

Synthèse des propositions du rapport Larcher sur les missions de l'hôpital public¹

Le 10 avril 2008, le sénateur et ancien ministre Gérard Larcher a remis au président de la République le rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital, qu'il a présidé. Un projet de loi sur l'organisation des soins, qui comportera un volet sur la réforme de l'hôpital reprenant les propositions du rapport Larcher, devrait être présenté en octobre 2008 devant le Parlement.

Les réformes envisagées dans ce rapport s'organisent autour de **quatre axes** : la réforme des urgences et de la permanence des soins, la recomposition de l'offre des soins, l'amélioration de la performance de l'hôpital public et enfin le développement de l'enseignement et de la recherche.

Ces quatre axes doivent répondre à **quatre objectifs** prioritaires : assurer une **permanence des soins plus efficace** ; assurer un **égal accès au système de soins** à tous et en tout point du territoire ; développer la **performance des hôpitaux publics** ; rendre **l'enseignement et la recherche plus dynamiques**.

Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge.

L'importance des besoins sociaux notamment en termes de gériatrie et de handicap impose de revoir **l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade**. La mission de l'hôpital en termes de coordination des soins doit être réaffirmée.

1. Favoriser **l'adéquation des prises en charge** en développant une offre d'aval adaptée : **redéploiement** de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social.

2. Assurer la **continuité du parcours de soins** entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales : affirmer cette mission de l'hôpital dans les référentiels (certification, Evaluation des Pratiques Professionnelles) et faciliter la communication entre acteurs (messageries, secrétariat...) ; mieux intégrer la **dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation** (aménagement du retour au domicile, organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles).

3. Développer les formes **d'exercice pluridisciplinaire** en ville : en fonction des réalités locales, permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes.

4. Améliorer **l'organisation des soins non programmés** : confier à la future Agence Régionale de Santé (ARS) une mission d'organisation globale (régulation, transport, Permanence des soins (PDS), urgences) ; améliorer la régulation ; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé ; organiser les consultations non programmées à l'hôpital ; veiller à l'égalité des chances dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir qualité de service au meilleur coût.

¹ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/084000209/index.shtml>

L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée.

5. Favoriser le développement de **complémentarités entre hôpitaux publics** sous la forme de **communautés hospitalières de territoire** : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires.

6. Aménager les **conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées** : développer de nouvelles **formes contractuelles** pour la participation aux missions de **service public**, garanties par un cadre ferme et intégrant l'accessibilité financière, préciser les conditions d'adhésion des médecins à ces missions (convention tripartite ; nouvelle compétence pour la Commission Médicale d'Etablissement (CME)) et mieux objectiver les coûts de ces missions ; veiller au respect du **droit de la concurrence** lors des opérations de concentration par une meilleure définition des segments de marché.

Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme

L'hôpital public a besoin de plus de souplesse et de responsabilité pour lui permettre d'améliorer significativement sa performance.

7. Faire évoluer les **règles de gouvernance interne** de l'hôpital public pour améliorer son pilotage : transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance ; dans le cadre d'ARS compétentes sur la globalité de la gestion du risque, diversifier sa composition en intégrant notamment un directeur de caisse d'assurance maladie ; resserrer le conseil exécutif et le transformer en directoire dont le président serait le directeur et le président de la CME le vice-président.

8. Dynamiser la **gestion des directeurs d'hôpitaux** : diversification des viviers de recrutement, accompagnement des carrières, nomination par le directeur d'ARS (sauf pour les DG de CHU) après sélection par le Centre National de Gestion (organisme qui gère notamment la carrière des directeurs d'hôpitaux) sur des critères managériaux.

9. **Moderniser le statut de l'hôpital public** : liberté d'organisation, assouplissement des procédures (en matières de marchés publics, application du régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable).

10. Développer **l'efficacité** : centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficacité et la qualité en valorisant les outils de la performance, certifier les comptes.

11. Offrir aux **médecins des cadres d'exercice souples et valorisants** : outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et de valences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes.

12. Développer les **perspectives des professionnels non médicaux** : dans le cadre du statut, mise en place du LMD (Licence, Master, Doctorat), développement de nouveaux métiers (coordination), délégation d'actes. Développer l'intéressement.

Développer l'enseignement et la recherche

L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de demain. Ils sont également un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés.

13. Renforcer le **pilotage de l'enseignement et de la recherche** : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (AERES) ; pilotage interrégional en lien avec les ARS ; articulation entre les conventions hospitalo-universitaires et les conventions quadriennales des universités et directeur scientifique au niveau local.

14. **Labelliser les équipes** d'enseignement et de recherche, y compris des équipes exerçant hors des CHU.

15. **Adapter la formation médicale et paramédicale** : passerelles entre filières par le biais du LMD ; adaptation des flux aux besoins régionaux ; enrichissement des contenus et diversification des profils des étudiants ; renforcer la formation médicale continue hospitalière.

16. **Conforter le dynamisme de la recherche** : développer l'appui à la recherche ; simplifier son cadre juridique ; développer les collaborations avec l'industrie ; élargir les champs de la recherche.