

Pr Pierre MARES (F)

29/08/2014

Quelles propositions pour un avenir de l'hôpital public en France ?

Aborder le problème du financement des structures hospitalières en France dans leur globalité est trop complexe et je ne suis pas en mesure de le traiter.

Je crois d'ailleurs davantage à la méthode qui consiste à poser une pierre après l'autre pour réaliser un édifice à la mesure de nos attentes... celui de distribuer des soins de qualité à l'ensemble d'une population sur un territoire.

J'ai donc essayé de répondre à la question qui m'avait été posée par Claude et Etienne ROBIN... Que peut-on faire et proposer pour un établissement public lorsque l'on a une fonction de responsable médical.

Si le contexte économique a bousculé de plein fouet le rêve du « la santé n'a pas de prix », doit-on se résigner ou... essayer de proposer des aménagements nouveaux ?

Je ne suis ni un économiste, ni un financier, ni un directeur d'hôpital, mais un médecin ayant eu des responsabilités en tant que chef de service, président de CME et secrétaire de la Conférence Nationale des CHU.

Au niveau de mon établissement, j'ai essayé de développer avec la Direction Générale, une stratégie de projets médicaux avec la recherche de la qualité médicale et de l'équilibre économique.

L'enjeu était vital pour le CHU de Nîmes, placé entre le CHU de Montpellier et le CHU de Marseille, dans un contexte national de réduction des coûts et du nombre d'établissements. Nous devons trouver des solutions spécifiques.

Notre projet s'est appuyé sur 4 axes :

- Le CHU de Nîmes a un rôle territorial plus large que sa zone administrative qui lui est affectée, avec une place spécifique dans le couloir rhodanien (jusqu'à Montélimar...).
- Le CHU de Nîmes ne peut exister seul. Par contre, il peut développer des offres de soins en collaboration avec le privé et les établissements publics. Il s'agit là d'un changement de paradigme essentiel puisque, il y a quelques années, les CHU avaient l'habitude de travailler ensemble, oubliant leur environnement médical, public et privé... !
- Le CHU de Nîmes devait trouver des solutions nouvelles au niveau médical et administratif.
- Le CHU de Nîmes doit mettre en place une démarche d'équipe ou de groupe pour donner envie à l'ensemble des acteurs médicaux et soignants d'améliorer l'efficacité de nos pratiques.

A – La stratégie

Si les consignes officielles (lettre des missions des directeurs généraux) étaient de réduire ou d'abandonner des activités, il apparaissait difficile, pour un président de CME (: Commission Médicale d'Etablissement), d'accepter ces propositions.

Le consensus fut rapidement réalisé autour de la mise en place de projets nouveaux avec le directeur général, sources d'accès des financements, constituant ainsi un challenge médical et organisationnel, mais seule solution capable de préparer une réserve financière pour l'avenir.

B – La démarche

Deux commissions médicales, aidées par les Directions, ont été proposées :

- L'une pour la mise en place des Pôles,
- L'autre pour la rédaction du projet médical.

Le président de la CME et le directeur général ne participaient à ces réunions qu'aux étapes de synthèse ou si un conflit survenait entre les interlocuteurs.

Les responsables de chaque commission avaient pour mission de rencontrer tous les chefs de service et leurs équipes pour leur faire part du projet et entendre leurs attentes avant de faire les propositions.

Ces informations étaient transmises à chaque CME (1x/mois environ) et à l'ensemble de l'établissement sous forme de 3 assemblées générales pendant l'année.

Pour le projet médical, la Direction Générale a accepté de fournir un financement spécifique pour un audit externe, facilitant le travail des médecins et des directeurs.

En conclusion :

- ***10 Pôles ont été mis en place sur des bases propres à l'établissement :***
 - * ***Cohérence médicale pour certains Pôles, tels que Chirurgie, Imagerie.***
 - * ***Cohérence fonctionnelle pour d'autres : Femme-Enfant...***
- ***Le projet « Hôpital hors les murs » fut écrit et validé par tous (médecins et soignants) et l'ensemble des instances de l'établissement.***

Cette étape fût particulièrement fédératrice pour l'ensemble des équipes, et valorisante pour les équipes soignantes et médicales.

C – Les résultats

I - Dans la gestion administrative

La T2A (paiement à l'activité) a été présentée comme une opportunité financière pour... soutenir les activités médicales. En effet, l'augmentation de l'activité permettait de se doter d'une capacité financière nécessaire pour se développer.

La Direction Générale mettait en place une gestion des finances et, surtout, une démarche pour découvrir des possibilités négligées par le passé ou non utilisées jusqu'à ce jour.

I - 1: Amélioration des finances venant du Ministère pour

- Les budgets Merri et Migac (financement donné par le Ministère pour la Recherche et l'Activité d'Intérêt Général)
- Les BHN (: Biologie Hors Nomenclature). Après un an de réunions régulières avec le Ministère, les médecins et les directeurs, le budget est passé de 40000 € à 1,5 million € de reversement.

I - 2: Développement de la Recherche clinique

La Direction Générale a aussi accepté de financer 2 « médical writers », 2 médecins méthodologiques, 15 TEC (: Technicien d'Etude Clinique) et 20 ARC (: Assistant de Recherche Clinique), en trouvant des aides du Ministère (CINGEPS), en recherchant les publications des médecins faites sans citer initialement le CHU de Nîmes... et en demandant aux équipes médicales de s'engager à publier davantage dans l'avenir.

I - 3: L'informatique

Il paraissait difficile de demander aux équipes médicales et soignantes d'augmenter l'activité médicale et, en même temps, de passer du temps pour gérer le dossier informatique qu'il fallait pourtant mettre en place...!

Les débats et les conflits furent nombreux...

La Direction a accepté de mettre à disposition un personnel spécifique pour aider à coder les dossiers après une première cotation réalisée par le médecin. Ainsi, 10 personnes, dont 5 par reclassement, ont été affectées à chaque Pôle. Ceci permettant une amélioration des cotations et donc une plus-value financière... nettement supérieure au coût du personnel. L'étape a donc été validée par la Direction Générale et la démarche encouragée.

I-3-a : Pour les cotations des dossiers, la même démarche a été mise en place avec des diététiciennes qui accompagnent les Pôles et les Services avec... le même résultat économique, tout en améliorant la qualité médicale des dossiers.

I-3-b : La mise en place du dossier informatique pharmaceutique a facilité cette démarche.

Ce dossier, connecté entre les Services et la Pharmacie Centrale, permet un contrôle des prescriptions pour choisir la meilleure prescription selon les bonnes pratiques, et éviter les interactions à risque et les prescriptions en excès. Ceci a conduit aussi à une meilleure sécurité des prescriptions et à des économies financières importantes.

Actuellement, la démarche est de mettre en place un pharmacien clinicien par Pôle pour pérenniser cette action. On soigne mieux et à moindre coût, et les médecins travaillent en collaboration avec les pharmaciens.

I - 4: Améliorer le partenariat avec les hôpitaux du territoire (Communauté Hospitalière de Territoire : CHT)

I-4-a : Les échanges restent difficiles et toujours marqués par la suspicion que le plus gros veut « absorber » le plus petit. Toutefois, une certaine confiance s'est établie au fil du temps et des résultats concrets ont pu être notés :

- Mise en place de directeurs partagés
- Consultations avancées de médecins du CHU et un échange avec accès au plateau technique du CHU pour les médecins (cardiologues) ou chirurgiens des autres hôpitaux.

Cette démarche a été très utile pour les hôpitaux de proximité, leur permettant de recruter des médecins qui ne seraient jamais venus sans ces ouvertures de plateau technique du CHU.

I-4-b : La télémédecine

Ce projet a débuté en 1994 en Gynécologie-Obstétrique, en collaboration avec l'Université de Paris VI.

L'idée du CHU était d'améliorer la gestion des urgences. J'avais demandé à une collègue parisienne de faire une enquête pour connaître l'attente de nos collègues. Pour eux, seuls les progrès en échographie pour le diagnostic prénatal les intéressaient.

Nous avons donc démarré cette démarche en réunissant des gynécologues et des échographistes, privé/public, pour définir les outils nécessaires et apprendre à travailler avec ce type de matériel échographique et télémédecine, sur la démarche souhaitée par nos collègues et non pas sur celle que nous avions proposée.

Un partenariat fut alors développé avec Sony et des laboratoires pharmaceutiques car la précédente Direction Générale était peu favorable à ce projet pour lequel on avait eu un budget d'aide du Ministère de l'Environnement français et de l'Aménagement du Territoire.

Le choix technique a été « médical », à savoir, éviter le système « maître/esclave », comme le proposait industriels et tutelles pour s'orienter vers un système type « internet ».

Le référent dans ce cadre n'était plus désigné par son grade ou sa situation géographique mais par sa compétence.

Ce système fonctionne toujours et a été ouvert à d'autres thèmes et à d'autres disciplines.

Au niveau du CHU, on dispose actuellement de 4 salles de visioconférence.

I - 5: Mettre en place un partenariat public - privé

Ceci ne s'est réalisé que sous la pression des tutelles, qui envisageaient de fermer certaines structures publiques et/ou privées en raison d'une activité insuffisante.

Après de multiples discussions... très difficiles, tous les acteurs ont accepté de travailler ensemble pour maintenir les activités médicales sur le territoire.

I-5-a : La cancérologie

On construit un bâtiment commun privé – public de 80000 m² où seront placés les 4 appareils de radiothérapie du département, 2 privés – 2 publics, une imagerie privée et publique, et l'ensemble des consultations privées et publiques spécialisées en oncologie, les consultations de proximité étant assurées par les structures locales.

I-5-b : La neurochirurgie

Elle était réalisée pour l'essentiel par le privé. Les seuils nécessaires conduisaient à la fermeture et au transfert sur Montpellier. Un bâtiment de Neurochirurgie public-privé va être construit sur le site hospitalier, avec 2 neurochirurgiens privés et 2 neurochirurgiens publics.

On envisage actuellement de faire la démarche pour la chirurgie cardiaque qui est développée essentiellement dans le privé.

I - 6: Mise en place d'une fondation pour recueillir des fonds de donateurs avec le recrutement d'une personne assurant une activité de « fund-raiser ». Ceci nous a permis de financer les salles de simulation pour l'enseignement (300000 €).

II - Le management transformé

La Direction Générale a compris la nécessité d'accompagner les médecins et les soignants dans cette formation.

1 - Pour permettre des décisions partagées entre les acteurs, une organisation, directeur et médecins représentants de la CME, a été mise en place :

- Pour le financement,
- Pour la recherche clinique,
- Pour la qualité,
- Pour le parcours patient.

2 – La Direction Générale a accepté de financer des consultants externes pour faciliter le travail des médecins.

3 – Une attention a été portée pour embaucher de jeunes médecins plein temps à un niveau correct, alors qu'avant, la première année de leur prise de fonctions, ils étaient moins bien payés que lorsqu'ils étaient chefs de clinique.

4 – Des schémas financiers nouveaux ont été proposés, tels que transformer en vacations des actes de médecins privés. Avant, si on n'avait pas de vacations données par la Direction Générale, on ne pouvait pas développer d'activités. Aujourd'hui, on a inversé le système et l'activité médicale génère un budget qui permet de donner une vacation, grâce aussi à l'aide juridique de la Direction, pour préparer ces dossiers.

5 - Des formations ont été proposées aux directeurs, chefs de Pôles et chefs de Services/Unités, pour apprendre à se positionner et à connaître de façon plus efficace le rôle de chacun. Simultanément, une attention particulière a été portée vis-à-vis des jeunes chefs de clinique pour leur proposer une carrière hospitalière... On essaie même si ce n'est pas parfait !

6 – Il a été décidé d'apporter un gain et un accompagnement à ceux qui s'investissaient dans le changement :

- Pour le dossier informatique : une cellule d'aide disponible avec un médecin et un informaticien, des petits déjeuners de « libre parole »...
- L'accès, pour ceux qui le souhaitaient, à la dictée vocale.

7 – Très rapidement, il a été envisagé de mettre en place un nouveau projet pour 2011-2016... afin de maintenir la dynamique et préparer les évolutions. Ce projet veut permettre de passer d'un « hôpital de séjour » à un « hôpital de parcours », en favorisant la coordination des soins. En effet, la non-coordination a un coût très élevé au niveau financier et humain, avec les problèmes de ré-hospitalisation, de retours aux urgences, voire de surmédicalisation.

En Conclusion

Que retenir... Des recettes...

J'ai évité de présenter le débat de l'avenir des hôpitaux à travers des éléments politiques, mais plutôt de vous décrire notre parcours.

Concrètement, comment faire pour répondre à l'objectif de santé publique qui nous est attribué, ou mieux, de fournisseur de soins comme diraient les anglo-saxons ?

Quels sont les éléments nécessaires ?

- La cohésion du corps médical et soignant et de la Direction autour d'un projet fédérateur,
- Un changement radical des mentalités du service public qui doit produire les finances dont il a besoin.
- La nécessité d'affirmer que certaines missions de l'hôpital ne peuvent être financées par un paiement à l'acte mais par une dotation des tutelles pour des actions particulières : les médicaments innovants, l'accueil des personnes avec des problèmes médico-sociaux...
- La prise en charge par les acteurs du terrain de leur rôle à défendre, à faire connaître et à justifier. On ne peut plus penser que le rôle de l'hôpital est acquis par essence... parce qu'on est service public, par exemple.

Des recettes utiles, mais... pas pour longtemps... Rien n'est définitivement acquis !

En effet :

- le Ministère bloquant les croissances des budgets santé et diminuant chaque année le coût des actes les plus utilisés... les adaptations ont une limite rapide et la capacité d'augmenter l'activité par les équipes également.
- Il faut en permanence s'adapter, innover, motiver, et surtout garder une réflexion permanente sur le sens des métiers autour de la santé. Ceci place alors la médecine dans un nouvel espace sociétal :
 - Les coûts de la santé sont décuplés par la non-coordination des soins, mais aussi par l'absence de politique de prévention sans parler de l'allongement de la durée de vie. A ceci s'ajoute le mésusage des médicaments (mauvais usage des médicaments), source d'inefficacité et de iatrogénie, et donc de gaspillage de l'argent public.
 - La réflexion sur les problèmes de santé doit être envisagée au niveau d'un territoire et pas seulement autour du concept privé-public,
 - mais aussi en intégrant les nouveaux outils de l'informatique (télémédecine/domotique...), permettant de modifier la surveillance médicale. A ce niveau, les médecins doivent réfléchir à de nouvelles procédures et ne pas attendre que ce soient les industriels seuls qui les organisent.
 - La reconnaissance du rôle d'acteur au patient dans sa prise en charge peut être un des vecteurs essentiels d'une saine évolution des systèmes de soins et de santé.

N'est-ce pas l'occasion de passer d'une médecine qui soigne des maladies à une médecine de la personne ?