

Le rapport préparatoire à la réforme de l'hôpital comprendra une douzaine de propositions, dont la rénovation du statut des établissements, la création de communautés hospitalières de territoire et de nouveaux modes de rémunération contractuels des médecins. Des « préconisations » testées lors de rencontres avec des professionnels dans six régions.

La mission Larcher touche au but. Chargé par Nicolas Sarkozy d'un rapport préparatoire à la réforme de l'hôpital, l'ancien ministre délégué au Travail doit finaliser sa copie à la fin de cette semaine. Elle devrait prendre la forme d'une douzaine de propositions concrètes « *qui ne seront pas à prendre ou à laisser* », se plaît à répéter Gérard Larcher, en référence au rapport Attali. De fait, la méthode de celui qui a également présidé la Fédération hospitalière de France (FHF) a consisté à multiplier les concertations (140 auditions !) depuis cinq mois, afin de ne pas voir ses préconisations remises au placard. Celles-ci ont été testées lors de rencontres avec des professionnels dans six régions, la semaine dernière, dans le but de mesurer leur degré d'acceptabilité. De sorte que l'ossature du rapport apparaît aujourd'hui assez clairement.

• La création de « communautés hospitalières de territoire »

L'idée est de transposer à l'hôpital ce qui s'est fait pour les collectivités locales avec la création des communautés de communes et d'agglomérations (« Les Echos » du 12 mars). Cela permettra de regrouper de manière souple plusieurs entités, sans braquer les maires, et donnera de vrais leviers de réorganisation de l'offre de soins (plateaux techniques, urgences, etc.) en fonction des besoins de santé et des médecins disponibles. « *Je ne suis pas cartographe* », souligne Gérard Larcher. La ministre de la Santé, Roselyne Bachelot, a apporté son soutien à ce projet, vendredi. La mission entend encourager les regroupements en conditionnant l'obtention d'aides à l'investissement, par exemple.

• Un pilotage profondément rénové

Le statut des établissements publics de santé, qui date de 1942, va être rénové. Le conseil d'administration serait transformé en conseil de surveillance et fixerait les orientations stratégiques. Le comité exécutif deviendrait un directoire, présidé par le directeur d'établissement. Les médecins responsables de pôles seraient présents, et le vice-président serait le président de la conférence médicale d'établissement (CME). Pour aller vers une plus grande souplesse de gestion, les hôpitaux ne seraient plus systématiquement soumis au code des marchés publics, mais simplement à l'obligation européenne de mise en concurrence. **Il n'y aurait plus de séparation entre l'ordonnateur de la dépense et le comptable, mais les comptes devraient être certifiés par un commissaire aux comptes.**

• Attirer les meilleurs médecins vers l'hôpital

La mission Larcher veut développer des possibilités de recrutement contractuelles des médecins par les directeurs, afin de proposer des revenus plus élevés alliant une part fixe et une part variable liée à l'activité. Actuellement, il existe déjà, à côté du statut de praticien hospitalier (qui sera préservé), des recrutements contractuels, mais ils sont très encadrés et ne peuvent excéder deux ans. La question clef encore en débat est l'importance à donner à la part variable.

Une autre préconisation visera à permettre au patient de se séparer d'un praticien. Il s'agit de donner la possibilité au directeur de remettre un médecin à la disposition du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers. « *Tout le monde sait par exemple qu'il existe des chirurgiens qui n'ont aucune activité* », explique un membre de la mission. Le Centre, qui prendrait en charge le salaire du médecin, lui proposerait des formations puis d'autres postes.

• Renforcer les obligations de service public des cliniques

Afin d'obtenir une concurrence public-privé plus équitable et d'améliorer l'accès aux soins, Gérard Larcher veut redéfinir les règles de concession ou de participation des cliniques au service public. Sur la base d'un cahier des charges renforcé et d'un appel d'offres, l'établissement privé obtiendra des avantages (subvention d'investissement, aides à la contractualisation, etc.) en échange de devoirs : assurer la permanence des soins et les urgences, prendre en charge les bénéficiaires de la CMU, mieux respecter les tarifs de la Sécurité sociale, etc.

• Limiter les recours aux urgences

Cet objectif passe notamment par un numéro d'appel unique systématisé (le 15) et par un lieu de régulation des gardes unifié. Pour les patients admis en urgence, un référent serait chargé du suivi de l'hospitalisation, et des informations devraient être systématiquement transmises au médecin traitant.