'un engagement professionnel fort et d'un positionnement clair suppose, pour les managers, de bénéficier d'une reconnaissance de leur mobilisation et de leurs efforts.

Pour cela, les CHRU s'engagent à mener, dans le cadre de leur projet managérial, des actions de valorisation de la fonction managériale en leur sein. D'autre part, malgré les contraintes posées par le cadre ré-

glementaire de gestion des ressources humaines, notamment en matière de rémunération, ils soutiendront tout dispositif national visant à reconnaître et valoriser l'engagement managérial.

À l'inverse, reconnaître les bons managers nécessite également d'identifier ceux qui ne disposent pas des compétences nécessaires à l'exercice des fonctions managériales, malgré les formations et l'accompagnement proposés. Conscients de l'impact de ces situations sur la qualité de vie des équipes dont ces managers ont la responsabilité, les CHRU s'engagent à ne pas laisser perdurer les pratiques managériales s'éloignant de la bienveillance et du professionnalisme attendus vis-à-vis des professionnels hospitaliers.

Engagement N° 7 **Faciliter un management participatif**

L'animation d'un collectif professionnel nécessite de laisser une place à l'expression des individualités et d'associer en permanence les « managés » aux décisions qui les concernent.

Les CHRU soutiennent donc le déploiement d'un modèle managérial participatif, pour lequel ils encourageront et accompagneront la mise en œuvre de démarches collectives, y compris innovantes, au sein des équipes.

En outre, parallèlement à la généralisation des entretiens annuels d'évaluation remplaçant la notation pour les professionnels non médicaux, les CHRU s'engagent à développer des temps d'échange, annuels, pour les managers médicaux avec chaque membre de leur équipe, par exemple sous la forme d'entretiens annuels individuels. Ces entretiens ont pour objectif de faire le point sur le rôle de chacun des praticiens au sein de l'équipe et de partager les objectifs et enjeux du collectif de travail. Ils doivent s'inscrire dans un cadre clair et être conduits avec l'aide de supports mis à disposition par la gouvernance de l'établissement. Ces entretiens gagneront à se mettre également en place entre le chef de pôle et les chefs de service.



Engagement N° 8

Aider les managers dans la prévention et la gestion des conflits

La gestion des conflits peut, dans certaines circonstances, devenir particulièrement délétaire et chronophage au sein d'un collectif de travail. Elle constitue l'un des principaux motifs de risques psychosociaux. Malgré l'attention qui y est déjà consacrée, les actions de formation et de prévention des conflits sont parfois insuffisantes, nécessitant un soutien affirmé de l'institution aux managers pour faire face à des situations critiques.

Dans cet objectif, la gouvernance des CHRU s'engage à organiser un dispositif interne de médiation-conciliation accessible à l'ensemble des professionnels (médicaux et éventuellement non médicaux), pouvant être utilisé dans les situations ne devant pas faire l'objet d'un traitement disciplinaire.

Pour ce faire, ils s'engagent notamment à désigner et à former des médiateurs/conciliateurs internes, qui doivent être saisis des situations conflictuelles préalablement à la saisine de tout autre dispositif extérieur à l'établissement. En cas d'échec des solutions internes, ils s'engagent à faire connaître, voire à actionner, le dispositif régional et national de médiation.

Enfin, afin de prévenir les fragilités naissant de situations conflictuelles, les CHRU s'engagent à proposer aux parties concernées, incluant le ou les managers d'équipes le cas échéant, un dispositif d'accompagnement et de soutien.

Engagement N° 9

Développer la qualité de vie au travail, prévenir et gérer les risques psychosociaux

Conscients que le maintien de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels préside au maintien et à l'amélioration continue de la qualité des soins, les CHRU font de cet axe stratégique un enjeu majeur de leurs projets d'établissement. Dans ce cadre, ils s'engagent à constituer, en leur

sein, un dispositif de pilotage de leur politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques professionnels, concernant à la fois les professionnels médicaux et non médicaux.

Les CHRU s'engagent également à ce que les CME et les CHSCT soient associés au pilotage de ces politiques. Dans cet objectif, ils favoriseront, chaque fois que possible, la création d'une sous-commission de la CME chargée de la qualité de vie au travail des médecins

En complément, conscients de l'impact que peuvent avoir certaines situations sur les risques psychosociaux auxquels sont soumis les professionnels, les CHRU s'engagent à former les managers à la prévention de ces risques, ainsi qu'à la détection du risque suicidaire. Ils s'engagent également à mettre en place des dispositifs d'écoute et de soutien aux professionnels en difficulté, et à favoriser leur accès pour l'ensemble des professionnels.

Engagement N° 10

Évaluer annuellement cette politique et mesurer ses résultats

Soucieux de conduire des actions répondant de manière très directe aux besoins des professionnels, les CHRU s'engagent à mesurer régulièrement leurs attentes par le dispositif qui leur paraîtra le plus adapté. Dans ce cadre, l'organisation d'enquêtes de type « baromètre social » peut constituer une base d'analyse intéressante pour la construction des projets sociaux et managériaux. Elles peuvent être menées de manière conjointe entre plusieurs établissements d'une même région, leur réseau de CHRU, voire l'ensemble des CHRU. Cet indicateur a vocation à faire partie de ceux retenus par la HAS pour mesurer la qualité de vie au travail.

Afin d'adapter leur politique en permanence, les CHRU s'engagent à dresser, chaque année, une évaluation de la mise en œuvre de leur politique managériale et à la présenter en directoire et en CME.



