

Plateforme de la FHF : le service public de santé, une ambition pour la France 2012-2017

par *Frédéric Valletoux, président de la FHF*
et *Gérard Vincent, délégué général de la FHF*

Le colloque annuel co-organisé par l'Union des régions hospitalières du Sud-Est et la Fédération hospitalière de France avait pris ce 26 avril un relief particulier avec la présentation publique de la plateforme 2012-2017 de la FHF. Outre une conférence de presse, devant un parterre d'une douzaine de journalistes, ce colloque innovait en proposant deux ateliers thématiques au choix, l'un sur les ressources humaines et l'autre sur l'évaluation interne et externe.

Le colloque, tenu dans l'amphithéâtre de l'Institut de formation Esquirol à Lyon, rassemblait environ soixante-dix directeurs, cadres administratifs et soignants, médecins.

Le document élaboré par la FHF « *n'est pas une plateforme catégorielle de plus, reflétant les préoccupations du moment* », avertissait F.Valletoux. Issu d'un travail « *collectif et approfondi* », il présente « *notre vision d'un service public de santé ambitieux* ». Il s'ouvre logiquement sur le rappel des valeurs fortes portées par l'hôpital public et sur l'affirmation de leur modernité. « *Nous avons présenté nos propositions aux candidats à la présidentielle, nous le faisons aujourd'hui dans le débat des législatives et nous avons entamé un tour de France pour diffuser notre plateforme et rencontrer les médias.* »

Avant même l'exposé des 10 propositions de la plateforme, Gérard Vincent énonçait quelques préalables fondamentaux: le service public de santé s'entend pour tous les citoyens et avec une égalité d'accès sur le territoire. Le Délégué Général rappelait les « *3 déterminants* » de la FHF :

1. la réaffirmation de la place des usagers : « *disons-le haut et fort, eux seuls légitiment notre action* ». La FHF propose de renforcer leur place dans le système de gouvernance et dans l'évaluation du système ; elle plaide pour des formations et pour un « *institut du patient* », lieu d'échange et de dialogue entre professionnels et usagers.
2. les enjeux de santé publique incluent les dimensions de prévention et d'éducation.
3. l'innovation technique et thérapeutique mais aussi organisationnelle et managériale a un impact fort ; les établissements publics contribuent à cette innovation, à son évaluation et à sa diffusion.

Gérard Vincent continuait ensuite avec les autres propositions, insistant en premier lieu sur la dimension territoriale du service public de santé. « *La loi HPST permet un maillage coordonné du territoire selon les filières, mais les outils peinent à se mettre en place.* » Un « *toiletage* » serait utile... Sur la place des personnels : « *il faut sortir d'une vision misérabiliste et faire confiance aux personnels.* » Quitte à provoquer des remous, la FHF souhaite moderniser le dialogue social en décentralisant certaines négociations au niveau des établissements. « *Nous proposons d'en discuter avec les organisations syndicales.* »

La FHF plaide aussi pour un développement des systèmes d'information : « *l'info juste et au bon moment, ce n'est pas encore au point* » ; c'est pourtant la colonne vertébrale du système santé-social. Le financement du secteur hospitalier et médico-social fait bien entendu l'objet d'une proposition, déjà défendue par la FHF: diminuer la part du financement par des tarifs à l'acte et augmenter la part d'enveloppe globale. « *On demande l'équité avec le privé et la prise en compte de la réalité et de la pertinence des actes.* »

G.Vincent citait enfin la nécessaire réflexion sur l'espace hospitalier, qui doit associer les personnels et s'efforcer d'imaginer les établissements du futur. Un mot aussi sur les CHU, l'enseignement et la recherche constituant la pierre angulaire de la modernisation et de la réputation du système de santé français (et européen).

Au fil du débat...

« Les ARS sont phagocytées par l'échelon central et réduites au rôle de relais des politiques nationales. Elles ne prennent plus suffisamment en compte les réalités des établissements. »
« Nous avons demandé une mission parlementaire d'évaluation du fonctionnement des ARS. »
Pierre-Charles Pons / Gérard Vincent

« On a rendu les établissements dépendants des banques. Or une politique publique d'investissement dans les hôpitaux doit être financée en partie par des fonds publics. » *Denis Valzer*

« Le modèle Hôpital 2007 et Hôpital 2012 est mort. Nous sommes aujourd'hui face à la question de notre capacité d'autofinancement. Pouvons-nous mener une stratégie d'investissement soutenable ? » *Jean Debeaupuis*

« Un groupe de travail de la FHF travaille sur de nouveaux leviers de financement. Ce sera un sujet prioritaire du prochain ministre de la santé ! » *Frédéric Valletoux*

« On a constaté avec étonnement que les banques et la CDC ont une mauvaise connaissance de l'état de nos besoins. Ils semblaient découvrir nos problèmes de trésorerie. Il faut sensibiliser. » *Edouard Couty*

« L'Etat avait choisi de couvrir les annuités de dette que nous devions contracter pour investir. Or le système est remis en cause par des ARS. Il faut effectivement trouver de nouvelles solutions. » *Daniel Moinard*

« Pourquoi ne pas avoir posé la question du nombre d'hôpitaux et de plateaux techniques ? Celle de la stratégie de groupe autour des CHU ? » *Patrice Barberousse*

« Quelles propositions allons-nous faire en matière de démographie médicale ? » *Stéphane Massard*



Conférence de presse :

le président et le délégué général de la FHF ainsi que le président de la FHF Rhône-Alpes Edouard Couty, présentaient à une douzaine de journalistes la plateforme politique de la FHF. Les propositions d'actions concrètes étaient illustrées par les propos de 5 acteurs locaux.



Professeur René Mornex,
président de l'URHSE

Pertinence des actes: les actions de l'URHSE

par René Mornex, président de l'URHSE

Le président René Mornex avait piloté le groupe de travail de la FHF qui, en octobre 2010, rendait ses conclusions sur le dossier sensible de la pertinence des actes. Le rapport avait été salué par les pouvoirs publics, sans pourtant provoquer de réaction concrète notable. C'est pourquoi R.Mornex revenait ce jour devant les membres de la communauté hospitalière pour obtenir leur accord pour se remettre à l'ouvrage: il a proposé de constituer, avec l'aide des délégués interrégionaux, 5 groupes de travail. Chacun traitera d'un type d'actes médicaux particulièrement marqué par les « dérapages » (voir tableau) et réunira des directeurs, des présidents de CME et des chefs de pôle. « Je souhaite que nous reprenions et poursuivions la démarche que nous avons entreprise ».

Responsabilité médicale

Parmi les 8 propositions issues du rapport d'octobre 2010, René Mornex en retenait en fait 3 sur lesquelles il souhaitait voir l'URHSE s'engager: l'affinement des indicateurs de pertinence, la réflexion sur la formation des médecins et la réflexion sur le rôle des chefs de pôle.

Sur le premier point, R.Mornex a détaillé la méthode proposée: sélection de 12 pathologies problématiques, identification des sur et sous-consommations, comparaisons inter-régionales. L'analyse approfondie devra permettre d'affiner les indicateurs de pertinence des actes.

L'Académie nationale de médecine a accepté de s'associer à l'URHSE pour travailler sur la formation des médecins et les entretiens se poursuivent depuis 6 mois. « La question de la responsabilité médicale est majeure et devrait être inhérente à la formation des médecins. Or pour sa partie théorique, la formation est sanctionnée par des examens pour lesquels on vise uniquement le meilleur classement. Nous allons réfléchir avec la conférence des doyens à une évolution, nécessaire, de ce système. Quant à la partie de formation clinique, elle s'acquiert au lit du malade, par compagnonnage. La baisse des DMS doit être compensée par une multiplication des stages pour les étudiants en médecine. »

Enfin, concernant le rôle des chefs de pôle, la fonction est récente et nécessite une formation spécifique. L'URHSE a déjà réussi à mettre sur pied un module de 60 heures.



Pertinence des actes : 5 groupes de travail proposés

- prostatectomie (Auvergne, Franche-Comté, Rhône-Alpes)
- cholécystectomie par coelioscopie (Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes)
- appendicectomie (Auvergne, Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes)
- arthroscopie du genou (Bourgogne, Rhône-Alpes)
- canal Carpien (Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes)

Au départ, 12 pathologies problématiques avaient été sélectionnées, avec identification des sur et sous-consommations et comparaisons inter-régionales.

Quel CPOM pour mettre en œuvre le SROS / PRS ?

par Pierre-Charles Pons, directeur général du CHU de Dijon, secrétaire général de l'URHSE et Denis Valzer, délégué interrégional FHF Bourgogne/Franche-Comté

« Le CPOM est une procédure lourde et discutable », à des lieues de l'approche stratégique et ciblée qu'elle devrait encourager. La formule pourrait résumer l'analyse de P.-C.Pons et D.Valzer sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils regrettaient une procédure au pas de course (3 étapes de 2 mois chacune), qui cantonne les instances internes à un simple rôle de ratification. Comment dans ces conditions préserver le caractère stratégique du projet d'établissement ? Par ailleurs, les CPOM doivent être signés dans les 6 mois qui suivent la publication du Projet régional de santé (PRS). En Bourgogne et Franche-Comté, cela porte le délai à début septembre, en Auvergne à début octobre ; quant à Rhône-Alpes, le PRS n'est toujours pas publié.

De fait, la FHF préconise de :

- négocier autant que possible avec l'ARS des aménagements sur le calendrier et le contenu de la procédure (avec la centaine de CPOM qu'elles doivent boucler dans les 6 mois, c'est envisageable !)
- obtenir une meilleure articulation avec la stratégie de l'établissement ; le CPOM n'est pas figé et pourra être complété par avenant après élaboration du projet d'établissement ;
- plaider pour un processus garantissant la cohérence territoriale.

Pour conclure, les intervenants invitaient les directeurs à défendre la place centrale des projets d'établissements et à veiller à la prise en compte des

choix stratégiques de l'institution dans le CPOM. Ils ajoutaient : « la place du service public doit être défendue âprement, notamment à travers la pérennisation des financements. »

• La procédure de CPOM prévoit 2 mois d'auto-évaluation avant d'élaborer les orientations stratégiques (s'ensuivent la phase de négociations puis le passage devant les instances). « Il n'est pas obligatoire de traiter l'intégralité des critères d'auto-évaluations ; il est plus efficace de se concentrer sur ceux qui vous semblent les plus pertinents et sur lesquels vous serez jugés. »

• Le CPOM a l'ambition de regrouper l'intégralité des engagements contractuels des établissements sanitaires.

• « C'est le projet d'établissement qui donne du sens à nos actions et mobilise les équipes. Sa place est essentielle. » (P.-C. Pons)

« Relisez bien le guide du CPOM : tout est négociable. Faites-nous remonter vos éventuelles difficultés dans les discussions avec les ARS. » (Denis Valzer)



Atelier 1. Ressources humaines : risques psychosociaux et reconnaissance au travail

Animation : Annick Amiel-Grignard, DRH de l'Hôpital de la Croix-Rousse (Hospices civils de Lyon)



Annick Amiel-Grignard, DRH
Hôpital de la Croix-Rousse
(HCL)

Quatre intervenants ont alimenté les débats : un responsable des ressources humaines, un médecin du travail, un cadre de proximité et un conseiller formation-carrière. L'atelier a montré combien la reconnaissance au travail était un enjeu pour l'employeur comme pour l'employé. Le « retour sur investissement » a même été chiffré ; au CHU de Dijon, la baisse d'un point du pourcentage d'absentéisme représente une économie de 2 millions d'euros.

« La demande de reconnaissance porte moins sur la rémunération et le statut que sur la reconnaissance des compétences de la personne et de son expertise, de ses efforts et des résultats obtenus », commentait Annick Amiel. Les avis convergeaient pour souligner l'aspect très personnel de la perception qu'on a d'être reconnu ou pas dans son travail au quotidien. En outre, la reconnaissance par les pairs est tout aussi importante que par la hiérarchie.

Plusieurs exemples d'actions ont été donnés, parmi lesquels l'utilisation de la réglette d'évaluation de la douleur pour inviter les salariés à mesurer leur satisfaction au travail. Interrogés sur les facteurs qui y contribuent, ils ont répondu : la reconnaissance au travail, le climat dans l'équipe, le sentiment que leur travail a un « sens ».

Il fut aussi question de la notion de métier. Sur ce point, le responsable du centre de régulation des transports sanitaires aux HCL a détaillé le travail réa-

lisé avec les chauffeurs-livreurs : il consistait à améliorer l'organisation de leur travail en identifiant leurs responsabilités, leurs contraintes et leurs spécificités ; il a permis de reconnaître et de valoriser ce métier (ressenti par les intéressés comme connoté négativement).

Un autre exemple émanait d'un service hospitalier d'hépatologie-gastroentérologie : une évolution du travail des agents de service hospitalier (ASH), jusqu'alors peu intégrés au fonctionnement de l'équipe soignante, a permis d'en faire un service attractif malgré la lourdeur et la difficulté des prises en charges et des publics. « Ce travail a mis en relief la contribution de chacun au fonctionnement collectif – pas seulement celle des infirmières ou des aides-soignantes mais aussi celle des ASH- ».

Un dernier témoignage portait sur la formation, élément-clé de satisfaction au travail. Les formations sont des occasions pour les salariés de développer des compétences et de se construire des parcours professionnels. « Dès le recrutement, il s'agit de considérer le professionnel dans sa singularité, pas seulement dans le diplôme requis. »

En conclusion, Annick Amiel reprenait deux éléments clés : la reconnaissance du travail de l'encadrement ; le travail en commun de tous les professionnels concernés par les ressources humaines (DRH, cadres, médecins du travail, formateurs...).



Aline Mercier, vice-présidente
FHF Rhône-Alpes

Atelier 2. L'évaluation interne et externe et ses enjeux

Animation : Aline Mercier, directrice adjointe CH de Beaujeu, vice-présidente de la FHF Rhône-Alpes en charge du médico-social

Muriel Jamot, FHF, adjointe en charge du médico-social

En préambule, Aline Mercier recadrerait les objectifs de l'évaluation : aider l'établissement à évoluer, par étapes et selon les axes d'amélioration identifiés. L'évaluation doit aussi permettre aux professionnels de terrain de « redonner du sens à leur engagement ». « C'est une démarche participative et collective, un moyen d'impliquer les familles et les résidents. »

Muriel Jamot : la dernière ligne droite

« N'attendez plus, l'échéance est proche » : le message de Muriel Jamot était clair et direct. La loi sur l'évaluation interne et externe des établissements médicosociaux datant de 2002, les retardataires ne pourront pas raisonnablement défendre une demande de délai supplémentaire. D'autant que l'affaire n'est pas insurmontable (8 à 9 mois suffisent) et que la démarche est « un levier très fort de management ». Elle se révèle en outre très utile dans une démarche qualité.

Muriel Jamot insistait aussi sur le soin à apporter dans le choix de l'organisme évaluateur : « l'habilitation (accordée à plus de 900 organismes !) n'est pas une garantie de qualité. Je vous invite à être vigilant et à ne pas attendre le dernier moment, quand les organismes compétents seront tous pris. »

Buis-les-Baronnies : une expérience motivante

L'EHPAD adossé à l'hôpital local de Buis-les-Baronnies (Drôme) a témoigné d'une expérience réellement encourageante : les évaluations interne et externe de l'EHPAD ont été lancées en janvier 2011, en veillant à l'articulation avec les autres démarches qualité et avec l'échéance de renouvellement de la convention tripartite. « Il n'est pas nécessaire d'être bon pour être prêt, prévenait la directrice Hélène Sicard. L'évaluation est un outil pour s'améliorer. »

Ses recommandations : commencer par communiquer largement pour faire émerger les personnes motivées pour s'engager dans la démarche ; fixer un calendrier complet de réunions pour le comité de pilotage, « ça motive pour tenir le rythme ».

Un « risque » de l'évaluation interne tient à la mise en lumière des décalages entre les comportements souhaités et réels : « les personnels voudraient tout corriger, très vite, au risque de se décourager ; il faut expliquer qu'on a 5 ans pour cela et qu'il faut avancer progressivement. »

Concernant l'évaluation externe, le critère principal de choix de l'organisme a été l'expérience des évaluateurs (le prix n'intervenant que pour 25%). A l'issue de leurs 3 jours de visite, ils ont restitué à chaud leurs impressions, d'abord auprès de l'équipe de direction puis de l'ensemble du personnel. « Nous avons pu faire des observations sur le pré-rapport, par exemple pour leur soumettre des documents réglementaires qu'ils n'avaient pas vus et considérés comme manquant. » Le rapport a été très satisfaisant pour l'établissement, « alors que notre liste de points à améliorer à l'issue de l'évaluation interne était longue comme un jour sans pain ! », soulignait H. Sicard.

En conclusion, les intervenants insistent sur l'importance de s'approprier le référentiel avant de démarrer l'évaluation (que va-t-on demander aux personnels de raconter sur leurs pratiques quotidiennes ?). Les questions doivent être simples, et les réponses n'ont pas besoin d'être formulées de façon « académique » pour être recevables et pertinentes ! « L'évaluation est sûrement une contrainte, concluait A. Mercier, mais elle doit surtout être prise comme une opportunité pour faire valoir le travail réalisé au quotidien dans nos établissements ».



Hélène Sicard, directrice
HL Buis-les-Baronnies

• **référentiels d'évaluation** : L'ANESM n'a pas validé de référentiel.

Pour l'évaluation externe, la FHF soutient le référentiel EVA.

Tout problème avec un organisme évaluateur doit être dénoncé à la FHF pour qu'elle puisse intervenir.

• **échéances** : pour les établissements et services autorisés avant le 3 janvier 2002, le renouvellement de l'autorisation intervenant en 2017, ils doivent procéder à une évaluation externe au plus tard le 3 janvier 2015, et au moins une évaluation interne au plus tard le 3 janvier 2014. (autres situations et dates : voir le document PowerPoint de Muriel Jamot sur le site de l'URHSE www.urhse.fr).