



STRATÉGIE DE TRANSFORMATION
DU SYSTÈME DE SANTÉ

Rapport final

Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière

Aurélien ROUSSEAU– Président-directeur général de la Monnaie de Paris

Appui de Christine D'AUTUME– Inspectrice générale des affaires sociales

SOMMAIRE

Contexte et enjeux : le temps des preuves	2
Les leviers de la transformation	5
1. Autonomie / Equipe / Charge de travail.....	5
2. Reconnaissance / Equité	9
3. Management : culture et légitimité	12
4. Evolution et parcours professionnels.....	15
5. Dedans-dehors	18
6. Conditions transversales	22
Conclusion	25

Contexte et enjeux : le temps des preuves

Le rapport à l'univers hospitalier ne peut pas être froid, administratif ou seulement technocratique. Chacun a en tête des souvenirs hospitaliers, les siens, ceux d'un proche, graves ou plus anodins, rares ou fréquents. L'hôpital c'est l'expérience de la souffrance et de la guérison. C'est parfois aussi celle de la mort. C'est un univers de la limite, de la confrontation à soi, à sa condition humaine, à sa propre fragilité.

L'hôpital, c'est un lieu qui ne s'arrête jamais de fonctionner. C'est un lieu en mouvement permanent. Mais ce mouvement permanent, cette réalité si prégnante du « H 24 » masque sans doute des mouvements encore plus profonds. Car l'hôpital, connaît une très profonde transformation. Sans doute la plus profonde de la sphère publique, sans que l'on ait pris le temps de l'analyser ou de mettre des mots dessus. Et bien que chacun se demande si cela va pouvoir tenir encore longtemps.

Si la rupture ne s'est pas encore produite à grande échelle, au-delà donc de situations locales qui pourtant sont souvent présentées comme des concentrés des sujets nationaux, c'est d'abord et avant tout le résultat de l'engagement de la communauté hospitalière, des professionnels de santé, leur sens du service public, leur éthique de soignants.

Face aux qualificatifs qui reviennent le plus souvent, de « gâchis », de « désordre », de « lourdeur », de « souffrance », voire parfois de « désespoir », personne ne dispose d'une solution miracle. Les acteurs du système de santé eux-mêmes savent que la réponse à la situation de l'hôpital ne viendra pas uniquement d'un nouvel effort budgétaire ou même d'une réforme organisationnelle, qui succéderait à celles mises en œuvre depuis 20 ans.

Même si la satisfaction de soigner et de sauver est toujours présente au quotidien chez les soignants, un mal-être s'est désormais installé profondément. Ce malaise provient largement d'une évolution des conditions d'exercice des métiers au quotidien, de la relation au malade souvent présentée comme « empêchée », d'un recul du travail en équipe, du sentiment de n'avoir pas le temps de faire l'essentiel, ou dans un autre registre, du manque de perspectives d'évolution lorsque l'on est soignant à l'hôpital public. L'exercice professionnel à l'hôpital a perdu de son sens.

Autour de cette perte de sens, s'observent toutes les positions qui vont, pour certains, de la colère, de la souffrance, de la désespérance même, à la satisfaction assumée, pour d'autres, d'être dans un moment de transition, plein d'opportunités. Mais il faut le dire avec force, ce constat n'est pas le terreau d'un « désir du privé ». Contrairement à ce que certains peuvent avoir comme représentation, l'exercice en clinique privée n'est pas perçu comme permettant de faire face aux difficultés dans le public. Travailler à l'hôpital public a un sens fort, c'est un engagement porteur de valeurs, c'est le lieu de la diversité des missions, de la recherche, de l'enseignement, pour certains, de la diversité des malades, du service à tous les publics, du respect de valeurs constitutives de notre lien social : la non-discrimination, la solidarité envers ceux qui sont en situation de faiblesse et la continuité du service. En un mot, l'engagement au service de l'hôpital public, est encore aujourd'hui porteur de satisfaction et de fierté pour les soignants, sans que cette fierté ne puisse cependant compenser certaines difficultés dans l'exercice quotidien de son métier.

Il est donc indispensable de répondre, ou à tout le moins de donner des signes, à ce malaise, sans considérer que la souffrance et la désespérance sont devenues le centre de gravité de l'hôpital. Une partie de la communauté hospitalière ne le comprendrait pas, notamment les « jeunes », jeunes médecins, étudiants infirmiers... qui n'ont pas le sentiment ou ne veulent pas qu'on donne l'impression qu'ils s'engagent dans une aventure professionnelle sacrificielle.

Si l'on devait s'essayer à une approche synthétique, on pourrait dire que le champ des ressources humaines à l'hôpital donne à voir :

- Un système fragmenté
 - Au sein des établissements entre les personnels médicaux, les soignants et « l'administration », avec des clivages au sein même de ces catégories ;
 - Entre l'établissement et son environnement (entre l'hôpital et la Ville) ;
 - Dans sa représentation (multiplication d'associations, de conférences, de syndicats, de collectifs...) qui, de fait, témoigne de l'incapacité à penser « en commun ».
- Et au final un système bloqué,
 - Bloqué car sa fragmentation n'est pas compensée par l'affirmation d'un sens général ;
 - Bloqué car toute évolution est aujourd'hui soit perçue comme cautère sur une jambe de bois, soit comme un pas supplémentaire vers la réduction de l'hôpital à une entreprise.

Ce double constat n'est pas qu'un sujet interne. Il a des effets directs sur la prise en charge quotidienne des patients. À la fragmentation du système pour les professionnels répond nécessairement une fragmentation de la prise en charge des patients. Entre l'hôpital et la ville mais aussi au sein même de l'hôpital. On ne peut pas offrir de parcours aux patients quand on est déjà incapables de penser le « soigner ensemble » et d'offrir des parcours aux soignants.

Cette mission, en quelques semaines, ne pouvait pas, n'avait même pas l'ambition de repenser le modèle des ressources humaines à l'hôpital. Elle posera donc des principes, préconisera certaines mesures, une part de celles-ci est posée avec précision, pour d'autres un chemin est dessiné (voir partie suivante sur les leviers de la transformation).

Notre conviction, c'est que ce regard nouveau, on ne peut pas demander à la communauté hospitalière de l'inventer seule. C'est à la puissance publique de le faire. Résolument. Modestement mais résolument.

Notre conviction, c'est que s'ouvre désormais le temps des preuves.

Quatre mouvements doivent être engagés simultanément :

- Le pari de la souplesse et de la confiance qui passe moins par des solutions réglementaires que par des marges de manœuvre mobilisables, à titre expérimental dans un premier temps, de façon pérenne dans un second.
- Des mesures pour favoriser la fluidité, la perméabilité et donc la coopération entre les catégories de professionnels de santé, leur permettant d'identifier des potentialités d'évolutions et de se projeter dans un avenir professionnel positif.
- Une reconnaissance, et donc des moyens financiers supplémentaires, sous la réserve qu'ils servent l'évolution attendue (décloisonnement, intérêt du patient, outils SI pour alléger la charge de travail, reconnaissance différenciée de l'engagement).
- Une légitimation par la compétence de la fonction managériale des personnels médicaux et non médicaux, pour sortir définitivement d'une culture de commandement descendante et favoriser l'accompagnement de la transformation du système.

Les leviers de la transformation

Les propositions sont organisées en fonction des cinq thématiques identifiées au stade de la note de cadrage (qu'on les appelle « nœuds », « points de butée », « blocs de conduction ») et que les échanges avec les acteurs et les professionnels de santé ont largement validées. S'y ajoutent des propositions relatives aux conditions transversales à réunir.

1. Autonomie / Équipe / Charge de travail

Les soignants évoquent régulièrement une standardisation croissante de leur exercice professionnel. Les causes en sont multiples : la tarification à l'activité et le suivi des actes qui est son corollaire, la protocolisation des pratiques au bénéfice de la sécurité du patient et de la qualité de sa prise en charge, la traçabilité des actes qui a constitué un progrès, et bien sûr la pression plus forte en termes de temps.

Chacun mesure que les motifs qui ont conduit à cette progression de l'encadrement procédural des pratiques sont pour la plupart légitimes : exigences de sécurité sanitaire et de qualité des soins, traçabilité des traitements, lutte contre les infections nosocomiales, diffusion des bonnes pratiques... Pourtant au quotidien, le sentiment que l'on doit en permanence rendre des comptes et transcrire tout ce que l'on fait est pesant. Il l'est d'autant plus que les charges en soins des patients peuvent augmenter dans le même temps, en nombre et/ou en intensité, en particulier dans les services d'hospitalisation qui accueillent des patients plus « lourds » quand la prise en charge des patients plus « légers » est de plus en plus assurée en ambulatoire à l'hôpital et en ville.

Les soignants pourraient aspirer à desserrer ces contraintes et à retrouver une forme d'autonomie. Sur le terrain cette aspiration est contrebalancée par la perception que l'autonomie, dont ils disposent aujourd'hui, reflète moins une confiance accordée qu'un manque de moyens qui peut les conduire à assumer des responsabilités dépassant leur périmètre de compétences réglementaire. L'autonomie suppose aussi de la sécurité dans l'exercice professionnel.

Pour autant, les soignants veulent pouvoir agir et adapter leur pratique, avec un terrain de jeu plus large que celui que l'ensemble des protocoles actuels ne dessine. Ils veulent que la confiance, qui est aujourd'hui le cœur du travail en équipe, qui est le cœur de la relation avec le patient, se transcrive aussi dans la possibilité qui doit leur être donnée d'utiliser toutes leurs compétences et leurs capacités, sans basculer dans des dispositifs d'une lourdeur, pour beaucoup inadaptée.

D'une certaine façon, le sentiment s'installe d'un exercice professionnel plus solitaire, plus contraint, sans espace pour l'autonomie, dans un contexte où les temps de partage, de confrontation des interrogations, des doutes ou de la charge psychologique, se réduisent ou s'éloignent.

Tandis que l'aspiration à retrouver l'équipe est extrêmement présente, le poids des procédures verticales, qui se conjugue avec des charges de soins souvent plus lourdes dans un contexte où les temps de partage collectifs diminuent, nourrit ainsi la dilution du sentiment d'équipe et celle du service comme structure capable d'assurer ses missions, de fédérer et de porter des projets.

En instituant l'échelon du pôle, la loi HPST a introduit un outil utile de rationalisation des choix médico-économiques, d'allocation plus optimale des moyens et de mutualisation. Dans le même temps, et sans que cela soit une règle générale, la constitution des pôles a aussi déstabilisé la structuration autour du service ; non le service en tant qu'échelon d'organisation administrative, mais le service en tant qu'il est le lieu où l'on travaille ensemble, où l'on partage le même langage et la même culture. Les pôles ont parfois négligé leur dimension d'appui aux services en se polarisant sur des logiques de mutualisation et de rationalisation des moyens.

L'équipe, c'est en effet souvent le service, c'est un espace de relations fonctionnelles fortes, même si des lignes hiérarchiques ne s'y résument pas. C'est le lieu où les exigences de reporting et de traçabilité doivent être mises en perspective avec le projet médical de l'établissement et les objectifs spécifiques du service. C'est aussi le lieu où leurs modalités de mise en œuvre doivent être discutées, organisées, et si nécessaire adaptées. C'est enfin le lieu où doit être assuré un retour sur les indicateurs et les résultats obtenus. Au-delà, c'est à ce niveau qu'il faut se donner des objectifs d'amélioration des prises en charge des patients et de la qualité de service, en s'appuyant sur les contributions de chacun.

Il est indispensable dès lors de redonner toute sa place au service car c'est l'espace de référence des soignants et le lieu de la prise en charge des patients. Il ne s'agit pas d'enlever des compétences au pôle mais bien de relégitimer l'échelle du service avec des mesures indiquées plus loin (prime à l'échelle du service, reconnaissance financière de la fonction managériale de chef de service...). Réaffirmer la vocation et la légitimité de chacun de ces niveaux est indispensable.

Loin de restaurer des bastions cloisonnés, incapables de participer à une stratégie médicale commune, il s'agit de promouvoir un cadre favorisant le sentiment d'appartenance à un collectif organisé, dont les missions, les objectifs et les procédures sont connus et partagés, où chacun sait quelles sont ses tâches et celles des autres membres de l'équipe, à qui il peut s'adresser en cas de difficulté pour les accomplir, où des temps collectifs permettent régulièrement de partager sur les difficultés rencontrées mais aussi sur les gains d'efficacité, de qualité des prises en charge et de qualité de service obtenus.

Alléger les charges administratives des médecins et des soignants

- 1.1. Faire le bilan du dispositif de certification, non pour remettre en cause son principe et ses finalités, mais pour renforcer en pratique son utilité et alléger la charge de travail qu'il implique pour les professionnels, grâce à des processus et des modes opératoires plus performants.

- 1.2. Plus généralement, déployer des moyens et des solutions informatiques effectivement à même d'alléger la charge de travail notamment en termes de saisie et de circulation de l'informationⁱ ;
- 1.3. Expérimenter la mise en place de nouveaux métiers (assistants médicaux ; ingénieurs en organisation et gestion de flux)ⁱⁱ .
- 1.4. Veiller à la pertinence administrative des tâches et des process : allègement des tâches de reporting et suppression de celles sans valeur ajoutée effective :
 - Lancer un appel à projet national pour expérimenter dans un CHU et un CH une baisse de 20% des données de reporting que les soignants doivent colliger, en procédant en tant que de besoin aux adaptations réglementaires nécessaires ;
 - Examiner les conditions de l'extension de ce dispositif à l'échelle nationale.

Démultiplier des dispositifs gradués de coopérations interprofessionnelles pour renforcer les compétences et l'autonomie des soignants

De 2010 à 2016, 35 protocoles de coopération interprofessionnelle ont été déployés dans les hôpitaux pour renforcer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients. Une partie des infirmières va pouvoir par ailleurs exercer en pratique avancée, dans certains domaines, à horizon 2019. Si ces évolutions sont positives, l'essor des coopérations interprofessionnelles bute néanmoins sur une réglementation historique lourde, en décalage avec l'élévation des niveaux de formation des professionnels, les progrès des techniques, les attentes des patients.

- 1.5. Renforcer les prérogatives et la responsabilité de l'établissement dans la mise en place des protocoles interprofessionnels de coopération en substituant au dispositif actuel d'autorisation préalable, dit de l'article 51, un simple dispositif d'information de la HAS et de l'ARS pour les protocoles déjà autorisés dans un autre établissement (la HAS conservant ses prérogatives de suspension).
- 1.6. Structurer des dispositifs de formation souples et gradués, allant de l'acquisition de compétences ponctuelles à la pratique avancée, pour répondre à l'ensemble des besoins de coopération identifiés sur le terrain et faciliter les parcours des professionnels.
- 1.7. Faire au plus tard dans 3 ans le bilan du dispositif réglementant les pratiques avancées et apprécier sur cette base l'opportunité de faciliter le déploiement de nouvelles compétences par les professionnels non médicaux.

Conforter le service comme le lieu d'ancrage et d'implication collective des équipes au service des patients

- 1.8. Valoriser la maille du service, espace le plus propice à renforcer le sens du travail :
 - Avec d'une part le portage ou la participation à des projets d'amélioration de la qualité de service et d'ouverture sur la ville et le médico-social ;
 - D'autre part la faculté de traduire les résultats obtenus dans une prime collective.
- 1.9. Sanctuariser des temps de partage collectif dans les services et dans les pôles ; le cas échéant, reconSIDérer les équilibres temps de soins/charges de soins pour garantir l'effectivité des temps d'échange dans certains servicesⁱⁱⁱ.
- 1.10. Reconnaître, notamment sur le plan financier, les fonctions exercées pour manager le service.

2. Reconnaissance / Equité

Les échanges avec les professionnels de santé en exercice, sur le terrain, l'ont montré : le sentiment est répandu d'une faible, voire d'une absence de culture d'attention et de soutien aux professionnels qui s'impliquent au quotidien et prennent des initiatives. Les professionnels expriment une attente de reconnaissance qui soit à la fois collective (et se matérialise en particulier par des conditions de travail améliorées) mais aussi individuelle, notamment chez les personnels paramédicaux. Il faut être attentif, par ailleurs, aux critiques qui s'expriment sur l'absence de différenciation entre les professionnels, quelles que soient leurs différences d'engagement professionnel, qui est vécue comme inéquitable. Est dénoncé à cet égard comme une véritable anomalie le fait que des agents puissent ne pas s'impliquer ni se sentir tenus par une solidarité d'équipe minimale, sans en subir de réelle conséquence.

L'équité, c'est d'abord assurer un processus de décision qui soit clair, qui protège de l'arbitraire et qui s'attache à une juste répartition des sujétions. Dans un secteur d'activité où on sent profondément ancrée la volonté de servir, y compris à consentir des efforts exceptionnels, il est essentiel que chacun en prenne sa part.

Dans le même temps, la volonté qu'il n'y ait pas de discrimination ou de place pour les faveurs, se double d'une exigence : que ceux qui s'investissent le plus, qui consentent le plus d'efforts, puissent bénéficier de gratifications (pas uniquement symboliques).

Assurer une ou des formes de différenciation est ainsi un corollaire de l'équité. Il s'agit d'abord de reconnaître les contraintes et les responsabilités spécifiques des emplois, au-delà d'intitulés identiques. Il s'agit aussi de reconnaître qu'il existe des écarts parfois importants d'implication individuelle dans le travail.

Il faut aujourd'hui se saisir de cette réalité. Refuser d'ouvrir ce chantier au nom d'un refus de principe d'une rémunération « au mérite », c'est au fond, accepter que des modes de différenciation « gris », aux marges de la réglementation, « sous les radars », perdurent dans la plus totale opacité. Il ne s'agit pas de basculer dans un système de différenciation, mais dans un système de reconnaissance, certes à la marge en termes financiers mais marquant cependant la reconnaissance d'un engagement individuel ou collectif. On le sait, réussir cela requiert des préalables et des prérequis, d'abord l'affirmation d'une véritable culture de l'évaluation et du management, ensuite - et surtout - des marges de manœuvre financières car il ne peut s'agir de répartir différemment les ressources existantes.

Mettre en place des dispositifs équitables de répartition des charges entre les professionnels

- 2.1. Généraliser les dispositifs de répartition équitable des heures supplémentaires et des gardes. Plusieurs hôpitaux ont introduit des dispositifs innovants qui assurent une répartition des charges du service plus transparente et équitable et qui sont perçus très positivement (sans pour autant se substituer complètement à la gestion manuelle des plannings).

Mieux reconnaître l'implication professionnelle individuelle et collective

- 2.2. Suppression de la notation et généralisation d'entretiens annuels d'appréciation dans un format et avec des objectifs renouvelés.
- 2.3. Expérimenter le RIFSEEP^{iv} en 2019 pour les personnels non médicaux dans le cadre d'un appel à projets en mobilisant une enveloppe dédiée ; étendre aux praticiens la reconnaissance financière de l'implication individuelle d'ici 3 ans.
- 2.4. Faire évoluer à moyen terme le modèle de rémunération des personnels non médicaux pour l'asseoir sur un triptyque :
 - Une part « socle » liée à la qualification (grade – échelon) qui est évidemment la plus importante ;
 - Une part « poste » pour prendre en compte les contraintes ou les responsabilités spécifiques liées au poste^v ;
 - Une part liée à la manière de servir : c'est, de très loin, le moins important des 3 éléments constituant la rémunération.
- 2.5. Valoriser financièrement l'implication collective : mise en place de dispositifs d'intéressement à la qualité de service donnant lieu à versement d'une prime collective en cas d'atteinte des résultats (cf. mesure 1.8 supra sur la valorisation de la maille du service).
- 2.6. Reconnaître beaucoup plus significativement l'exercice de responsabilités managériales :
 - En rénovant les grilles des cadres de santé sous condition d'un renforcement de leurs compétences managériales (voir partie 3 mesures 3.8 et 3.9) ;
 - En revalorisant les indemnités des chefs de pôle et en indemnisant les chefs de service, sous les mêmes conditions de renforcement de leurs compétences managériales ;
 - En garantissant, a minima, la rémunération globale des professionnels lorsqu'ils sont promus à des postes à responsabilité managériale (il peut arriver en effet aujourd'hui qu'un soignant promu cadre voie sa rémunération globale diminuer s'il percevait d'importants compléments de rémunération au titre des heures supplémentaires, dont il perd le bénéfice.)
 - Accompagner financièrement, au-delà des pratiques avancées, la prise de responsabilité des professionnels qui s'engagent dans des coopérations interprofessionnelles et des dispositifs innovants de prise en charge (coopérations article 51, projets de type prévention / éducation thérapeutique / santé publique).

Le parti pris de ces propositions a été de se tenir le plus possible à distance des sujets statutaires. Ceux-ci sont légitimes et ont souvent fait l'objet de nombreuses discussions entre les organisations syndicales et le Gouvernement. La mission a cependant souhaité se concentrer sur des mesures concrètes, ayant des impacts limités sur les autres fonctions publiques. Il n'en reste pas moins que la mission est convaincue qu'il faut aujourd'hui, pour assurer la mise en œuvre des propositions évoquées plus haut, des moyens.

Considérer que l'on pourrait mettre en place une reconnaissance indemnitaire sans moyens supplémentaires serait erroné. Il faudra dégager des moyens pour assurer la juste valorisation des professionnels qui s'engagent notamment dans des protocoles de coopération. C'est une exigence pour reconnaître leur investissement et assurer la motivation à s'engager dans ces dispositifs. C'est également nécessaire pour reconnaître les exigences différenciées d'un poste à l'autre. C'est de même indispensable pour mieux reconnaître les responsabilités managériales. C'est aussi très clairement le seul moyen d'échapper à certaines mesures transversales qui seront à terme beaucoup plus coûteuses.

3. Management : culture et légitimité

A l'hôpital, le patron, le professeur, le médecin, disposent d'une légitimité professionnelle traditionnellement si forte que le mode d'exercice de l'autorité est à bien des égards un des plus traditionnels de la fonction publique et du monde du travail en général.

Leur légitimité, qui fonde l'autorité, est évidemment liée au fait que les médecins - comme les directeurs pour ce qui concerne la gestion - disposent de compétences très développées qui ont été sanctionnées par des études et un processus de sélection redoutables. Conséquence, peu d'univers professionnels aujourd'hui accordent une telle importance aux connaissances pour justifier l'exercice de la responsabilité.

A contrario, dans ce même univers, la notion de management paraît peu valorisée ou à tout le moins mal identifiée en tant que telle, comme si la capacité managériale était un accessoire de la compétence technique et scientifique.

Tout montre cependant qu'il est impératif de développer la compétence managériale à l'hôpital. Les différentes étapes de cette consultation ont mis en évidence la perception d'un management uniquement orienté « top down », la perception de décisions prises mais pas expliquées et donc pas comprises, la perception que l'avis des professionnels de terrain n'est pas entendu.

Les rapports du médiateur national soulignent, par ailleurs, à quel point un management plus actif pourrait permettre d'éviter certains conflits, qui ensuite s'enlisent.

On mesure que la réalité du management à l'hôpital est plus contrastée. Le changement en la matière est désormais urgent.

Il s'agit d'abord de donner aux différents responsables médicaux et non médicaux les outils et la culture du management. Cela nécessite du travail, du temps une évolution culturelle et des moyens. Au-delà, il faut aussi investir massivement sur l'encadrement intermédiaire car dans les structures en transformation, c'est lui qui constitue le pivot de l'accompagnement, lui qui peut mener, au lieu d'une transformation subie, une transformation accompagnée. Or, force est de constater que cet échelon reste à renforcer à l'hôpital car il n'est pas mis en situation de jouer son rôle de remontée des propositions et d'explications des mesures prises par la hiérarchie, pas plus qu'il ne dispose de marges de manœuvre sans lesquelles le management est une coquille vide. Une première urgence est de donner aux cadres de santé les moyens de s'emparer effectivement de cette fonction, essentielle, de manager de proximité. La plupart des cadres sont aujourd'hui beaucoup trop focalisés sur la tenue et l'élaboration des tableaux de service. La mission considère que la décharge de ces fonctions vers des personnels administratifs formés pour être en appui des cadres serait un pas important.

Plus généralement, il semble impératif de légitimer à l'hôpital l'exercice managérial et de reconnaître la nécessité d'acquérir des compétences nécessaires pour bien l'exercer. Ce constat vaut pour tous les professionnels encadrants, qu'ils soient soignants, médicaux, techniques ou administratifs.

Ainsi, régler les conflits à l'échelle de l'unité de soin et du service nécessite certes d'abord du bon sens mais aussi une technique pour communiquer et faire partager la solution. Il appelle une autre forme de leadership que la seule autorité médicale, soignante ou technique. On est là au cœur du management qui s'assure de la qualité du processus de décision, processus qui concerne tout type de décision depuis la plus importante jusqu'à la plus quotidienne. La qualité de ce processus repose sur la méthode retenue qui associe le temps de la réflexion, de l'échange, de l'écoute, le temps de la décision avec sa motivation explicite, le temps de l'évaluation du résultat et la transparence de l'ensemble. L'objectif est de parvenir à prendre une décision dans un délai normal et de réunir le maximum de chance qu'elle soit mise en œuvre. L'objectif est aussi par la méthode retenue de créer un esprit collectif, solidaire entre les acteurs de l'institution concernée.

La capacité des différents responsables à chaque niveau, direction, pôle, service, à susciter une vision partagée, à fédérer les équipes autour d'objectifs communs, à organiser au quotidien leurs activités au travers de processus clairs et fluides, à encourager les initiatives et à valoriser les résultats est primordiale. Elle a pour préalable l'affirmation d'un cadre de gouvernance clair et responsabilisant. Elle met en jeu des compétences managériales dont la prise en compte est indispensable pour l'accès à toute fonction d'encadrement, y compris médicale. Ces compétences doivent s'acquérir dans le cadre de formations et d'apprentissages spécifiques car elles ne sont pas innées.

Or aujourd'hui, on recense un ensemble de difficultés qui s'oppose à la diffusion et la valorisation au sein des établissements d'une culture managériale partagée.

Les dispositifs de formation prennent en compte de manière très inégale ce besoin de culture managériale. La formation des directeurs en fait dorénavant une composante essentielle mais a mis longtemps l'accent sur une formation plus gestionnaire que managériale. Elle n'est pas au cœur de la formation des cadres de santé et n'est pas enseignée au cours des études médicales. Des dispositifs de formation au management ont été déployés par l'EHESP ou par certains établissements en faveur des présidents de CME, des chefs de pôle et chefs de service, mais leur financement est à la charge des établissements et ces formations sont facultatives. Ainsi, il est d'ailleurs impossible de disposer d'un chiffre agrégé du nombre de chefs de service, chefs de pôle et présidents de CME qui ont pu en bénéficier. Enfin, pour les médecins qui aspirent à développer des compétences managériales, les formations ne sont pas éligibles au développement professionnel continu (DPC).

En conclusion, le management, et pour les postes à plus haute responsabilité le leadership, sont des compétences à fortement renforcer. Les professionnels de santé sur le terrain le disent et attendent des pratiques managériales moins dans la verticalité que dans l'accompagnement, le soutien et la transparence des processus de décision. On peut former des bons médecins, des bons gestionnaires, on peut aussi former les managers.

Mettre la compétence managériale au cœur des fonctions d'encadrement

- 3.1. Généraliser dans tous les établissements des formations managériales en commun des différents responsables administratifs, médicaux et soignants des directions, pôles et services.
- 3.2. Faire de la capacité managériale le critère majeur du choix des responsables, y compris des chefs de service et chefs de pôles; l'évaluation de la capacité managériale précède aussi bien la nomination initiale dans une fonction managériale que son renouvellement.
- 3.3. L'évaluation des compétences managériales qui précède les nominations débouche sur un cursus de formation ou de mise à niveau adapté et cela quelle que soit la catégorie de personnel médical et non médical.

Garantir la prise en compte de l'exigence managériale dans l'accès aux postes d'encadrement

- 3.4. Définir le socle des compétences managériales par grande fonction au niveau national ; en revanche, laisser « à la main » des établissements le format des formations ou des accompagnements (tutorat, coaching...), de telle manière qu'elles soient adaptées aux exigences de l'institution et aux besoins individuels des bénéficiaires.
- 3.5. Maintenir et développer les compétences managériales pendant tout l'exercice de la fonction par un dispositif continu de formation (par exemple ateliers thématiques de management, ateliers de co-développement ou plus largement de partage d'expérience, coaching in situ, MOOC...).
- 3.6. En lien avec la suppression de la notation, former spécifiquement à l'entretien d'évaluation.
- 3.7. Ouvrir le développement professionnel continu (DPC) aux pratiques managériales.

Renforcer l'encadrement intermédiaire pour réussir la mutation de l'hôpital

Faire de la compétence managériale le socle de la fonction de cadre de santé pour qu'il puisse fédérer son équipe autour d'objectifs et de rôles clairs pour chacun, assurer l'accompagnement et le soutien aux équipes, veiller au développement des compétences des agents, veiller à la disponibilité pour les patients et les familles, impulser et conduire des projets ; ce rééquilibrage se faisant au détriment des activités principalement gestionnaires mieux prises en charge par la mobilisation de moyens technologiques (cf. supra) et assurées par d'autres agents formés spécifiquement.

- 3.8. Etablir dans un délai d'un an le nouveau référentiel d'activités et de compétences des cadres de santé, centré sur la compétence managériale, et le référentiel de formation correspondant.
- 3.9. Assurer un niveau de rémunération global des cadres de santé garantissant l'attractivité financière de cette fonction.

La mission préconise d'élaborer un plan d'action d'ici le 31 décembre 2018 pour garantir l'effectivité de la mise en œuvre des mesures à l'échelle de chaque établissement.

4. Evolution et parcours professionnels

Les trajectoires professionnelles sont aujourd'hui moins linéaires. Les professionnels, en particulier les jeunes, aspirent à diversifier leurs parcours, à progresser et à mieux concilier vie familiale et professionnelle. Ils ne veulent plus être assignés au même métier toute leur vie professionnelle. L'hôpital est confronté comme le reste de la société à ces attentes de mobilité et peine parfois à recruter ou retenir les professionnels dont il a besoin, en particulier dans certaines spécialités médicales. Les évolutions de carrière sont possibles mais elles ne correspondent pas toujours aux souhaits des professionnels (dès lors en particulier que les débouchés sont perçus impliquant un renoncement au métier choisi à l'origine), la promotion sociale stagne et les agents n'ont pas toujours d'interlocuteur identifié face aux questions qu'ils se posent sur leurs parcours professionnels. L'hôpital doit par ailleurs faire face à l'allongement des durées de carrière des agents, en particulier pour ceux qui exercent des métiers à fortes contraintes.

En parallèle, les métiers évoluent sous l'effet du progrès médical et technique tandis que les besoins de prise en charge se modifient, en lien avec le vieillissement de la population et le poids grandissant des maladies chroniques. Des formes nouvelles de coopération se développent entre les professionnels de santé mais aussi entre les secteurs de prise en charge, à l'hôpital, en ville et dans les structures médico-sociales, pour répondre aux besoins des patients et de leurs parcours. Face à ces évolutions, les métiers se transforment, de nouveaux métiers émergent et les cadres d'exercice professionnels évoluent profondément.

Les pouvoirs publics ont accompagné ces évolutions en rénovant notamment les dispositifs de formation (mise aux standards LMD des dispositifs de formation, réforme des études médicales), en promouvant de nouveaux métiers (pratiques avancées) et des modes d'exercice regroupés (structures de soins pluriprofessionnelles en ville) et en renforçant les coopérations entre les établissements (GHT). Ces dynamiques sont porteuses d'opportunités qu'il paraît nécessaire de soutenir et d'amplifier, d'abord pour mieux répondre aux besoins et aux attentes des patients mais aussi pour offrir aux professionnels de l'hôpital des parcours rénovés, plus diversifiés et plus épanouissants.

L'accompagnement des parcours des professionnels et de leurs projets doit devenir dans cette perspective une préoccupation majeure de l'hôpital. Il importe de montrer que des voies sont ouvertes, même si elles sont de fait réservées à ceux qui auront les capacités et l'engagement nécessaires.

Une approche renforcée de la mobilité est nécessaire d'autant que les professionnels médicaux et soignants ont exprimé un déficit d'accompagnement dans l'évolution des carrières auquel l'entretien annuel, perçu comme un exercice (voire une épreuve) formel, ne contribue pas.

Au titre de la mobilité souhaitée

- 4.1. Faire de la mobilité, y compris interne à l'établissement ou au GHT, un item de l'entretien annuel d'appréciation et consacrer un entretien spécifique au projet professionnel selon une périodicité régulière qui pourrait être de l'ordre de 4 à 5 ans.
- 4.2. Identifier un référent carrière au sein des DRH pour les personnels non médicaux (PNM), un binôme référent carrière au sein de la CME et de la direction des affaires médicales (DAM) pour les personnels médicaux (PM).
- 4.3. Conforter et renforcer le rôle du GHT comme premier niveau de gestion des mobilités pour toutes les catégories de personnels.
- 4.4. Mettre en place au CNG un outil national d'information du type Bourse interministérielle de l'emploi public (BIEP) sur les emplois médicaux et soignants ouverts à la mobilité, intégrant le cas échéant les propositions de postes offerts dans des structures médico-sociale et de ville.

Au titre de l'évolution de la promotion professionnelle

- 4.5. Faciliter les parcours des professionnels paramédicaux pour leur permettre de développer leurs compétences tout au long de leur vie professionnelle notamment dans le cadre des coopérations (cf. point 1.5)
- 4.6. Développer les études promotionnelles (au-delà de 0,6 % de la masse salariale) en augmentant les effectifs d'aides-soignantes (AS) en formation infirmière et en mettant en place des financements spécifiques notamment pour les formations de pratiques avancées, les formations médicales des professionnels paramédicaux, les formations aux métiers de directeurs.
- 4.7. Faciliter l'évolution professionnelle des médecins en soutenant financièrement ceux qui s'engagent notamment dans un changement de spécialité.
- 4.8. Organiser le repérage et l'accompagnement personnalisé des personnels soignants au potentiel de progression avéré (par exemple une infirmière capable de s'engager dans des études de médecine). Le même dispositif devrait être mis en place dans la filière administrative pour les secrétaires administratifs et attachés.
- 4.9. Pour rendre effective et rapide les opportunités d'évolution de carrière, l'organisation de concours doit être préservée mais simplifiée. Les délais d'organisation des concours, la composition des jurys, l'obligation de panacher les postes internes/externes, etc. sont autant de freins à l'organisation souple de concours. Les concours qui n'apportent pas de valeur ajoutée au recrutement, comme le concours de PH, ont vocation à être supprimés, tout en conservant au CNG son rôle de garant de la gestion transparente et équitable des PH et en développant son rôle de plate-forme nationale d'appui aux établissements (cf. point 5 infra).

Au titre des deuxièmes parties de carrière

- 4.10. Mettre en place un dispositif, au niveau du GHT, (entretien spécifique avec un interlocuteur spécialisé) de préparation de la deuxième partie de carrière (et plus probablement du dernier tiers de carrière) avec le double objectif de maintenir un fort niveau de motivation et de s'assurer de conditions d'exercice compatibles avec l'âge de l'agent.

5. Dedans-dehors

L'hôpital s'ouvre. Il s'ouvre pour mieux faire face aux besoins en santé de nos concitoyens. Il s'ouvre pour bénéficier du professionnalisme d'autres professionnels de santé. Il s'ouvre car son « splendide » isolement ne lui permet plus de faire face seul aux enjeux auxquels un pays comme le nôtre fait face (maladies chroniques, prévention...). Il doit aussi changer sous l'effet de la contrainte financière qui pèse sur lui, sous les effets de la démographie médicale ou des dynamiques territoriales.

En un mot, c'est tout le rapport entre le dedans et le dehors qui s'est transformé. La stratégie de transformation du système de santé va conforter le rôle de l'hôpital comme maillon essentiel d'un système de santé mieux territorialisé. Mais un hôpital différent, ouvert, inscrit dans des dynamiques de coopération.

Toutes ces évolutions sont des opportunités inédites pour les professionnels travaillant à l'hôpital, tant pour développer de nouvelles compétences (de coordination, de communication, d'expertise...), que pour envisager des mobilités nouvelles, déployer un exercice professionnel plus différencié.

Pour autant, cette transformation du lien entre le dedans et le dehors, est encore perçue aujourd'hui comme un symbole de la perte de sens, de la dilution de la spécificité de l'hôpital. Toutes les évolutions en ce domaine, notamment celles qui seront issues du travail du chantier consacré à l'organisation territoriale, devront donc comporter un volet RH, pour qu'elles soient perçues par les professionnels comme des réponses à leurs attentes, plus que comme des transformations subies et privées de sens.

Les évolutions en cours font bouger les vocations respectives de l'hôpital et de la ville mais aussi l'exercice des missions dans les établissements. Les coopérations entre établissements au sein des GHT permettent de mieux répondre aux besoins de prise en charge à l'échelle des territoires. Les PH participent de façon croissante aux activités d'enseignement et de recherche aux côtés des personnels hospitalo-universitaires. Force est de constater, à cet égard, que ces derniers peuvent de plus en plus difficilement exercer simultanément leur triple valence de soins, d'enseignement et de recherche. Enfin, le déport des prises en charge vers une 1^{ère} ligne de soins dans les territoires induit des besoins de diversifier les formations et les terrains de stage hors les murs des CHU.

Pour toutes ces raisons, il apparaît nécessaire de faire évoluer les modèles actuels de carrière et d'exercice médical vers beaucoup plus de fluidité, de souplesse et de décloisonnement entre les différentes formes d'activité et d'exercice.

Simplifier les statuts, la gestion et les parcours des médecins hospitaliers pour faciliter l'accès à des modes d'exercice diversifiés et à des fonctions variées

Le statut de PH doit permettre des exercices différenciés simultanément ou successivement dans la carrière et contribuer au décloisonnement avec la ville et le médico-social.

Si le territoire de santé est désormais la bonne échelle pour déployer des dispositifs de soins adaptés aux besoins des patients et accompagner, à l'échelle locale, leurs parcours, alors, il faut en miroir que les professionnels puissent diversifier leurs parcours au niveau des GHT, passer d'un statut ou d'un mode d'exercice à l'autre, en permettant la réversibilité des choix et en levant les obstacles statutaires et de carrière aux mobilités (par exemple en facilitant par le détachement, la mise à disposition ou le temps partiel, l'exercice sur le territoire du GHT quel que soit le lieu de prise en charge, public, privé, hospitalier ou de ville).

Outre cette fluidité des lieux d'exercice, il faut aussi reconnaître à tous les médecins la possibilité de s'investir, en complément de leur activité de soins, dans des fonctions d'enseignement et/ou de recherche, simultanément ou de façon séquentielle. L'enseignement et la recherche contribuent en effet puissamment à l'attractivité de l'hôpital public et à la qualité des soins qui y sont dispensés. De nombreux PH s'y impliquent d'ores et déjà dans les CHU. Il convient, au-delà, de reconnaître la vocation de tout praticien hospitalier à participer au cours de sa carrière à des activités de soins, d'enseignement et de recherche - et le cas échéant de management. En pratique, l'exercice de ces valences d'enseignement et de recherche devra donner lieu à contractualisation, en lien avec l'université.

C'est au niveau des GHT, enfin, qu'il convient d'organiser dorénavant les parcours et la mobilité des praticiens, en prenant les mesures législatives nécessaires. Sans renoncer au statut national, le principe de subsidiarité doit s'appliquer à la gestion des praticiens et, pour les mêmes raisons, à celle des directeurs d'hôpitaux.

Mettre en place un statut unique permettant de diversifier les fonctions et les cadres d'exercice des praticiens hospitaliers

- 5.1. Substituer à la diversité des statuts actuels un statut unique de praticien titulaire ouvrant l'accès à une diversité de fonctions, notamment d'enseignement et de recherche, et de cadres d'exercice.
- 5.2. Supprimer le statut de PH temps partiel et ouvrir aux PH la possibilité de cumuler une activité à temps partiel avec une activité libérale ou salariée extra-hospitalière.
- 5.3. Faciliter en parallèle l'exercice extra-hospitalier des PH, notamment dans des MSP (rémunération par l'hôpital et remboursement par la maison de santé pluri-professionnelle (MSP)).

- 5.4. Contractualiser avec chaque praticien selon une périodicité à définir les modalités de son implication éventuelle dans des valences d'enseignement et de recherche, en lien avec l'Université.
- 5.5. En corollaire, déconcentrer largement la gestion des praticiens et celle de leurs parcours au niveau des GHT (recrutement sur titres, mesures d'avancement, mobilité et parcours au sein du GHT, sanctions disciplinaires du 1^{er} groupe^{vi}), tout en conservant au CNG son rôle de garant de la transparence et de l'équité des procédures (publicité des postes, nomination dans le corps faisant suite au processus de recrutement géré au niveau de l'établissement, gestion des sanctions disciplinaires au-delà du 1^{er} groupe, mobilités au-delà du GHT, notamment).
- 5.6. En complément, simplifier les conditions d'emploi des médecins contractuels et donner plus de marges de manœuvre aux GHT pour les adapter aux besoins du terrain (durée des contrats, rémunérations), en veillant à maintenir des équilibres raisonnables entre emploi contractuel et emploi titulaire en termes d'attractivité^{vii}.

AdAPTER LE STATUT DES PROFESSEURS HOSPITALO-UNIVERSITAIRE AUX EXIGENCES ACCRUES EN MATIÈRE DE SOINS, D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Il est en effet aujourd’hui très difficile, sinon impossible, d’exercer simultanément des activités de soins, d’enseignement et de recherche comme le statut de PU-PH l’exige, et a fortiori une responsabilité de chef de service ou de chef de pôle, parfois considérée comme une 4^{ème} valence. Il est donc proposé de ne plus exiger des PU-PH un exercice trivalent continu au cours de la carrière, sans renoncer pour autant aux apports croisés indispensables qui lui sont liés. Chaque PU-PH pourra ainsi moduler son activité entre les valences qu’il priorise aux différentes étapes de sa carrière. Afin de donner aux responsables hospitaliers et universitaires la visibilité qui leur est nécessaire pour organiser la réponse aux besoins de soins, d’enseignement et de recherche, il est proposé que les PU-PH contractualisent avec les CHU et en lien avec les universités leurs objectifs pluriannuels de modulation de leurs valences.

- 5.7. Définir de façon contractuelle les objectifs pluriannuels des PU-PH en matière d’exercice de leurs valences.

VALORISER LA MOBILITÉ POUR L’ACCÈS AUX FONCTIONS DE CHEF DE SERVICE ET DE CHEF DE PÔLE

- 5.8. Avoir exercé dans des lieux différents et/ou des fonctions variées est un élément d’enrichissement des parcours professionnels qui mérite d’être encouragé : il est donc proposé d’en faire un atout de 1^{er} plan pour l’accès aux fonctions de chef de service et de chef de pôle.

Rapprocher les cadres d'exercice et de mobilité des professionnels non médicaux de ceux des médecins

L'ouverture sur le territoire concerne aussi, au-delà des médecins, les professionnels de santé non médicaux. Leurs possibilités d'exercice et de mobilité au sein des territoires doivent également être développées. Ceux d'entre eux qui souhaitent s'investir dans des activités d'enseignement et de recherche doivent être accompagnés.

- 5.9. Développer de nouvelles fonctions d'interface avec la ville et le médico-social pour les infirmières et cadres de santé hospitaliers (référente pour les professionnels libéraux ou coordination des parcours de patients, par exemple).
- 5.10. Pour les métiers en tension (notamment les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes), faciliter l'exercice mixte ville-hôpital en autorisant le cumul d'une activité libérale ou salariée avec un exercice à temps partiel.

Développer les partenariats de l'hôpital avec la ville à l'échelle des territoires

- 5.11. Traduire le concept de « responsabilité populationnelle » en structurant des partenariats entre les GHT et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) permettant de développer des projets partagés de prévention et de santé publique et en confier la co-responsabilité aux professionnels volontaires compétents.

Ouvrir l'hôpital à d'autres cultures et soutenir ses managers

- 5.12. Diversifier le recrutement en rendant accessible une proportion nettement plus significative des emplois de directeurs d'hôpitaux, y compris des emplois fonctionnels, à des responsables qui n'ont pas suivi le cursus initial de l'EHESP ; symétriquement, garantir l'accès des directeurs d'hôpitaux à due concurrence à des emplois comparables de la sphère publique.
- 5.13. Renforcer significativement l'appui aux établissements dont les équipes managériales sont en difficulté pour conduire la transformation de l'hôpital, à leur demande, en mettant à disposition des ARS des financements contractuels dédiés, sans préjudice des compétences du CNG et de l'EHESP dans ce domaine.

6. Conditions transversales

La mise en œuvre des mesures identifiées à l'issue de la consultation ne se fera pas sans mobilisation de moyens spécifiques. Si la Nation considère que la situation à l'hôpital public mérite une mobilisation d'ampleur, alors, elle doit s'en donner les moyens. Les moyens, c'est déjà le soutien opérationnel, l'apport de forces, à ceux qui au quotidien gèrent ces thématiques et qui vont devoir déployer les mesures proposées dans ce rapport. Ce sont aussi des moyens financiers complémentaires, pour que les actions proposées, notamment de valorisation des pratiques innovantes, puissent donner lieu à rétribution. Dépense à court terme, il s'agit là d'un des outils les plus puissants de maîtrise des dépenses médicales à moyen terme.

Notre conviction enfin, c'est que ces enjeux ne doivent pas être cantonnés à la seule sphère technique, technocratique ou gestionnaire. C'est là l'affaire de toute la communauté hospitalière. Chaque acteur doit se sentir partie prenante et responsable de ces enjeux. De ce fait, notre conviction est que le renforcement sur ces sujets du dialogue entre les différents acteurs de la gouvernance hospitalière est indispensable. Il ne peut y avoir en la matière des majeurs et des mineurs, ceux qui agissent et ceux qui commentent. Le pari de la responsabilisation plus forte de tous les acteurs doit aujourd'hui être fait ; c'est le cas pour la communauté médicale, qui sur le terrain, souligne, voire revendique, une attente d'une plus forte reconnaissance de son rôle dans les processus de décision. C'est également le pari à faire avec les partenaires sociaux.

Renforcer la participation des médecins au pilotage de l'établissement

Aujourd'hui, le président de la commission médicale (PCME) participe directement à ce pilotage en tant que membre du directoire. La CME est par ailleurs consultée sur toutes les décisions importantes de l'établissement. Pourtant, le sentiment prévaut que les médecins restent à l'écart de la conduite des affaires de l'établissement. Le PCME n'est pas toujours vu comme un vrai leader de la communauté médicale, le porteur efficace de ses attentes et préoccupations. L'assiduité des médecins aux réunions de la CME est variable, en raison certes de leurs charges d'activité mais aussi parce que l'utilité de ces réunions est parfois mise en doute. Le processus décisionnel est souvent vécu comme essentiellement « top-down », conduisant à des décisions parfois mal voire pas comprises et source de nombreux irritants pour les praticiens.

Cette situation n'est pas générale. Dans nombre d'établissements, le PCME et le bureau de la CME associent activement les médecins aux échanges sur la politique médicale. La vitalité du dialogue avec les médecins sur la politique médicale nécessite du temps, des moyens mais aussi des capacités managériales du PCME et des membres de son bureau. Au-delà, vaincre le scepticisme d'une fraction du corps médical appelle des signes. La politique médicale à l'hôpital doit se faire avec les médecins.

Il paraît donc nécessaire de créer les conditions d'une meilleure prise en compte des préoccupations et attentes des praticiens. Responsabiliser les praticiens dans la mise en œuvre des décisions implique qu'ils s'en sentent partie prenante.

6.1. Renforcer le leadership du PCME :

- En dotant des moyens nécessaires à l'exercice de sa fonction (temps et appui logistique en particulier) ;
- En lui permettant ainsi qu'aux membres de son bureau d'entretenir et renforcer ses compétences managériales ;
- En facilitant la participation des médecins aux échanges de la CME (moyens d'échanges dématérialisés notamment).

6.2. Doter les GHT d'une véritable CME.

6.3. Améliorer l'efficacité de la participation de la CME à la conduite des affaires médicales

- En associant mieux la CME en amont de sa consultation, selon des modalités définies sous l'égide du PCME, à l'élaboration des décisions structurantes pour la politique médicale, au-delà du projet médical (par exemple, mise en place d'une structuration en pôles conforme au projet médical ou définition d'une politique d'investissement médical cohérente avec celui-ci) ;
- En lui donnant le droit de demander une 2^{ème} délibération en cas de vote défavorable à l'unanimité de ses membres élus sur un projet concernant directement la politique médicale de l'établissement.

Mettre en place un dialogue social plus efficace associant l'ensemble des professionnels des établissements

Au-delà des seuls personnels médicaux, il semble indispensable aujourd'hui de faire franchir une étape qualitative au dialogue social au sein des établissements. Dans des systèmes en transformation, dans un contexte où les évolutions peuvent être vécues comme de la perte de sens, de la dilution de la culture professionnelle, les solutions à mettre en œuvre ne pourront être uniformes sur tout le territoire. Il faut donc parvenir à instaurer des lieux de dialogue, de débat, voire de confrontation, évoquant ces évolutions, leurs conséquences sur le travail quotidien. De nombreuses consultations engagées auprès des salariés de différents secteurs et les expérimentations qui ont pu être conduites à l'issue, sous des vocables différents, ont montré l'utilité de permettre l'élaboration d'un diagnostic partagé, de briser l'idée qu'il y aurait de la part des directions ou du management en général déni des impacts individuels des transformations globales. Se sentir partie prenante, sans forcément partager les solutions arrêtées in fine, doit être le fondement du dialogue social.

Force est de constater que les instances actuellement existantes, ne permettent pas de répondre à cet enjeu essentiel et, que, quand les sujets s'y prêtent, la négociation au sens plein du terme, est faiblement développée.

- 6.4. S'inspirer, en fonction des conditions locales, de l'exemple de la commission mixte mise en place au CHRU de Lille - commission qui rassemble, autour de la direction, 6 représentants de la CME, 6 membres du comité technique d'établissement (CTE), 6 cadres et qui se réunit deux fois par an sur un ordre du jour à 3 niveaux : production de soins, qualité de la vie au travail, résultats financiers.
- 6.5. Donner une place effective à la négociation, au sens plein du terme, entre partenaires sociaux à l'échelle de l'établissement avec l'objectif de conclure des accords locaux majoritaires et engageant pour les parties. Le cadre fixé par la loi de juillet 2010 permet le développement de la négociation à la condition soit de faire évoluer les modalités de dénonciation et de révision d'un accord (la dénonciation serait suivie d'une période de préavis pendant laquelle les partenaires sociaux rechercheraient un nouvel équilibre), soit de préconiser des accords à durée déterminée, à l'instar de l'évolution récente du code du travail.

Renforcer le pilotage de la transformation

- 6.6. Pour la mise en œuvre de ce plan, il est indispensable de renforcer significativement les ressources humaines de l'administration centrale du ministère de la santé et des solidarités. La transformation des ressources humaines à l'hôpital fait, à n'en pas douter, partie des enjeux prioritaires pour le bon fonctionnement de ce service public auquel la population française est attachée et pour sa soutenabilité budgétaire à moyen terme. Cela justifie d'affecter 5 jeunes hauts fonctionnaires à la Direction générale de l'offre de soins.

Cette évolution attendue et nécessaire ne peut pas avoir lieu sans la participation et le soutien des directeurs, membres des équipes de direction et chefs d'établissement. Leur exemplarité dans le respect d'un processus de décision formalisé, leurs arbitrages dans l'affectation des crédits de formation, leurs décisions de nomination dans les postes d'encadrement sont quelques illustrations de leur rôle majeur en matière de gestion des ressources humaines. Nombre d'entre eux ont exprimé auprès de la mission leur volonté d'aller dans ce sens, dans la mesure où l'ensemble des acteurs y seront encouragés et accompagnés et où leur propre évaluation ne se fera pas sur le seul critère financier.

Conclusion

Au terme de cette plongée de quelques semaines dans le système de santé, et l'hôpital public en particulier, de dizaines d'heures de discussions avec des professionnels, dont un certain nombre a d'ailleurs accepté de formuler son diagnostic et ses propositions dans de précieuses contributions écrites, un constat s'impose, celui, nous l'avons dit dès l'introduction, d'une perte de sens globale de l'engagement professionnel à l'hôpital public.

S'exprime souvent une « pathologie de l'empêchement » : l'organisation du système hospitalier ne leur permettrait plus de bien faire leur métier, de faire ce qu'ils savent devoir faire pour bien soigner.

Nous l'avons dit, les enjeux des ressources humaines ne sont pas que des sujets techniques, ne s'adressent pas qu'aux professionnels eux-mêmes. Le lien est direct entre la fragmentation des parcours et des identités professionnelles et la difficile prise en charge des patients dans des parcours intégrés. Le lien est direct aussi entre la qualité de vie au travail, la satisfaction professionnelle et la performance dans sa pratique professionnelle. Quand on parle de soins, on peut dire, sans risquer la caricature, que le soin apporté aux soignants est directement un soin apporté, aussi, aux patients. Il n'y a là-dessus aucune forme de contradiction. Parler aux soignants, c'est parler aux patients.

Mais ce constat, hospitalo-centré, qui doit se nourrir des spécificités de l'activité de soin, ne doit pas masquer que les enjeux auxquels fait face l'hôpital public sont par bien des aspects, communs à ceux d'organisations en profonde transformation. La perte de sens, la souffrance, l'épuisement, naît aussi de l'incapacité à penser globalement ces évolutions engagées depuis vingt ans et qui ont fait évoluer l'exercice quotidien des soignants, mais aussi des personnels techniques et administratifs.

Cette remarque n'a pas pour vocation de banaliser la situation de l'hôpital, elle vise plutôt à souligner que des expériences, des réussites ou des échecs, sont observables dans de nombreux secteurs, publics ou privés, qui ont fait face, à des transformations d'ampleur équivalente.

En ce sens, on se risquera à affirmer que notre principal étonnement au terme de cette consultation réside dans la très large convergence de nombreuses analyses, par la maturité et la responsabilité des acteurs. D'une certaine manière, ce qui est aujourd'hui attendu, ce sont des actes concrets pour « débloquer » certaines situations, mais surtout, un discours assumé sur l'avenir du système de santé, qui intègre toutes les dimensions et se conçoit donc bien au-delà de l'hôpital.

Cette mission a pu tracer quelques pistes et affirmer des convictions sur ce deuxième point, mais elle s'est surtout attachée à l'identification de mesures à mettre en œuvre pour rendre possible la conduite d'une transformation porteuse de sens et de valeurs.

Au regard de l'acuité de la situation, les mesures proposées plus haut peuvent paraître en retrait, trop limitées, aucune d'elle, à elle seule, ne permet de changer la donne du jour au lendemain. Nous assumons cette approche. Nous avons souhaité présenter, non des mesures consensuelles, mais identifier des principes d'évolution, qui nous semblent aujourd'hui pouvoir recueillir un large soutien.

Ces mesures ou ces principes, ne peuvent être déployés d'en haut. Il ne s'agit pas de mettre en œuvre un modèle unique et clés en mains dans tous les établissements. Comme c'est le cas au quotidien dans l'acte de soin, face à des malades et des pathologies différents, l'hôpital doit apprendre l'adaptation, la souplesse, l'innovation, l'anticipation, en matière de valorisation de ses ressources humaines. Il y a de la place pour ces mots, dans un système qui doit garantir la sécurité des patients et l'égalité de traitement de ses personnels. Mais l'égalité, ce n'est pas mettre en œuvre les mêmes actions quand les situations sont objectivement différentes, c'est précisément savoir adapter, dans la transparence et le dialogue avec les acteurs, les réponses à apporter. C'est un chantier immense, qui passe par la responsabilisation des acteurs, la reconnaissance des différentes légitimités professionnelles, l'apprentissage du dialogue avec des acteurs issus d'horizons différents.

Cette ambition suppose que les pouvoirs publics apportent des réponses concrètes sur un certain nombre de points, qui font l'objet des contributions des différents groupes de travail de la stratégie de transformation du système de santé, afin que les acteurs se mettent en mouvement et acceptent, d'une certaine manière, de renouveler leur engagement et leur confiance dans un système de santé à l'efficacité et la justice auxquelles ils tiennent par-dessus tout.

ⁱ Par exemple, utilisation de l'intelligence artificielle dans la saisie et le codage des actes, dans l'analyse des données biologiques ou d'imagerie, dans le calcul des posologies de traitement en fonction de l'âge ou du poids, saisie unique de l'identifiant patient..

ⁱⁱ Ces nouveaux métiers qui devront être reconnus pourraient être ouverts aux infirmiers et aux cadres souhaitant développer de nouvelles compétences.

ⁱⁱⁱ A fortiori dans les services qui accueillent les patients non éligibles à une prise en charge en ambulatoire, donc des patients plus lourds et plus fragiles.

^{iv} Régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel, qui est composé de deux primes : d'une part, une indemnité de fonctions, de sujétions et d'expertise (IFSE), d'autre part, un complément indemnitaire annuel (CIA).

^v Pour que cette dimension de la rémunération ne devienne pas un obstacle aux mobilités internes, cette partie de la rémunération est conservée en toute ou partie temporairement.

^{vi} Les organisations syndicales siégeant à la commission statutaire nationale désignant alors les praticiens habilités à les représenter dans le cadre de la procédure gérée au niveau du GHT.

^{vii} L'accès des conditions de rémunération plus favorables ayant vocation à être adossé à des engagements contractuels précis pour les praticiens concernés, par exemple en matière d'activité. .