

**Projet HOPITAL 2007**  
**Mission sur**  
**« La modernisation des statuts de**  
**l'hôpital public et de sa gestion**  
**sociale »**

*Monsieur Denis DEBROSSE, Directeur du Centre Hospitalier d'Angoulême*

*Docteur Antoine PERRIN, ORL - Chef du Département de Chirurgie tête et cou –  
Président de la commission médicale d'établissement – Centre Hospitalier du Mans*

*Professeur Guy VALLANCIEN, Faculté de Médecine Broussais Hôtel Dieu et Chef du  
Département d'Urologie et de Néphrologie à l'Institut Montsouris*

*3 Avril 2003*

# **SOMMAIRE**

pages

- Lettre de mission du Ministre	1
- Organisation de la mission – remerciements	3
- Le constat général	5
- Le fil rouge du changement	6

## **I – L'ENVIRONNEMENT DE L'HOPITAL**

A. L'Etat, garant de la cohérence et de l'équité	8
B. La région sanitaire, niveau pertinent de l'organisation sanitaire	10
C. Le territoire de santé, zone d'organisation de la prise en charge des patients	12

## **II – L'ORGANISATION INTERNE**

A. La généralisation de « l'amendement liberté » pour restaurer l'initiative et la réactivité	15
B. L'organisation en centres de responsabilité en passant d'un découpage par service et des regroupements en pôle d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin	16
C. Le pilotage de l'hôpital, restaurer l'autorité autour du conseil d'administration et du comité stratégique	17
D. La concertation, passer d'une vingtaine de commissions à trois instances	19

## **III – LES HOMMES**

A. Les médecins, chirurgiens, odontologistes, pharmaciens des hôpitaux	22
B. Des directeurs aux managers	25
C. Un centre de gestion pour permettre les mobilités dans l'intérêt du service	28
D. L'encadrement, une fonction indispensable qui doit être reconnue et valorisée	28
E. Les personnels : des agents aux acteurs	29

## **IV – L'EVALUATION DE LA QUALITE ET UN REGIME FINANCIER SOUPLE ET MOTIVANT**

A. L'évaluation de la qualité, passer des paroles aux actes	33
B. La tarification à l'activité et un nouveau mode de financement réactif et équitable	35
C. La révision du code des marchés publics : une nécessité pour mieux acheter	36
D. La suppression de la séparation ordonnateur-comptable	38

## **V – LA MISE EN ŒUVRE**

VI – <u>16 + 1 PROPOSITIONS</u>	40
---------------------------------	----

41

## **ORGANISATION DE LA MISSION**

Afin de proposer une organisation moderne des établissements hospitaliers publics qui corresponde aux demandes des malades, de leurs familles et des personnels des hôpitaux. Avant de rédiger son rapport, la mission a organisé entre le 10 Décembre 2002 et le 24 Mars 2003 trois types de réunions basées sur un questionnaire (voir annexe).

1° Tous les lundis après midi à Paris, la mission a consulté les membres des institutions, des associations et des syndicats ainsi que des personnalités (voir annexe). Les entretiens duraient en moyenne une heure et demie.

2° Les jeudis et vendredis, la mission a visité 8 régions, en demandant aux régions mitoyennes de se retrouver, permettant ainsi de faire un tour de France complet des agences régionales d'hospitalisation

- A) Chaque Jeudi de 15H à 17H, les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation et leurs collaborateurs ont été auditionnés (voir annexes) ainsi que des responsables des DRASS et DDASS.
- B) de 17H à 19H00 des directeurs d'hôpital, des Présidents de Commission de CME, des doyens de faculté de médecine, des représentants de la FHF et de la FEHAP ont été auditionnés.
- C) Les Vendredis chacun des membres de la mission a visité un CHU, un hôpital régional et un hôpital de plus petite dimension. Les visites se sont toujours déroulées sur le même mode : rencontre avec le conseil d'administration, avec la direction, avec la commission médicale d'établissement, avec les syndicats et visite d'un service sous forme d'un entretien avec les personnels médicaux et para-médicaux .

Une assistante de mission notait sur ordinateur les diverses réflexions émises par les participants membres. La liste des personnes interrogées dans chaque région se trouve en annexe.

Le site internet Medexact a accueilli la mission hôpital 2007 et mis en ligne le questionnaire, permettant de recevoir plusieurs centaines de réponses de Praticiens Hospitaliers et professeurs d'université, de chefs de clinique et internes.

Ce sont au total 1500 personnes qui ont participé à l'enquête que la mission a menée.

## REMERCIEMENTS

La mission a tenu compte de très nombreux avis oraux et écrits, et nous remercions très sincèrement toutes les personnes qui nous ont conseillés.

La mission a en particulier tenu compte du rapport de la mission parlementaire rédigé sous la direction de monsieur René Couanau ,des rapports de l'Académie Nationale de Médecine sur la situation dans les CHU et la situation des praticiens et des chefs de service dans les Hôpitaux généraux, du rapport du professeur Jacques Domergue sur la chirurgie, de la plateforme de la Fédération Hospitalière de France, des propositions de la mission Enseignement et Recherche du projet Hôpital 2007 et d'autres rapports, livres et communications lors de congrès divers sur le thème de l'avenir de l'hôpital.

2

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a mis à contribution son expertise pour aider la mission dans sa tâche et nous l'en remercions vivement.

Deux sous commissions ont été organisées : l'une sur les budgets pilotée par Monsieur Denis Debrosse et l'autre sur la tarification à l'activité pilotée par Madame le Docteur Valérie Carrat.

Nous remercions Messieurs Alain Missoffe et Thibault de la Taillade pour leur aide informatique sur le site Medexact.

Enfin nous tenons tout particulièrement à remercier pour leur professionnalisme et leur dévouement :

Mmes Nicole Lafitte (Paris), Armelle Caille (Angoulême) et Marie Odile Landais (Le Mans) qui nous ont permis de remplir cette mission dans le temps imparti ainsi que nos collaborateurs qui nous ont permis de réaliser cette mission en nous déchargeant d'une partie de notre travail.

## Le constat général

L'enquête établie à partir du questionnaire délivré à tous les intervenants interrogés a permis de classer par ordre décroissant les cinq dysfonctionnements majeurs responsables de la crise morale, démographique, financière et managériale qui secoue les hôpitaux.

- Les directeurs ploient sous les textes, règlements et autres contraintes sécuritaires.
- Les médecins s'inquiètent de la bureaucratie, de l'augmentation des poursuites, du manque de personnel soignant, de l'insuffisance d'investissement en matériels et plus généralement d'une pénurie qu'ils n'ont pas créée et qu'ils doivent gérer.
- Les personnels hospitaliers qui se dévouent au quotidien ont pris de plein fouet la réglementation des trente cinq heures qui n'a fait qu'aggraver une situation déjà précaire.
- L'absence de prise en compte de la pénibilité et de la responsabilité dans les rémunérations est régulièrement évoquée.
- Les malades et leurs familles se plaignent d'une absence de prise en charge globale de leur cas, en insistant sur les difficultés d'information qu'ils rencontrent, sur les délais d'attente aux urgences et sur la pauvreté des établissements de soins de suite et de long séjour.

### **Nous sommes tous responsables d'un tel état de fait.**

Les administrations administrent plus qu'elles ne gèrent ou dirigent, les médecins n'ont guère de culture du management et prescrivent sans prendre en compte le coût de leurs décisions, les usagers voudraient avoir le SAMU sur leur paillason sans déboursier un euro et les élus s'opposent presque toujours aux restructurations nécessaires par crainte du verdict populaire.

L'organisation interne des hôpitaux est conservatrice, obsolète, basée trop souvent sur son histoire, le dévouement des différents acteurs qui assurent les soins et l'énergie dépensée à parer au plus pressé.

Le manque de perspectives politiques à moyen terme a renforcé le sentiment d'un combat inutile des hospitaliers faute d'une lisibilité claire de leurs missions.

Ce constat sévère est partagé par tous ceux qui se sont penchés sur l'hôpital pour tenter de le sortir de cette spirale infernale. Elle risque d'aboutir à la fuite des meilleurs vers la pratique privée ou à des entorses aux réglementations publiques pour maintenir ou attirer les compétences et conduit à la démotivation ou à l'inertie. On ne peut parler de crise, signe de tension, mais d'un risque réel de déclin collectif.

Une telle situation n'est plus tolérable. Les membres de la mission, après avoir rencontré les médecins, administrateurs, directeurs et personnels de 25 hôpitaux, universitaires, généraux et de proximité, les syndicats, les institutions et des personnalités du monde de la santé, soit au total 1500 personnes (1000 en rencontres directes et 500 sur le site internet de Medexact), proposent une série de mesures concrètes dont le but est, avant tout, d'alléger le carcan administratif actuel **et de redonner la confiance aux acteurs en les laissant s'organiser librement et surtout rendre aux jeunes médecins, directeurs et personnel l'envie et la fierté d'exercer leurs métiers à l'hôpital.**

## Le fil rouge du changement

Les propositions énoncées dans le rapport reposent sur une analyse des spécificités de la démarche et de la production de soins aux malades dans les établissements hospitaliers publics et non pas sur les concepts de fonctionnement des entreprises privées dont les buts sont distincts.

Une telle démarche impose au préalable de définir les différentes missions dont l'hôpital a la charge : prise en charge des malades pour les soins programmés, les urgences, les soins de suite et de long séjour, la psychiatrie, le recours pour les soins les plus lourds, auxquelles s'ajoutent la formation des personnels paramédicaux, l'enseignement universitaire et la recherche pour les Centres Hospitalo-Universitaires. Ces missions s'effectueront dans le cadre des filières de prise en charge des malades sur la base d'une politique de santé nationale, régulée au niveau régional à partir des besoins des différents territoires de santé.

La dépendance et la vieillesse, dont la prise en charge doit devenir une véritable cause nationale, relèvent du domaine médico-social qui nécessitera la reconversion de certains services hospitaliers en structures adaptées à l'âge et aux limites d'autonomie des personnes qu'elles accueilleront.

Quatre idées simples, véritables « **fil rouge** » de la mise en œuvre d'une organisation moderne de l'hôpital, ont servi de cadre à nos réflexions. Prises isolément, elles perdraient leur sens. Toute critique est possible, à la condition qu'elle ne soit sous tendue ni par les corporatismes divers ni par la mise en avant des règlements innombrables et parfois inutiles qui ont entraîné l'hôpital dans une lente dégradation de son organisation et de sa capacité à réagir à temps dans un monde qui évolue vite.

Ce **fil rouge** a pour seul but de bâtir un système hospitalier qui offre aux malades les meilleurs soins et la plus grande écoute que leur situation de détresse physique et psychique réclame.

**1° L'hôpital public est un établissement de soins où se rendent des malades pour y consulter ou y séjourner afin d'être pris en charge par des médecins jour et nuit sans discontinuité.**

Les administrateurs, les directeurs, la totalité des personnels paramédicaux et techniques contribuent à leur mission de soins et participent à cette prise en charge selon **un schéma qui doit associer une autonomie d'organisation interne au respect du projet régional de santé.**

**2° Les praticiens hospitaliers deviennent des « médecins des hôpitaux », les gestionnaires des « managers » et les agents des « acteurs » dont la responsabilité individuelle et collective est définie par une description de leur fonction et de leurs tâches propres à chaque établissement .**

**3° Une telle liberté d'agir et de s'organiser implique une évaluation régulière des pratiques à tous les niveaux afin d'offrir aux malades la qualité optimale de soins qu'ils attendent .**

**4° L'efficience** vers laquelle tout hôpital doit tendre dans le cadre de sa mission propre, universitaire, générale ou de proximité combine le rapport **qualité – coût du service rendu au malade**.

Si le découragement des hospitaliers est à son comble, tant les règlements, les contrôles a priori, les contraintes budgétaires et l'absence de projet à long terme les ont empêchés de faire sereinement leur métier, le sentiment et la fierté des personnels d'agir ensemble au service des malades et de leurs familles, dans le cadre d'une mission d'intérêt général, peuvent encore être ravivés et ont été fortement exprimés tout au long des visites effectuées par les membres de la mission.

La collaboration étroite entre les présidents des commissions médicales d'établissements et les directeurs que nous avons souvent constatée dans les hôpitaux visités est le signe fort d'une amorce de changement des comportements entre deux corps jusque là éloignés voire antagonistes.

Il faut **amplifier ce partage des responsabilités dans un cadre réglementaire souple**, laissant les hospitaliers s'organiser entre eux en tenant compte des particularités propres à chaque établissement. C'est à eux qu'il faut laisser **la liberté d'entreprendre** en leur donnant les moyens qu'ils méritent dans le cadre de contrats d'objectifs réalisables.

Ces moyens sont :

- **Humains**, en mobilisant le nombre de personnel requis pour assurer une prise en charge des malades optimale qui, au delà des actes techniques, prenne en compte la personne et sa détresse.
- **Administratifs**, en simplifiant voire en annulant nombre de procédures et de commissions inutiles obsolètes et redondantes, coûteuses en temps non consacré à la gestion et aux soins et le plus souvent inefficaces.
- **Financiers**, en remplaçant la dotation dite « budget global » par une « tarification à l'activité » à la condition impérative que **la qualité des actes soit évaluée** et en facilitant les décisions d'investissements par une autre voie que celle du code des marchés publics.
- **Managériaux**, on ne peut, en effet, prétendre **atteindre l'efficience** sans un cadre de travail adapté qui privilégie la **responsabilité des personnels** et donc la **notion de contrat** sous toutes ses formes à l'intérieur de l'hôpital et entre l'hôpital et les divers organismes qui lui dictent ses missions et en contrôlent la réalisation.

Les médecins, managers et acteurs du système de soins public sauront répondre à ce défi si on les laisse s'organiser librement pour assurer au mieux la prise en charge des patients, sachant que l'objectif est de créer la mise en mouvement de la réforme.

**Sans la confiance dans leur capacité à agir -qu'il faut leur donner- et sans leur participation directe aux décisions qui seront prises, les propositions contenues dans ce rapport resteront lettre morte.**

# **I – L'ENVIRONNEMENT DE L'HOPITAL**

Il peut paraître surprenant de débiter notre propos par « l'environnement » de l'hôpital alors que notre sujet est celui de la modernisation de son statut et de sa gestion sociale. C'est pourtant délibérément que nous le faisons, tant l'hôpital et ses acteurs sont liés à cet environnement et aux contraintes qu'il leur impose.

Par ailleurs, l'incrédulité souvent rencontrée devant la perspective nouvellement annoncée du plan « hôpital 2007 » nous amène à proposer de la part de l'Etat lui-même une évolution dans la nature de ses liens avec l'hôpital, qui serait susceptible de constituer un signal fort à même de rendre la confiance aux hospitaliers et la foi en cette réforme tant attendue.

Cette évolution concerne l'Etat, la Région et le territoire de santé.

## **A. L'Etat, garant de la cohérence et de l'équité**

Dans le principe d'autonomisation et de responsabilisation que nous avons évoqué et que revendiquent tous les acteurs de santé en France, il apparaît indispensable de resituer l'Etat et son administration centrale. La mise en place des Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1996 avait constitué une première avancée fort appréciée et reconnue de tous les hospitaliers, mais qui paraît maintenant insuffisante.

Il faut aller plus loin vers la déconcentration de façon à permettre au système de santé dans son ensemble de trouver, dans une organisation générale dont le Ministère doit s'assurer de la cohérence et de l'équité, ses marges de manœuvre propres quel que soit son niveau de décision et de responsabilité.

### **1- La réglementation : Sortir du « tout normatif, tout réglementaire »**

Il est bien sûr du rôle de l'Etat de légiférer et de réglementer. La cohérence et la qualité du système de santé en dépendent. On assiste cependant depuis quelques années à une évolution extrêmement préoccupante de cette réglementation. Elle aborde maintenant tous les sujets et impose dans les moindres détails des normes particulièrement précises sans que n'ait été soigneusement évaluée leur faisabilité humaine, technique et financière. Ces textes qui submergent les établissements sont vécus sur le terrain comme un parapluie pour l'Etat qui, instruit des affaires du sang contaminé et du nouveau variant de l'encéphalite spongiforme bovine, souhaite ainsi reporter sur les hospitaliers la responsabilité d'éventuels recours en les enfermant dans un carcan juridique.

**Cette réglementation et son impossible application sont devenues la principale préoccupation des responsables hospitaliers.** Elles mobilisent maintenant toute leur énergie aux dépens de la démarche managériale et donc de leur capacité à élaborer des projets et à faire évoluer les équipes et les structures.

Le découragement est d'autant plus fort que cette course incessante en vue de rattraper une réglementation toujours plus précise et toujours plus exigeante, n'est même pas assurée d'avoir un impact sur la qualité de la prise en charge des patients.

De plus, les coûts vertigineux de ces mesures ont mis à mal la capacité à investir des hôpitaux.

Les textes existants devront être réexaminés avec pragmatisme et sélectionnés en fonction de leur pertinence, de leur cohérence et de leur faisabilité. **Le maintien, à l'identique ou modifié, des seuls règlements utiles devra être assorti d'un engagement de l'Etat de financer les conséquences en personnels et matériels qui en découlent.**

Les nouvelles dispositions prises devront servir plus à définir des objectifs à atteindre, guidés par des outils d'évaluation, des indicateurs et des échéances, qu'à rédiger des normes à respecter. Elles ne devront être publiées qu'après des études précises de leur impact financier, humain et plus généralement de leur faisabilité et être accompagnées des moyens nécessaires à leur mise en œuvre.

## **2 - Un statut spécifique pour l'Hôpital public : L'Etablissement Public de Santé**

C'est au niveau de l'Etat que se définissent et se négocient les grandes règles de fonctionnement des établissements publics de santé, des statuts de ses personnels et des modalités d'intégration dans les corps.

Les établissements attendent impatiemment un cadre juridique spécifique qui, pour le moment, est celui d'un Etablissement Public Administratif (EPA). L'offre de soin hospitalière dans le secteur public a des impératifs qui ne trouvent pas leur traduction réglementaire dans le statut des E.P.A. en particulier si on met en place la tarification à l'activité. Les statuts, le code des marchés publics, la séparation ordonnateur-comptable entre autres sont autant d'éléments qui doivent être adaptés pour redonner de la souplesse et de la réactivité aux établissements. Ils permettront à chacun selon sa taille, sa mission et son histoire, de relever les défis du plan « Hôpital 2007 » .

## **3 - La déconcentration, une nécessité dans la déclinaison de la politique de santé :**

S'il est du rôle de l'Etat et du Parlement de définir la politique générale de santé, les grandes priorités nationales et leur financement, il faut que les régions sanitaires acquièrent une plus grande autonomie dans la définition de leur projet et dans leur organisation.

La perspective annoncée de l'allègement du régime des autorisations et de la suppression la carte sanitaire a été fort bien reçue par les hospitaliers. La souplesse et la marge de manœuvre que cette mesure apporte aux directeurs d'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) et aux hospitaliers dans leurs négociations de Contrats d'Objectifs et de Moyens (C.O.M) ouvre des perspectives intéressantes de responsabilisation des acteurs de soins.

Il faut aller plus loin. Par exemple : les circulaires budgétaires qui précisent dans le détail les innombrables crédits fléchés déclinés à partir du niveau national font perdre tous les espaces de libertés que sont en droit d'attendre les acteurs et leur tutelle. Ils

suppriment tout simplement la possibilité de contractualiser sur des objectifs spécifiques ou contraignent les A.R.H., si elles veulent malgré tout s'engager dans cette démarche, à amputer d'autant la base budgétaire des établissements. La tarification à l'activité ne pourra de toutes façons plus se satisfaire d'une telle rigidité.

**L'Etat ne doit donc garder qu'un rôle d'arbitre et de garant de la cohérence générale du dispositif, de sa qualité et de son équité.**

## **B. La région sanitaire, niveau pertinent de l'organisation sanitaire**

S'il est un sujet qui a dégagé un quasi-consensus lors des entretiens que nous avons menés, c'est bien celui de la région administrative comme niveau optimum de l'organisation sanitaire. La création des Agences a été saluée et leur nécessaire évolution pour aller plus loin dans le dispositif largement souhaitée.

La région sanitaire constitue, pour tous, le niveau reconnu ou doivent se dessiner et se coordonner les projets et se définir les organisations qui en découlent. Les A.R.H. et leurs Directeurs, plus proches du terrain que le niveau central sont mieux à même de prendre les bonnes décisions en matière de planification et la taille du territoire qu'ils ont à orchestrer est suffisamment grande pour envisager des projets cohérents et complets, sans empêcher bien évidemment le développement des projets inter-régionaux, voire nationaux, notamment pour les CHU.

### **1 - Passer des Agences Régionales de l'Hospitalisation aux Agences Régionales de Santé**

Néanmoins, le champ limité à l'hospitalisation des Agences Régionales apparaît maintenant comme un frein à l'évolution du dispositif de santé. L'hôpital sort de ses murs et travaille de plus en plus avec la médecine de ville. Il s'implique avec le médico-social, se retrouve engagé dans une démarche de santé publique par le biais entre autres du développement de la prévention auquel il est associé.

Les A.R.H. se voient ainsi freinées dans leurs initiatives du fait de l'étroitesse de leur champ de compétence et du morcellement des responsabilités dans le domaine général de l'organisation de la santé.

Les liens qu'elles peuvent instaurer avec les Unions Régionales de Caisses d'Assurances Maladies (URCAM) ont toute leur utilité mais ne permettent pas d'aller au bout de la logique. **La séparation des deux secteurs hospitalier et ambulatoire est en tous cas un frein aux initiatives et à la réalisation des projets.**

L'évolution des A.R.H. vers les A.R.S. est largement souhaitée même si tout le monde ne s'accorde pas sur l'objectif à atteindre.

Nous considérons que cette extension doit aller le plus loin possible. Elle doit bien sûr concerner la médecine ambulatoire mais aussi la prise en charge médicale des personnes âgées, la sécurité sanitaire, la santé publique de manière à regrouper tous les services sous une seule autorité. Par contre, les établissements de personnes âgées valides et dépendantes devraient être autonomes par rapport aux hôpitaux publics et être dans le champ de compétences des collectivités territoriales. Il s'agit d'une évolution importante qui doit être menée de façon progressive et prudente car elle impliquera également une révision de l'organisation interne des

Agences. Cela nécessitera de nombreux débats, des expérimentations et des ajustements pour permettre à chacun, élus comme professionnels, de trouver de nouveaux repères.

Ces nécessaires précautions ne doivent pas pour autant retarder la programmation de cette mutation.

## **2 - Les Agences, guichet unique de l'hôpital**

Les hospitaliers sont unanimes à reconnaître le rôle des agences. Par contre, ils vivent difficilement les interventions multiples et non coordonnées qui continuent à s'exercer autour de l'hôpital : D.D.A.S.S., D.R.A.S.S., l'Assurance Maladie et en particulier ses médecins qui dépendent directement du service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (C.N.A.M.), Inspection Générale des Affaires Sanitaires (I.G.A.S), Préfecture, Ministère de la Santé, Agences et Etablissements Nationaux.

Sans contester la nécessité des enquêtes, des contrôles et des sollicitations dont ils sont l'objet, **les établissements demandent instamment la mise en place d'un guichet unique pour l'hôpital et d'une charte de gestion précisant le type d'informations à produire.**

Les Chambres Régionales des Comptes, même si elles n'ont en aucun cas à solliciter l'accord des Agences pour contrôler un établissement gagneraient à effectuer ce contrôle en lien et en cohérence avec celles-ci. Les établissements y verraient ainsi certainement plus clair et leur participation n'en serait que plus active.

En effet, seules les Agences sont susceptibles de donner de la cohérence et de la coordination à ces différentes interventions et d'en rendre les établissements acteurs. Un tel schéma donnerait plus de sens à l'action des personnels de l'Etat dont la qualité n'est pas en cause, mais qui souffrent aussi de ces dispersions.

**C'est dans une démarche partagée avec l'Agence qu'un hôpital engagé et responsable doit participer activement à sa construction, son évaluation et son évolution.**

## **3 - Le Conseil Régional de Santé, une instance consultative sur la politique de santé**

La reconnaissance dont disposent maintenant les Agences Régionales de l'Hospitalisation et l'extension prochaine de leur champ de compétence posent cependant question. Il peut en effet paraître inquiétant voire dangereux que soient concentrés dans une seule instance et sous l'autorité d'une seule personne tant de pouvoirs.

Il est également essentiel, si l'on veut responsabiliser les professionnels et les élus au sein d'une région, qu'ils puissent s'exprimer et peser dans les décisions ayant trait au choix des priorités régionales, à l'organisation sanitaire et au suivi des différents chantiers engagés.

Les Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire et Sociale (C.R.O.S.S.) ont fait la preuve de leur intérêt mais également de leurs limites dans ce domaine et la

suppression prochaine des cartes sanitaires et de l'allègement régime des autorisations les condamnent inévitablement.

Les conférences régionales de santé n'ont pas démontré leur utilité. Il s'agit d'assemblées trop importantes, aux règles du jeu vécues comme faussement démocratiques et totalement déconnectées de la politique régionale définie par les A.R.H. et les D.R.A.S.S.

Il est donc nécessaire de **constituer, à côté de l'agence, une instance régionale qui aurait une véritable mission dans la validation de la politique de santé, l'établissement des priorités régionales, l'agrément des Projets d'établissements et des Contrats d'objectifs et de moyens ainsi que dans le suivi des S.R.O.S.** Cette instance se substituerait au C.R.O.S.S. et à la conférence régionale de santé qui seraient supprimés.

Spécifique à la santé, cette instance indépendante, devrait associer des élus, des personnalités qualifiées et des professionnels.

Le Conseil serait consulté par l'A.R.H sur le S.R.O.S, les autorisations, les objectifs de santé et l'aménagement du territoire. Il serait régulièrement informé de l'évaluation de la politique de l'A.R.H.. Par ailleurs, dans son champ de compétences, il aura une capacité d'auto-saisine.

La mise en place de cette forme de contre-pouvoir nous semble conditionner la pérennisation et l'extension du champ d'action des agences.

### **C. Le territoire de santé, zone d'organisation de la prise en charge des patients**

L'ouverture de l'hôpital sur la ville, le développement de l'hospitalisation à domicile, la mutualisation des équipements, des plateaux techniques et la répartition d'activités qu'elle sous-tend nécessitent de poser la problématique de l'organisation des territoires de santé. Le développement de liens entre les différents territoires doit permettre de mieux appréhender les divers besoins en santé et d'y apporter la réponse adaptée : c'est à dire favoriser la mise en place d'une graduation des soins permettant d'assurer une permanence de soins de qualité et l'organisation de filières de prise en charge des patients.

Cette architecture territoriale reposerait sur la création d'un nouvel espace inspiré du secteur sanitaire, à la fois lieu d'élaboration de la stratégie médicale et de pilotage des coopérations et des partenariats en cohérence avec les choix régionaux et les S.R.O.S.

## **1 - Un concept nouveau, variable mais incontournable**

Les équipes médicales des établissements prises individuellement au sein d'un territoire de santé sont souvent fragiles. Les petites structures et en particulier les plus isolées ont de plus en plus de difficultés à recruter les compétences médicales et ne peuvent les obtenir que si elles s'accordent avec les établissements plus gros et plus attractifs pour des temps médicaux partagés.

On note par ailleurs fréquemment une absence de cohérence au sein d'un même secteur sanitaire sur l'organisation des soins programmés et non programmés, ces derniers étant souvent laissés à la charge de l'hôpital public, parfois même dans les spécialités où les compétences sont majoritairement dans le secteur privé. Les cloisonnements et l'absence de coordination entre les structures publiques et privées exposent au risque de rupture dans la continuité de l'offre de soins y compris dans des zones où la démographie médicale considérée dans sa globalité n'est pas déficitaire.

Enfin, la gestion du parcours des patients, admission – séjour – soins de suite et retour à domicile -est souvent inadaptée et les personnes âgées souffrent le plus de ces dysfonctionnements inadmissibles.

Il est aujourd'hui indispensable de coordonner l'action des différents acteurs et institutions de santé et d'assurer leur participation à la permanence des soins et ce à la hauteur des compétences dont ils disposent.

## **2 - Des outils juridiques à valoriser**

Des outils juridiques existent : la communauté d'établissements, les conventions, le groupement de coopération sanitaire, le syndicat inter-hospitalier, la fusion des établissements publics de santé... Ils offrent de nombreuses perspectives mais nécessitent pourtant certains assouplissements si l'on veut permettre à des initiatives locales actuellement bridées de se concrétiser.

Deux outils principaux nous semblent devoir être développés : le groupement de coopération sanitaire (G.C.S) et la fusion.

### **a) La communauté d'établissements et les conventions :**

Les communautés d'établissements ont été définies. Elles ont fondé leurs relations sur des modes conventionnels multiples. Ce premier pas a permis d'engager des coopérations, mais cette forme d'organisation n'est plus à la hauteur des enjeux, car elle reste parcellaire, aléatoire, complexe et souvent annexe dans les stratégies autonomes de chaque hôpital.

### **b) Le Groupement de Coopération Sanitaire :**

Peu utilisé jusqu'alors, il s'est rapidement développé ces derniers temps et l'annonce de son assouplissement futur et de son ouverture plus large en particulier aux médecins libéraux a été fort bien accueillie. Il doit devenir l'outil privilégié de coopération entre les établissements de statuts différents dans les années qui viennent. Sa réussite passe par une définition précise du cadre juridique qui assurera une réelle opérabilité.

Les syndicats inter-hospitaliers, quant à eux, apparaissent beaucoup trop lourds et dissuasifs. L'assouplissement des G.C.S. constitue très certainement pour eux l'annonce de leur disparition.

### **c) La fusion :**

Elle concerne les établissements publics de santé et ne peut être que volontaire, donc valorisée. Son intérêt majeur est d'unifier sous la même autorité (un seul conseil d'administration, une seule direction) les équipes et l'organisation des soins. Elle est néanmoins trop souvent crainte, en particulier par les petits établissements qui y voient la menace de perdre leur identité et leurs propres projets. Il est essentiel de rendre la fusion attractive par des incitations organisationnelles et financières : nos préconisations sur l'organisation interne de l'hôpital pourront y contribuer par la souplesse qu'elles engendrent.

Les petits établissements devront toutefois comprendre que leur sort dépend totalement de leur adhésion à des projets menés avec les établissements pivots et que la fusion peut constituer un moyen de maintenir des compétences médicales au sein de leurs murs, y compris pour des missions de proximité.

### **d) Le transfert de compétences, une voie à expérimenter:**

En se référant aux dispositions en matière d'intercommunalité, on pourrait imaginer le transfert de la compétence de la gestion du personnel médical avec l'affectation de tous les praticiens à **l'établissement de bassin** (nouvel établissement qui disposerait de la personnalité juridique).

Les hôpitaux resteraient autonomes, tout en bénéficiant des équipes médicales de cet établissement de bassin. Dans ce cadre, on évite les relations contractuelles et le formalisme des structures de coopération.

Bien entendu, les hôpitaux pourraient transférer d'autres activités, mais le transfert de compétences pour la gestion du corps médical nous paraît être la réponse la plus adaptée à l'organisation des soins et des filières de prise en charge.

Si le secteur privé se réorganise rapidement, il n'en va pas de même pour le secteur public. Il est clair que la tarification à l'activité va stimuler les coopérations entre les acteurs. Cependant, instruits par l'expérience, nous mesurons la capacité d'immobilisme des hospitaliers publics. Le statut très protecteur amène les agents à considérer que leur fonction ne saurait être remise en cause et par là même compromet (ou retarde) toute redéfinition des missions de leur hôpital.

Nous considérons donc que **l'agence, aura également pour rôle de stimuler ces nouvelles formes d'organisation.**

Elle en fera un bilan annuel devant le Conseil Régional de Santé, elle proposera, après évaluation, des objectifs de coopération pour améliorer la prise en charge des patients et le bon usage des ressources.

## **LES PROPOSITIONS**

- 1 ➤ Redéfinir les missions et rôles des services de l'Etat et du Parlement dans un cadre légal et réglementaire simplifié et moins normatif.**
- 2 ➤ Renforcer le niveau régional grâce à une agence aux compétences élargies  
et des projets débattus au sein du Conseil Régional de Santé.**
- 3 ➤ Assurer dans le cadre du territoire de santé la mise en œuvre de l'offre et la permanence des soins dans une prise en charge coordonnée des patients,  
de l'urgence jusqu'au retour à domicile en passant par les soins de suite.**

## **II – L'ORGANISATION INTERNE**

Afin d'améliorer l'efficacité médicale, l'organisation interne de l'hôpital doit être entièrement revue.

Ce chantier long et difficile s'appuie sur quatre priorités :

- 1) développer les initiatives locales en généralisant « l'amendement liberté » L 6.146-8 du Code de la Santé Publique ;
- 2) restaurer l'autorité autour du Conseil d'Administration et d'un Comité stratégique médico-administratif, véritables organes de pilotage ;
- 3) déléguer la responsabilité au médecin, chef de pôle ;
- 4) passer de 21 commissions à 3 instances réelles de concertation et de proposition.

### **A - La généralisation de « l'amendement liberté » pour restaurer l'initiative et la réactivité :**

Tous nos interlocuteurs au sommet de l'Etat et en dehors du champ hospitalier nous interpellent. Comment se fait-il que l'hôpital qui a la liberté de s'organiser ne profite pas pleinement de cette opportunité ?

Les hospitaliers, malgré le désenchantement présent ont su s'organiser au quotidien quels que soient les défis à relever tels que l'afflux aux urgences, la difficulté à transférer les malades dans des structures de soins de suite adaptées, les soins de recours et de réanimation, la transplantation d'organes, l'évolution technologique, les traitements innovants. ..

Plan Orsec, cas sociaux, violences : en temps réel et 24Hsur24H, du directeur, au médecin, aux soignants, à l'administration, aux services techniques, tout le monde est sur le pont, sans compter son temps, son engagement et sa bonne volonté.

A contrario, innover dans le domaine de l'organisation, relève du défi permanent. L'usage de l'article liberté devient acte de courage, voire esprit d'aventure avec tout ce que cela comporte en terme de prise de risque dans un système public, lorsque chaque jour les règlements, et les normes tombent sur la tête des hospitaliers.

Un cadre légal rénové doit inciter à l'innovation et le **règlement intérieur, voté par les instances, doit être le référentiel d'action de chaque hôpital**, sachant que ce dernier sera évalué demain sur des résultats en terme de performance médicale et économique.

Ainsi, les hospitaliers qui démontrent au quotidien leur capacité d'adaptation sauront trouver l'organisation optimale pour chaque établissement autour d'un cadre rénové :

- une délégitimation de responsabilités,
- de véritables organes de décision,
- des lieux de concertation moins nombreux mais efficaces.

## **B - L'organisation en centres de responsabilité en passant du découpage par services à des regroupements en pôle d'activité placés sous la responsabilité d'un médecin**

« Le centre de responsabilité est un ensemble coordonné de moyens humains et matériels présentant un caractère stable, mis en œuvre sous une autorité unique, au bénéfice d'une mission, d'une fonction, d'une ou plusieurs activités.

Il recouvre des entités médicales, médico-techniques, administratives, logistiques ou mixtes. »

Ce dispositif est donc obligatoire depuis le 1/08/1983 et s'inscrivait dans le cadre de la grande réforme du budget global. Force est de constater qu'à part quelques « tentatives » le dispositif n'a pas fonctionné.

**Le financement à l'activité** remet les acteurs dans le sens de la marche en fournissant un paradigme compréhensible par tous : les moyens suivent l'activité, alors qu'aujourd'hui le développement de l'activité met les équipes en difficultés faute d'ajustement rapide des moyens. Dès lors, une organisation en pôles et la délégation de gestion trouvent leurs sens. Par ailleurs, la prise en charge coordonnée des patients, l'activité ambulatoire ou programmée favorisent les regroupements de moyens pour une meilleure organisation.

### **1 – Les pôles d'activité**

**Nous ne décrivons pas de modèle** car chaque établissement trouvera l'organisation qui lui convient compte tenu de sa dimension, de son histoire, de sa culture, de son territoire de santé, de son architecture et de ses compétences. Vouloir organiser dans le détail les instances d'un hôpital serait un contre-sens à la liberté d'initiative.

Nous donnerons néanmoins quelques orientations de façon à clarifier notre proposition et éviter l'inquiétude provoquée par le vide réglementaire :

**Les services et les départements seront supprimés** en tant qu'entité juridique et territoriale. Les unités fonctionnelles seront maintenues en tant qu'unité de gestion dans le cadre du projet de pôle.

Si le mot « pôle » correspond à la notion de centre de responsabilité, chaque établissement sera susceptible de choisir l'appellation qui lui convient le mieux.

Toutes les expériences étrangères et les premières initiatives françaises montrent que le nombre de centres de responsabilité doit être réduit. A terme, les hôpitaux devront descendre en dessous de 10 pour atteindre une gestion optimale.

Les hôpitaux de proximité pourront s'organiser en interne, ou s'associer aux sites de référence pour constituer un pôle dans le cadre de l'organisation du territoire de santé.

### **2 – Les chefs de pôles**

**Les responsables de pôles feront partie du Comité stratégique.** Ce lien est essentiel pour assurer la cohérence entre la stratégie et la gestion et éviter la balkanisation entre pôles.

Les responsables de pôles seront membres de droit de la CME.

Le responsable d'un pôle médical ou médico-technique sera un médecin des hôpitaux. Sa fonction manageriale devra lui permettre de continuer à exercer pour partie une activité médicale sachant que son temps sera compensé. La gestion économique et administrative du pôle sera assurée par un attaché d'administration (poste et temps à définir par règlement intérieur) et la gestion des soins paramédicaux par un cadre soignant tous deux placés sous l'autorité du responsable du pôle.

Le chef de pôle sera recruté sur **profil de poste** définissant :

- le projet du pôle
- le périmètre de ses responsabilités
- les moyens mis à sa disposition
- la rémunération complémentaire
- les modalités d'évaluation

Il sera proposé par les médecins du pôle à partir de candidatures internes ou externes à l'établissement. Il sera nommé par le Directeur avec lequel il passera, après délibération du Conseil d'Administration, un contrat cosigné par le Président de la CME. Ce contrat précisera les objectifs et le niveau de délégation de gestion. Cette nouvelle fonction nécessitera par une formation managériale adaptée.

Le mandat est de 5 ans renouvelable après évaluation. Il peut être mis fin prématurément au contrat si les engagements ne sont manifestement pas tenus.

### **C – Le pilotage de l'hôpital, restaurer l'autorité autour du Conseil d'administration et du Comité stratégique**

Les freins au bon fonctionnement des établissements sont connus :

- le renforcement de la tutelle dans la gestion (textes, contrôles, commissions, crédits fléchés etc...);
- un conseil d'administration le plus souvent déresponsabilisé, simple conseil de surveillance sans moyens financiers ni expertise médicale suffisante;
- un cloisonnement et une lutte des pouvoirs entre les médecins, les soignants et l'administration.

Deux signes encourageants :

- **tous les administrateurs que nous avons rencontrés souhaiteraient jouer un vrai rôle et les élus sont attachés à leur hôpital ;**
- **les directeurs et les présidents de CME coopèrent pour conduire leur hôpital malgré toutes les vicissitudes.**

L'autonomie de l'hôpital devra donc se construire autour de l'articulation d'un conseil d'administration restauré dans sa légitimité et d'un comité stratégique à l'autorité reconnue.

## 1) Le Conseil d'Administration :

Le Conseil d'Administration doit retrouver son rôle : il valide les choix stratégiques et financiers, notamment avec la tarification à l'activité qui tourne le dos à la logique de demande de crédits, est garant de l'organisation et de l'exécution des contrats. Ceci passera par une formation des administrateurs.

Ce renouveau est la condition du retour à une réelle autonomie.

a. ➤ **Attributions** : Sur proposition du Comité Stratégique, le Conseil d'Administration délibère sur :

- le plan stratégique, les programmes de santé publique et évalue annuellement leur mise en œuvre ;
- le projet financier et affecte les résultats;
- les règlements intérieurs ;
- l'organisation en pôles, centres de responsabilité ;
- les modalités d'intéressement ;
- les contrats entre le directeur et le chef de pôle ;
- les modalités contractuelles de recrutement des médecins ;
- il se prononce sur les indicateurs de résultats en terme de qualité et de gestion.

b. ➤ **Composition** : l'évolution devra garantir un engagement, une ouverture sur

l'extérieur et un meilleur équilibre avec trois collèges :

- les élus avec une meilleure prise en compte de l'intercommunalité et pour certains de leur dimension régionale;
- les professionnels, médecins émanant de la CME et les personnels issus du CTE ;
- la société civile avec les représentants des usagers et des personnalités qualifiées.

c. ➤ **Présidence** : le Président sera élu parmi les membres du Conseil, à l'exception des salariés de l'hôpital

d. ➤ **Fonctionnement** : défini par règlement intérieur.

## 2) Le Comité Stratégique :

La conduite de l'hôpital sera assurée par un exécutif fort associant l'administration et le corps médical au sein d'un comité stratégique.

Les changements proposés seront d'une telle ampleur qu'il faudra qu'une direction forte et reconnue tienne « le gouvernail » et travaille en symbiose avec les responsables de pôle afin d'assurer la cohérence entre la stratégie et sa mise en œuvre sur le terrain. C'est à cette instance, après accord du Conseil

d'Administration, de rendre compréhensible le changement , faire comprendre les enjeux et mettre en phase les responsables et les personnels pour atteindre les objectifs tournés vers la satisfaction des patients.

a. ➤ **Attributions** : Le Comité stratégique :

- Elabore le projet stratégique, les programmes de santé publique et leur mise en œuvre ;
- Gère les ressources dans le cadre du projet financier ;
- Gère les risques et analyse la qualité du service rendu aux malades;
- Met en place et coordonne les pôles (centres de responsabilité) : leur découpage, le choix des responsables et la contractualisation interne.

Ses propositions sont soumises au vote du Conseil d'Administration, après avis des instances.

b. ➤ **Composition** :

Le Directeur Général, le Président de la CME et leurs principaux collaborateurs,  
le doyen pour les CHU, ainsi que les responsables de pôles.

En pratique, l'importance de ce Comité, nécessite l'existence d'un bureau composé du Directeur Général, du Président de la CME et de leurs proches collaborateurs.

c. ➤ **Présidence** : le Directeur Général, représentant légal de l'institution

d. ➤ **Fonctionnement** : défini par règlement intérieur.

## **D – La concertation, passer d'une vingtaine de commissions à trois instances :**

Imaginons que dans un hôpital, chaque commission se réunisse 2 fois par an et émettent 10 propositions.

Cela fait environ 200 avis que les directeurs, déjà submergés par les tâches administratives, sont bien souvent dans l'incapacité d'assurer le suivi.

Avec 1000 établissements, cela se chiffre en centaines de milliers d'heures de réunion.

Nous proposons la suppression de ces commissions sachant que chaque hôpital aura la possibilité d'en maintenir certaines ou en créer d'autres en fonction des besoins propres à l'établissement.

Par contre, cette libération de temps va redonner de l'air à trois instances : la Commission Médicale d'Etablissement et le Comité Technique d'Etablissement et un Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ayant compétence sur la gestion des risques et de la qualité.

## **1 – La Commission Médicale d'Etablissement, un vrai rôle institutionnel : le projet médical, l'évaluation et la formation**

Sa place n'est plus à prouver. Elle a montré son importance dans la construction de l'hôpital.

La nouvelle organisation avec le Comité Stratégique et les pôles, fera évoluer son rôle. Les nominations de médecins seront gérées par le Comité Stratégique après propositions des pôles. Il faut donc recentrer la C.M.E. sur la politique médicale.

Dans l'esprit qui anime nos propositions, nous considérons que la composition, les attributions et l'organisation de la Commission Médicale d'Etablissement relèveront du règlement intérieur.

Le tronc juridique commun, comportera les dispositions suivantes :

- Les responsables des pôles sont membres de droit de la Commission Médicale d'Etablissement.
- La Commission Médicale d'Etablissement :
  - participe à l'élaboration du Plan Stratégique (projet médical, projet d'établissement)
  - organise la Formation Médicale Continue et son évaluation
- émet un avis sur :
  - le projet financier
  - le choix des chefs de pôles
  - le projet des pôles, leur fonctionnement et leur suivi
  - les dispositions contractuelles de recrutement des médecins
  - les modalités d'intéressement individuels ou collectifs

Le Président de C.M.E. du fait de l'importance qu'a pris sa fonction doit être reconnu.

Son temps médical doit être aménagé et compensé. Des moyens matériels et administratifs doivent lui être attribués.

Sa signature doit posséder une assise réglementaire.

Il doit ainsi signer avec le Directeur :

- le Contrat d'Objectifs et de Moyens
- les contrats des chefs de pôles
- les contrats des médecins

Dans les C.H.U., il doit signer avec le directeur Général et le doyen la demande de révision des effectifs hospitalo-universitaires.

## **2 – Le Comité Technique d'Etablissement une instance à responsabiliser**

Le Comité Technique d'Etablissement, au delà de ses attributions actuelles, sera informé annuellement de la mise en œuvre du plan stratégique, des indicateurs de résultats (qualité – coût) et émettra des avis et des propositions. Celles-ci seront étudiées par le Comité stratégique qui apportera des réponses motivées.

L'évolution du pilotage de l'hôpital nous amène à proposer que le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et deux médecins assistent aux réunions de

cette instance. En effet, il est nécessaire que le lien entre l'organisation du corps médical et celle des autres catégories de personnel puisse être abordé. Cela se justifie plus encore avec la mise en œuvre de la RTT et la démarche qualité. Il serait souhaitable que les personnels soient désignés par collègues afin d'assurer au-delà du fait syndical, une vraie représentation de tous les professionnels que l'on retrouvera au Conseil d'Administration.

### **3 – Le Comité de la Qualité, de la Gestion des Risques et des Conditions de Travail**

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.), dans sa forme actuelle, est à bout de souffle.

Les séances sont longues, les questions redondantes, les syndicats se plaignent que les problèmes ne soient pas réglés, soit par inertie, soit par renvoi à d'autres commissions.

Le contrôle à posteriori des responsables des vigilances ne nécessitent plus les commissions ad hoc (CLIN, hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance etc...). Ces domaines relèveront de chaque praticien responsable. Par contre ces problématiques transversales concernent tous les acteurs. La sécurité des patients est aussi celle des personnels et inversement. Dans un but d'efficacité et d'appropriation de la gestion des risques, il nous paraît judicieux de regrouper les représentants des personnels, les vigilants et le responsable qualité.

Cette instance verra donc ses attributions étendues aux questions suivantes :

- avis sur les procédures de gestion des risques et de la qualité ;
- suivi des avis de l'ANAES dans son domaine de compétence ;
- analyse et avis sur les indicateurs de résultats et propositions d'actions.

## **LES PROPOSITIONS**

- 4 ➤ Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation ;**
- 5 ➤ Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin ;**
- 6 ➤ Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction ;**
- 7 ➤ Organiser la concertation au niveau des trois instances pluri-professionnelles pour recentrer l'action sur le soin.**

### **III. LES HOMMES**

Les médecins à qui se confient les malades doivent retrouver un cadre d'exercice de leur métier qui privilégie l'attention aux patients au-delà de leurs tâches de soignants, de chercheurs ou d'enseignants. Le désengagement de leurs responsabilités administratives en dit long sur le climat ambiant.

Ensuite, le management passe par une direction reconnue pour ses attributions, légitime par ses compétences et son savoir-faire, valorisée en fonction de son niveau de responsabilités et la qualité de sa gestion.

Pour les personnels, le constat est inquiétant, mise en place précipitée de l'A.R.T.T., absentéisme en hausse régulière, démotivation, dégradation des conditions de travail et manque de reconnaissance. La négociation nécessaire avec les syndicats ne réglera pas ce problème. Il en va ici de reconnaître, valoriser et tirer vers le haut les compétences du terrain, organiser le travail médical en prenant en compte les personnels, en les respectant et en prévoyant un intéressement collectif.

#### **A. Les médecins, chirurgiens, odontologistes, pharmaciens des hôpitaux.**

Il n'y a pas de solution unique au recrutement des médecins. Les situations des établissements, les attentes des candidats sont très diverses. Dans l'esprit du projet « hôpital 2007 », nous devons offrir le maximum de possibilités dans le respect du droit et des règles de transparence. En raison de la pénurie actuelle, on est loin de la situation idéale alors que les sociétés d'intérim, les mercenaires et autres itinérants du cumul des fonctions profitent de la décadence du système.

Nous proposons **deux voies de recrutement** :

- **Le statut public** dans sa forme modernisée, c'est à dire, réactive, garantissant la situation du médecin (nomination ministérielle) et les intérêts de l'hôpital (contrat interne).
- **Le contrat** de type droit privé, validé par le Conseil d'Administration et signé par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

##### **1 – Le Recrutement statutaire**

a) L'entrée dans le corps :

La voie principale reste le concours national avec entrée dans le corps validé par le Ministre.

##### **b) Le recrutement :**

Tout poste vacant dans un hôpital devra faire l'objet d'un profil de fonction arrêté par le responsable du pôle de la discipline médicale et validé par le comité stratégique. Il est surréaliste que pour cet acte de recrutement cela soit rarement réalisé alors qu'on le fait, judicieusement d'ailleurs, pour les agents de l'hôpital.

Le poste sera publié sur un site internet national, dans les journaux médicaux (deux insertions). La publication au journal officile est virtuelle, car les recrutements sont le plus souvent joués d'avance par le réseau relationnel. Ainsi on supprime la galère des recensements, attentes de publication et arrêtés de nomination.

Le recrutement est effectué par le responsable de pôle, le Président de la CME et le Directeur avec lequel le candidat signe un contrat. Ces signatures acquises, un arrêté ministériel confirme la nomination du médecin dans l'hôpital après un délai de 3 mois permettant à un éventuel recours de s'exercer. Il pourra être recruté comme contractuel durant cette période, sauf s'il s'agit d'une mutation pour laquelle un préavis de 3 mois est nécessaire.

Tout candidat considérant qu'il y a des vices de procédures sur la forme et sur le fond pourra saisir le Ministre par recours gracieux avec avis de la Commission nationale statutaire qui sera réunie en tant que de besoin.

Il existe enfin une voie de recours pour excès de pouvoir devant le tribunal administratif.

**c) Le contrat :** « Le Conseil d'Etat propose d'étudier l'opportunité des contrats individuels d'affectation sur emploi ; il s'agirait d'une voie nouvelle explorée, d'admettre que le régime juridique applicable à un fonctionnaire en position d'activité puisse découler à la fois de son statut et d'un contrat qu'il a lui-même négocié et conclu avec son autorité gestionnaire » (rapport public 2003 du Conseil d'Etat : perspectives pour la fonction publique, - document en annexe).

Le contrat est le document qui engage mutuellement les quatre signataires :

- le médecin sur son profil de fonction et son évaluation
- le responsable de pôle sur son choix
- le directeur sur le respect du statut, les conditions de travail et de rémunération
- le Président de la CME, garant de la communauté médicale

Ce contrat comporterait cinq parties :

- **le statut :** temps plein, temps partiel, échelon...
- **les fonctions :** pôle de rattachement, spécialité, activité mono ou multisites, responsabilité, activités d'intérêt général, régime d'astreinte ou de garde ...
- **la rémunération :** référence à la grille salariale, mode de gestion de la R.T.T, indemnité de fonction, intéressement, activité libérale ...
- **l'évaluation :** par rapport au profil de poste, pratiques professionnelles, indicateurs de suivi de l'activité ...
- **les clauses de sauvegarde et voies de recours.**

## **2 – Le recrutement par contrat**

Face à des difficultés de recrutement, l'hôpital doit pouvoir passer directement un contrat avec un médecin. Cela sera attractif dans des spécialités sinistrées et évitera des pratiques douteuses de rémunération.

Le contrat, voté par le Conseil d'Administration, sera sur le même modèle que le contrat statutaire. La variante portera sur les modalités de rémunération qui pourront être négociées sur la base des honoraires (avec reversement pour les frais) et au forfait pour les services continus.

La crainte d'une flambée des tarifs est improbable dès l'instant où ils sont liés au volume d'acte, ce qui est en cohérence avec le financement à l'activité. En clair, on voit mal un hôpital payé à prix d'or un médecin qui n'aura qu'une activité virtuelle. Ce système permettra donc un assainissement de la situation.

### **3 – Les Modalités de rémunération et d'intéressement**

**Nombreux sont les médecins qui pensent qu'à pénibilité et responsabilité différentes devraient correspondre des salaires différents**, notion incompatible avec la rigidité des grilles salariales et de la seule progression à l'ancienneté.

Les directeurs d'établissement public sont confrontés aux lois du marché, lorsqu'ils veulent recruter un chirurgien, un radiologue, un anesthésiste, un psychiatre et bien d'autres spécialistes.

Sans une modification de la rémunération des responsables médicaux, l'hôpital n'atteindra jamais le niveau d'excellence recherché (il en va de même pour d'autres métiers administratifs et techniques). Le maintien du statut public comme base de traitement associé à un contrat spécifique lié à la compétence particulière est donc bien une piste à explorer.

### **4 – L'insuffisance professionnelle**

La procédure actuelle ne donne pas satisfaction. Elle est lourde, dissuasive, longue et trop souvent sans effet.

Même si elle aborde bien le problème de la maladie et de l'incompétence professionnelle, elle fait l'impasse sur un sujet particulièrement délicat mais incontournable qui est celui de « **l'inaptitude à l'intégration** ».

Cette notion qui existe en droit privé est par essence délicate et sujet à interprétation mais il serait vain de l'occulter car la majeure partie des problèmes non résolus relève de ce concept.

Elle devra à notre sens être rajoutée au cadre défini pour l'insuffisance professionnelle.

Il faut de toutes façons contribuer par tous les moyens à prévenir les difficultés. (la médecine du travail, la formation médicale continue et son évaluation, la formation aux management et aux relations humaines...)

Lorsqu'un problème n'a pas pu être prévenu et ne peut être résolu au sein d'un pôle, il appartiendra au chef de pôle d'en saisir le comité stratégique. Celui-ci, soit directement soit par l'intermédiaire d'une instance ad-hoc interne à l'établissement, s'efforcera de trouver une solution.

En l'absence de solution interne, le chef de pôle, le Président de la C.M.E. et le Directeur, par une démarche conjointe saisiront le centre de gestion.

## **5 - Les problèmes disciplinaires**

Ce sujet également difficile ne bénéficie pas d'une procédure satisfaisante si l'on en croit les représentants hospitaliers que nous avons rencontrés.

Le dispositif devra être maintenu au niveau national. Les cas à traiter sont fort heureusement peu nombreux et ne nécessitent pas une démultiplication régionale.

L'avis local sollicité devra relever du chef de pôle et du comité stratégique et non plus de la C.M.E. Cette nouvelle instance est plus à même de se prononcer qu'une C.M.E., il faut bien le reconnaître, souvent troublée à l'idée de se prononcer sur un membre de sa communauté.

Quant aux sanctions elles même et à leur application, elles devront très certainement être réétudiées de manière à ce que la procédure, obsolète, retrouve une opérabilité qu'elle a perdue ou n'a jamais eue.

## **B. Des directeurs aux managers**

Les directeurs trouvent leur identité commune dans un corps. L'identification de la fonction est beaucoup moins évidente : acceptation ambiguë par le corps médical à travers l'appellation « l'administration », mise sous tutelle protéiforme signe d'un manque de confiance, la conviction et l'énergie comme viatique faute de ligne hiérarchique claire, mais responsable et souvent seul sur le pont face aux situations de crise.

Le projet « Hôpital 2007 » ne pourra réussir sans une direction forte et légitime avec une équipe diversifiée.

Une distinction s'impose entre les cadres de direction et le directeur général.

Les premiers doivent disposer de fortes compétences techniques et managériales pour diriger les services nécessaires à la bonne administration d'un hôpital : finances, achat, ressources humaines, hôtellerie, qualité des soins.

Les seconds, notamment pour les 200 établissements qui structurent l'offre de soins relèvent d'une autre dimension : connaissance, expérience et maîtrise du domaine hospitalier, capacité stratégique et d'animation, leadership. Les meilleurs ont vocation à piloter les structures les plus importantes et complexes que sont les CHR-U.

Comment organiser le recrutement et la gestion.

## **1 - Les Directeurs généraux et Directeurs des hôpitaux de référence :**

- Ils dirigent les C.H.R-U. et les hôpitaux référents du territoire de santé (SAU-réa-USIC-néonatal- plateau technique lourd) soit 200 emplois, classés en plusieurs niveaux de responsabilité.
- Ces postes en détachement seront ouverts à la mutation et à la promotion pour les cadres de direction, aux médecins ou aux fonctionnaires d'Etat ou de collectivités territoriales ainsi qu'à des cadres du secteur privé sous réserve d'évaluation des compétences et d'une formation.
- Pour leur nomination, un profil de poste sera élaboré conjointement par le directeur de l'ARH et le Président du Conseil d'Administration après audition du Président de la C.M.E. Après sélection des candidats au niveau national, ils seront nommés par le Ministre sur avis conforme du Président du Conseil d'Administration et avis du directeur de l'A.R.H.
- Ils seront nommés pour des mandats de 4 ans renouvelables sur la base d'un contrat signé avec le Directeur de l'A.R.H. et le Président du Conseil d'Administration.

## **2 - Les Directeurs des autres établissements :**

Il est équitable que ces postes soient aussi en détachement car les fonctions et les responsabilités sont par nature identiques.

Le processus de recrutement (accessibilité, profil de postes, avis) sera le même que pour les structures les plus importantes. En revanche, dans un but de responsabilisation dans ce choix essentiel, la nomination pourra être faite par le Directeur de l'A.R.H. sur délégation de signature du Ministre et engagera clairement chacun dans l'organisation du territoire de santé.

## **3 – Evaluation - Rémunération - Formation :**

L'évaluation des directeurs d'établissements devra se situer au niveau de l'ARH et au niveau du Directeur de l'Agence en personne pour les postes les plus importants. Il ne s'agit pas ici des modalités actuelles de la notation qui ne sont pas à la hauteur de l'enjeu. Cet entretien annuel ou plus fréquent dans les situations difficiles, doit être mené dans un cadre très professionnel, d'échanges mutuels, de prises de décision. La mise en œuvre passera par une formation commune d'apprentissage de ce type de relations. L'expérience montre que nous sommes très loin de cette situation par manque de formation, d'intérêt ou de réelle volonté, dans une organisation des systèmes publics basée sur des principes hiérarchiques désuets et inopérants. Le relevé d'évaluation sera soumis pour visa et avis complémentaire du Président du Conseil d'Administration.

La rémunération statutaire ne caractérise ni le niveau des responsabilités, ni la performance des directeurs. La motivation, la reconnaissance, l'attractivité, devront se traduire par une nette différence des indemnités de fonction liées à l'importance de l'établissement, ainsi que par la mise en œuvre d'un intéressement significatif en fonction des résultats.

La formation continue est le parent pauvre. Les perspectives d'une plus grande mobilité, la recherche permanente de professionnalisme passeront par une formation continue de haut niveau (type « hôpital plus » réalisé par l'E.N.S.P) avec les moyens financiers afférents. Ce cursus devra être capitalisé et fera partie intégrante du dossier du Directeur pour permettre un réel plan de carrière.

#### **4 - Les Directeurs - Adjointes :**

Les Directeurs Adjointes relèveront du cadre statutaire, à condition que celui-ci soit rénové pour permettre une réelle ouverture sur des expertises variées. Dans le cas contraire on fera appel, comme actuellement au recours à des contractuels.

Le recrutement, après publicité de la vacance du poste (site internet et journaux professionnels) sera effectué par le chef d'établissement, sur un profil de poste et un véritable contrat d'engagement. La nomination sera confirmée par le Ministre. En cas de difficultés, il y aura donc toujours une possibilité de recours avec les garanties statutaires actuelles.

#### **5 – Le recrutement et la formation initiale**

Le recrutement et la formation débouchent non seulement sur l'unicité d'un corps, mais aussi sur une prévalence complète des Institut d'Etudes Politiques alors que les équipes de direction devraient regrouper un panel de compétences et de savoir-faire variés issues de métiers et formations divers. Cette proposition de changement, nous avons pu le mesurer lors de notre mission, déclenche critique et méfiance.

Nos propositions seront donc très simples :

**Le recrutement se fera par concours externe et interne.** Pour le premier, le concours, ouvert à tous diplômés de l'enseignement supérieur (dont les écoles), se fera sur titres et entretien conduit par des spécialistes. La démarche sera identique pour la promotion interne avec les aménagements statutaires nécessaires.

**La formation initiale se déroulera sur le mode de l'apprentissage.** Vu le niveau des candidats, on s'interroge sur l'intérêt pour eux de repartir sur les bancs de l'école. Il nous paraît plus logique que le candidat soit mis en situation dans les établissements (apprentissage du terrain – compagnonnage) avec des modules de formation complémentaires (management – santé publique – expertise). Un cycle court de 12 à 24 mois sera sanctionné par un diplôme ou un titre bénéficiant d'une

reconnaissance européenne et c'est à l'issue de cette période probatoire que le stagiaire entrera dans le corps.

**L'Ecole Nationale de la Santé Publique**, ouverte sur son environnement, a tous les atouts pour répondre à ce besoin, à condition que d'une part, elle dispose d'une grande souplesse d'adaptation et que d'autre part, elle puisse être mise en concurrence et attirer de nouvelles compétences.

## **6 – La gestion du corps**

Ce nouveau dispositif nous paraît favorable à l'évolution de l'hôpital mais aussi à celle des Directeurs.

Il favorisera la mobilité et permettra à de jeunes directeurs motivés, grâce au détachement, d'accéder à des fonctions de chef d'établissement.

Il assurera, dès le début par la formation en alternance, une réelle intégration des Directeurs, non pas dans un corps, mais dans l'hôpital et ceci avec pragmatisme, présence sur le terrain à côté des professionnels de métiers qui assurent quotidiennement les missions de soins.

Ce dispositif ne pourra fonctionner qu'à plusieurs conditions :

- **Une gestion active et positive du sommet des emplois**, avec la mise en place du Conseil Général des Hôpitaux et l'accessibilité à la Haute Fonction Publique ;
- **Une réelle gestion prévisionnelle des emplois et des compétences** au niveau central et non un simple suivi de la carrière hospitalière. Cette gestion pourra s'appuyer sur les évaluations réalisées par les A.R.H et les Directeurs et le Conseil Général des Hôpitaux pourrait avoir un rôle majeur dans cette gestion ;
- **Une possibilité réelle de mobilité** des directeurs vers d'autres fonctions ;

## **C. Un centre de gestion pour permettre les mobilités dans l'intérêt du service :**

Les difficultés posées par certains praticiens hospitaliers ou directeurs (inadaptation aux fonctions, relations conflictuelles, situation de crise) posent un réel problème et ne relèvent pas forcément d'une procédure disciplinaire.

La pratique consiste à se passer « le mistigri » entre hôpitaux en masquant les difficultés. Ceci empoisonne à la fois les établissements, le ministère et les personnes concernées qui font l'objet de pressions en tous genres.

**Le centre de gestion sera un établissement public national autonome financé par cotisation des hôpitaux**, sachant qu'il s'agira d'une structure très légère car elle gèrera en fait un nombre limité de personnes et sur des périodes courtes.

**La saisine du centre de gestion se fera par le directeur après avis du C.A. et accord du responsable de pôle et du Président de la CME pour les praticiens.**

La décision doit être validée par le ministère, ce qui permet un recours gracieux, car il ne s'agit pas d'une procédure disciplinaire. L'établissement demandeur assurera le salaire de l'agent concerné, en position hors cadre, jusqu'à sa nouvelle affectation.

Le centre sera chargé d'établir un bilan de situation et de compétence de la personne, de proposer une formation et d'offrir des possibilités de reclassement dans un autre hôpital ou une autre administration.

**D. L'encadrement, une fonction indispensable qui doit être reconnue et valorisée**

L'encadrement connaît des jours difficiles. Il se trouve au cœur des tensions et constitue la clé de voûte de la continuité du service public.

Dans les services, le cadre jongle avec la mise en place de la RTT, il subit la pression des médecins qui souhaitent travailler selon leurs souhaits, celle des personnels revendiquant leurs droits à la RTT, avec un mécontentement relayé par les syndicats. A cela s'ajoutent, l'absentéisme, la réduction du temps de communication, le manque de secrétaires, l'exigence des patients, etc...

Du côté de l'administration et des services techniques, les journées s'allongent car les moyens ont diminué et il faut boucler les dossiers.

Ces problèmes ne seront pas résolus par la création d'une nouvelle commission. Ils passent par quelques mesures de bon sens :

- Une formation des Cadres de santé qui privilégiera la collaboration avec les médecins au lieu de tenter d'imposer une séparation nuisible dans la responsabilité de la prise en charge des soins;
- La mise en place des pôles avec une réelle capacité d'initiative à côté du médecin responsable;
- Une organisation des unités en concertation avec les médecins et respectée par eux;
- Un dossier du patient unique et informatisé;
- Un recrutement direct par les établissements à la place de la procédure lourde et aléatoire des concours régionaux et départementaux, voire des possibilités contractuelles attractives pour des nouveaux métiers;
- Une formation continue validée avec des unités capitalisables permettant de vraies perspectives de promotion professionnelle jusqu'aux fonctions de direction;
- Un suivi individuel avec l'élaboration d'un plan de carrière;
- Une rencontre semestrielle avec le comité stratégique.

**E. Les personnels : des agents aux acteurs**

La gestion des personnels est traditionnellement abordée sur le thème du volet social. Nous n'ignorons pas l'importance des différents dispositifs et pourtant, malgré les multiples protocoles et la mise en place de la RTT, les signaux passent de l'orange au rouge : absentéisme en hausse, détérioration des conditions de travail,

tension dans les équipes par manque de communication, sentiment de non-reconnaissance, manque de respect, démotivation et demain désintéret.

## **1) Des métiers en évolution**

L'hôpital est un lieu de production de soins qui réclame la présence de personnels exerçant des dizaines de métiers différents, des moins qualifiés aux plus techniques. Les personnels y travaillent en pratiquant, en fonction des besoins, des tâches variées.

A la condition d'une formation tout au long de la vie active, l'hôpital peut devenir un lieu de promotion pour celles et ceux qui veulent se donner la peine d'apprendre et de se remettre en question régulièrement. Pour ce faire des filières variées devront être encouragées pour permettre aux personnels ayant une expérience de terrain ou voulant en acquérir une, de postuler sur une fonction différente. Cette mobilité au sens de la valorisation est une des clés de la réussite du changement, alors que le statut favorise l'immobilisme. Nous traiterons ici du corps infirmier et des secrétaires médicales car ils sont au plus près de l'exercice médical, mais bien sûr ces réflexions doivent concerner tous les corps de métier.

### **a) Le personnel infirmier**

La pratique du métier d'infirmier(e) comprend des gestes techniques et un temps de dialogue avec le malade et sa famille. Aujourd'hui la relation humaine entre l'infirmière et les malades dont elle a la charge est de plus en plus réduite, remplacée par des tâches administratives pesantes et une course aux soins techniques les plus pressés. Les infirmier(e)s croulent souvent sous le travail, par défaut de nombre mais aussi par défaut d'organisation des tâches.

Cette organisation devra se faire dans le cadre de protocoles de soins adaptés, correspondant à l'activité propre de l'unité dans lequel elles exercent. Ces protocoles de soins devront être élaborés en lien avec le responsable médical. Il ne peut exister de soins médicaux et infirmiers séparés.

La carrière doit évoluer et les infirmier(e)s accepter la mobilité au sein d'une équipe, d'un pôle ou de l'établissement de soins. La formation continue devra être encore plus qu'aujourd'hui favorisée (on ne conçoit pas qu'une infirmière puisse pratiquer plus de cinq ans le même métier sans recyclage théorique et pratique, tout comme les médecins et les autres catégories de personnels).

L'infirmier(e) qui en a le talent et la volonté, pourrait orienter sa carrière vers deux voies de responsabilités accrues :

**L'encadrement** : par une formation au sein des instituts dont on connaît la qualité mais qui devront favoriser plus qu'aujourd'hui la collaboration avec l'encadrement médical.

**L'expertise** : en complément des spécialisations actuelles d'infirmier(e) anesthésiste, de bloc opératoire, SMUR, de puéricultrice..., il faut développer les « infirmier(e)s clinicien(ne)s ». Ils/Elles devront pouvoir, sous la responsabilité des

médecins, prendre en charge des malades, établir des prescriptions par délégation, réaliser des actes thérapeutiques comme des endoscopies de contrôle, des échographies, des gestes opératoires programmés, etc.

La formation de durée variable selon la spécialité envisagée, alternant pratique et théorique, permettra à l'infirmier(e) de devenir experte en urologie, cardiologie, gastro-entérologie...et pourquoi pas après quelques années et une autre formation, de changer de spécialité.

Nous manquons cruellement de ces personnels assistants qui pourraient remplir des tâches responsables permettant aux médecins de se concentrer sur leur propre expertise.

Cela devrait d'ailleurs concerner d'autres professionnels que les infirmiers comme par exemple les optométristes pour les ophtalmologistes.

### **b) Les secrétaires :**

Leur métier change et leur rôle d'assistante médicale dans la prise de contact des malades et leur suivi en consultation est de plus en plus important. L'informatisation de leurs tâches se développe vite mais souvent les formations ne suivent pas les progrès technologiques. Le temps passé au téléphone, la gestion des dossiers pour lesquels un avis est demandé sans consultation des malades déstabilisent leur travail sans qu'il n'y ait de reconnaissance de leur aide. Des filières de formation entre secrétaires et infirmières devront faciliter les transferts de compétence et permettre à chacune d'évoluer dans sa carrière à l'hôpital.

### **c) Les autres métiers :**

Tous les personnels doivent se former aux nouvelles techniques de leur métier. Ils pourront en fonction de leurs capacités évoluer vers d'autres fonctions selon l'expérience et les savoirs faire qu'ils auront acquis.

Enfin, il faut permettre de recruter dans les nouveaux métiers, logisticiens, informaticiens, statisticiens et épidémiologistes avec des conditions attractives.

## **2) La formation et la promotion professionnelle :**

La formation continue s'est largement développée dans les hôpitaux publics sous l'impulsion de l'Association Nationale de la Formation Hospitalière (A.N.F.H).

Il est nécessaire de relancer le dispositif dans plusieurs directions :

- Les formations transversales, qualité, gestion des risques, entretien d'évaluation, démarche de projets etc... devront être partagées avec le corps médical. Il ne s'agit pas d'une règle, mais d'une possibilité qui doit être développée sachant que la formation médicale doit garder aussi sa spécificité ;
- Les formations devront être capitalisables par unité avec une validation des acquis débouchant sur un diplôme ;

- La promotion professionnelle devra être activée pour relancer l'ambition et l'émulation ;
- Le bilan de compétence devra être valorisé. Il ne s'agit pas de remettre en cause un agent, mais au contraire, de lui permettre de faire le point pour progresser vers d'autres métiers.

### **3) L'évaluation et la reconnaissance : facteurs de motivation**

#### **a) L'évaluation individuelle**

Elle n'existe pour ainsi dire pas hormis la notation qui, au dire de la plupart des personnes interrogées, n'est pas reconnue comme une réelle évaluation.

Les outils d'une évaluation individuelle sont à mettre en place : L'évaluation de la charge de travail, de sa pénibilité et de la responsabilité de la personne dans sa fonction deviendra un élément important du management de l'hôpital. Pour de nombreux personnels, en particulier les infirmières, la charge de travail est indépendante de l'acte médical pratiqué, mais en rapport étroit avec la dépendance du malade, alors que nous continuons à doter les services en personnel en fonction de l'histoire même de la structure de soins, du poids politique dans l'établissement de son chef de service et de soi disant ratios personnel/lit de malade qui n'ont guère de sens.

#### **b) La reconnaissance des personnels**

La question de la reconnaissance des personnels toutes catégories confondues a été posée à toutes celles et ceux que nous avons rencontrés. La plus grande majorité adhère à la notion d'une valorisation pour la tâche accomplie et le contrat d'objectif rempli. Tous refusent de lier la réduction des coûts à un intéressement considérant avec raison que des dérives sont possibles et qu'une fois le moindre coût obtenu cet intéressement disparaît même si les personnels maintiennent leurs efforts. Une reconnaissance individuelle a été majoritairement rejetée, dans la crainte d'être jugé par un supérieur partial et de rompre la solidarité au travail, objections valables aujourd'hui puisqu'il n'existe pas de critères fiables de l'évaluation au mérite.

Un intéressement collectif, qui pourrait se traduire par des formes variées (primes, matériel, personnels supplémentaires, etc...), semble bien acceptée par les personnels et certaines organisations syndicales sous réserve d'une négociation.

## **LES PROPOSITIONS**

- 8 ➤ Revaloriser la fonction médicale par un contrat dynamisant un statut lourd et peu motivant ;**
- 9 ➤ Elargir le recrutement et les compétences des directeurs et reconnaître la fonction de directeur d'établissement à hauteur de ses responsabilités ;**
- 10 ➤ Reconsidérer l'encadrement intermédiaire, clarifier ses missions, faciliter son recrutement et proposer un plan de carrière ;**
- 11 ➤ Eclaircir l'horizon professionnel des personnels au-delà des dispositifs statutaires : évolution des métiers, formation, promotion et intéressement.**

## **IV – L’EVALUATION DE LA QUALITE**

### **ET UN REGIME FINANCIER SOUPLE ET MOTIVANT**

Manque de lits, attente aux urgences, infections nosocomiales, stress au travail, risque médico-légal, accumulation des procédures inappliquées et inapplicables... Le chapelet est interminable, signe de non qualité à tous les niveaux.

Budget global avec quelques retouches au titre du PMSI, affolement des dépenses médico-pharmaceutiques, report de charges, procédures budgétaires cloisonnées, comment parler de gestion ?

C'est donc bien deux moteurs nécessairement liés qu'il faut lancer en même temps pour remettre un hôpital rénové dans le sens de la marche : l'évaluation de la qualité et la tarification à l'activité.

Il s'agit ici d'une condition nécessaire pour que nos propositions prennent vie.

C'est là que se trouvent les leviers du changement d'autant plus qu'ils stimuleront les professionnels et offriront un meilleur service aux patients. Bien entendu, ces nouveaux dispositifs concernent le secteur privé au même titre que le secteur public.

### **A – L'évaluation de la qualité, passer des paroles aux actes**

L'exigence de qualité est le pilier de la rénovation de l'hôpital.

Cette qualité doit se décliner à tous les niveaux :

- 1) Gestion, organisation, communication
- 2 Pratiques professionnelles

#### **1- La gestion, l'organisation et la communication :**

Ces questions sont très bien traitées dans le manuel d'accréditation comme base de départ à un projet institutionnel.

La gestion pourra être optimisée par les multiples bases de données à disposition des hospitaliers et qui sont rarement utilisées, car chaque hôpital ou service a tendance à se considérer comme incomparable. En effet, il existe de nombreux éléments de comparaison sur la productivité, le coût des unités d'oeuvre, la part relative des grandes fonctions (administration, logistique, plateaux techniques ...)  
L'activité de chaque établissement et son évolution est également accessible pour

ceux qui veulent se mesurer à d'autres. Or, le plus souvent, c'est le cimetière des informations car il n'a y ni intérêt, ni capacité à agir.

L'organisation interne sera inscrite dans le règlement intérieur et pourra faire l'objet d'une évaluation régulière. Il ne faudra pas en rester là. Chaque pôle, chaque unité fonctionnelle devra définir ses règles de fonctionnement et les protocoles utiles devront être élaborés et validés avec les personnels avec pragmatisme et réalisme. Chacun devra ensuite s'y tenir. Il n'est plus possible que la visite se fasse à toute heure, que les consultations soient toujours retardées, que les blocs opératoires ne démarrent qu'en fonction de l'heure d'arrivée des chirurgiens ou des anesthésistes. Tout ceci est une non qualité mal vécue par les personnels et les patients et enlève toute respectabilité aux fauteurs.

La communication reste le point faible des établissements malgré de nombreux efforts. En fait elle ne se résume pas aux outils. Il s'agit là de mettre en œuvre un véritable management qui assure l'échange d'information, la participation des acteurs afin que chacun puisse situer son rôle dans l'unité, le pôle et l'établissement.

## **2 - L'évaluation des pratiques professionnelles :**

La démarche de qualité dans laquelle se sont déjà engagés de nombreux hôpitaux devra s'accélérer. Au delà de l'accréditation des procédures, il importe de lancer une évaluation des pratiques médicales tant dans leurs indications que dans leurs résultats. On ne saurait en effet continuer à financer les établissements de soins sur la seule notion d'activité qui prêterait à de multiples dérives (examens inutiles mais rentables, indications thérapeutiques abusives, soins bâclés) sous le seul prétexte du financement de la structure.

Les associations savantes devront être saisies afin de définir les critères d'indication et de traitement des grandes pathologies. Ces associations soumettront à l'Agence Nationale d'Evaluation en Santé (ANAES) leurs conclusions qui seront diffusées à tous les établissements.

Un corps d'évaluateurs, formé à ces techniques de contrôle, sera chargé d'évaluer la totalité des hôpitaux à partir de dossiers de malades tirés au sort. Ces évaluateurs viendront des spécialités même afin d'être crédibles devant leur pairs. Des médecins ou chirurgiens reconnus pour leur expertise réaliseront ces évaluations et remettront leurs conclusions au Comité Stratégique.

Si une grande liberté doit être donnée aux établissements pour mener au mieux leurs activités, il apparaît indispensable de mettre en place une évaluation indépendante et reconnue.

En ce sens, l'évaluation de la compétence des professionnels de santé aujourd'hui en cours de définition (Cf. Mission interministérielle d'Evaluation des Compétences Professionnelles des Métiers de la Santé), constituera un outil essentiel à la réussite de l'évolution sociale de l'hôpital dans le cadre d'une nouvelle politique hospitalière.

Il va de soi que si la pratique médicale doit être au cœur des préoccupations, tous les métiers doivent faire l'objet d'évaluation par des auditeurs internes ou externes. Il en

va de même pour le management qui pourrait relever de l'expertise du Conseil Général des Hôpitaux, du fait du niveau d'expérience de ses membres.

35

## **B – La tarification à l'activité et un nouveau mode de financement réactif et équitable**

La tarification à l'activité est attendue par tous les responsables hospitaliers, avec néanmoins certaines craintes, la dérive d'une course aux actes (sachant que le PMSI a aujourd'hui les mêmes effets pervers), la sous-évaluation des missions de service public.

Sur ce point, nos propos visent à renforcer le travail difficile, mais nécessaire, engagé par la mission nationale avec les établissements expérimentateurs. Nos préconisations doivent donc être perçue comme quelques modestes contributions mises au point avec deux groupes de professionnels qui nous ont consacré plusieurs jours de travail.

### **1) Une tarification à l'activité :**

Les établissements déjà engagés dans le coût par activité médicale, et qui sont dans l'expérience nationale depuis plusieurs années, pourront sur appel à projet, développer ce mode de rémunération au-delà du simple séjour hospitalier.

Cette recherche aura de grands avantages :

- responsabiliser l'ensemble des acteurs
- favoriser leur collaboration
- étendre le champ de l'innovation dans la gestion et l'organisation des soins
- favoriser la prise en charge de la santé (prévention et continuité des soins) et non plus les seuls actes de soins.

Deux approches pourront être testées rapidement en complément de la tarification à l'activité :

**a) Financement d'un groupe d'acteurs (hospitaliers, libéraux ...) pour la prise en charge d'un épisode de soins spécifique sur une période prédéfinie**

Exemple : prise en charge chirurgicale avec allocation de ressources couvrant le pré- le per- et le post-hospitalier ;

**b) Financement d'un groupe d'acteurs (hospitaliers, libéraux ...) pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies d'une population donnée sur une période prédéfinie**

Exemples : insuffisance rénale chronique, diabète, asthme...

Le financement est fondé sur un forfait qui rémunère une structure ou un groupe de professionnels dans le cadre d'un G.C.S.

Dans ces deux cas, une expérimentation régionalisée devra être organisée dans la logique des réformes en cours et en complément de celles-ci.

**L' expérimentation des scénarios** proposés ici, aura l'avantage de donner une finalité claire à l'organisation en réseau d'acteurs de tous statuts et favoriserait le développement d'un système qui nous paraît adapté à l'attente des patients et au futur dispositif du G.C.S

Pour revenir sur la mise en application de la tarification à l'activité au 1<sup>er</sup> janvier 2004, nous proposons quelques idées simples pour éviter des ruptures :

- Mettre en place un fonds de convergence sur cinq ans pour permettre les redéploiements d'activité et une meilleure organisation ;
- Auditer les établissements en difficultés et élaborer des plans de redressement ;
- Redéfinir les modalités de reporting à l'ARH, sachant que l'on sort du schéma budgétaire traditionnel pour arriver au compte d'exploitation et de résultats.

Cette réforme est essentielle pour passer d'une gestion comptable à de vrais comptes d'exploitation des différents pôles et de l'hôpital.

## **2) Un nouveau mode de financement :**

Les missions de service public, la formation, la recherche feront l'objet de forfaits sur objectifs.

Pour moderniser ce dispositif, nous retenons quatre préconisations :

- Ces budgets devraient être notifiés le 1<sup>er</sup> décembre précédant l'exercice considéré ;
- L'élaboration devrait se faire à partir d'indicateurs mis au point par l'ARH en partenariat avec les hospitaliers ;
- Le financement des nouvelles molécules devrait être intégré dans les tarifs, dès la délivrance de l'A.M.M pour éviter des dérives ;
- Les décisions modificatives seraient arrêtées par le Conseil d'Administration.

## **C – La révision du code des marchés publics : Une nécessité pour mieux acheter**

Bien acheter est une préoccupation essentielle des hospitaliers. Au-delà d'une compétence individuelle de chaque acheteur, les EPS ont la volonté depuis quelques années de mettre en place une organisation des achats plus efficace qui participe au décloisonnement progressif de l'hôpital.

Le développement des procédures d'assurance qualité, avec des indicateurs de mesure et d'évaluation, la création de cellules marchés, le souci de l'efficacité économique et du service rendu, constituent aujourd'hui la réalité des achats.

Cependant, si les acheteurs sont aujourd'hui des professionnels reconnus, leur efficacité est sérieusement limitée par les contraintes d'application du Code des Marchés Publics.

Le Code des Marchés Publics issu du Décret n° 2001-210 du 7 mars 2001, présenté comme plus moderne, plus simple et plus conforme au Droit Communautaire, est unanimement reconnu par ses utilisateurs, après 18 mois de pratique, comme plus complexe, incomplet et largement inefficace, plaçant les acheteurs dans une insécurité juridique permanente.

Ils se trouvent confrontés à une situation telle que le respect et la compréhension des seules procédures à mettre en œuvre, constituent la préoccupation essentielle, sinon exclusive, au risque de masquer l'objet même de l'achat.

**La relance de l'investissement hospitalier, la recherche de l'efficacité économique, l'accélération des délais de réalisation des achats, nécessitent de donner aux EPS les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs.**

Ces moyens passent nécessairement par un allègement considérable des procédures actuelles et un contrôle a posteriori fondé sur la confiance et une plus grande responsabilisation des EPS.

### **1<sup>ère</sup> solution :**

**Il est proposé de ne plus soumettre les EPS au Code des Marchés Publics, mais aux seules Directives Européennes et prochainement à la Directive unique.**

Bien entendu, la prévalence du Droit Communautaire (Directives), confirmée régulièrement par la jurisprudence nationale et européenne (CJCE), impose pour la passation des marchés publics, le respect de grands principes fondamentaux :

- liberté d'accès à la commande publique ;
- égalité de traitement des candidatures ;
- transparence des procédures ;
- efficacité de la commande publique.

Ces grands principes rappelés supposent nécessairement :

- la définition préalable des besoins ;
- le respect des obligations de publicité et de mise en concurrence.

Il appartiendra à chaque EPS de mettre en place, en interne, une charte de l'organisation des achats rappelant le respect des règles décrites ci-dessus et définissant les procédures à appliquer.

### **2<sup>ème</sup> solution**

**Si cette recommandation ne pouvait être suivie, de très nombreuses modifications du Code des Marchés actuel sont indispensables :**

- Supprimer, modifier ou remplacer par une nomenclature adaptée à l'activité hospitalière, la nomenclature actuelle ;
- Diminuer le nombre de seuils et les remplacer par les deux seuils des Directives Communautaires ;
- Faciliter la mise en place des groupements de commande pour rendre possible des achats groupés ;
- Accepter des offres variables par lot, pour une meilleure efficacité économique ;
- Autoriser, sous contrôle, une forme de négociation dans le cas des appels d'offres, dès lors qu'une réelle concurrence existe ;
- Prendre en compte les cas particuliers de la recherche et de l'innovation ;
- Favoriser la maîtrise d'ouvrage déléguée.

**La loi Maîtrise d'Ouvrage Public (M.O.P) a aussi considérablement alourdi les procédures de travaux. Les différentes phases (esquisse, avant-projet sommaire, avant-projet détaillé, projet, appel d'offres) allongent considérablement les délais.**

**On propose que ce processus soit allégé.**

**L'autre solution consiste à recourir au bail emphytéotique avec un opérateur privé qui réalise l'opération pour le compte du maître d'ouvrage. Ce type de marché qui intègre le délai et le coût nécessite à la fois une définition précise du programme des besoins et un cadre juridique sécurisé pour protéger le maître d'ouvrage.**

Le détail de ces propositions est précisé dans l'annexe jointe.

## **D – La suppression de la séparation ordonnateur-comptable**

A ce jour, les relations comptables – ordonnateur ne sont pas perçues comme un atout de performance par les hospitaliers. Demain, avec la tarification à l'activité et la nécessité d'éviter les créances irrécouvrables, la situation ne peut que s'aggraver.

L'objectif est de disposer à l'intérieur de l'E.P.S. des compétences à la fois financières et comptables parfaitement intégrées pour la gestion efficace des ressources. La logique de cette proposition impliquera **la suppression de la séparation de l'ordonnateur et du comptable** selon les règles traditionnelles de la comptabilité publique.

En attendant, les équipes hospitalières et les services du Trésor doivent passer d'une relation d'administration à une relation de tâches partagées autour d'un projet commun.

Les services du Trésor souhaite développer le partenariat autour de trois axes majeurs :

- l'unité de lieu pour les équipes du Trésor et des services financiers de l'hôpital pour mieux travailler ensemble, organiser le service (par exemple, heures d'ouverture rapidité d'encaissement et de paiement), partager les informations ;
- mettre en place une chaîne continue du traitement de la dépense et de la recette ;
- développer en synergie les systèmes d'information et la comptabilité (compte administratif et de gestion), ainsi que la comptabilité analytique.

Pour engager cette évolution majeure de nos organisations, il est nécessaire que les services du Trésor participent à l'expérimentation sur la tarification, apportent leurs compétences en matière d'analyse et d'audit. Enfin il serait judicieux que le receveur soit associé aux réunions stratégiques qui vont impacter sur les budgets.

Ainsi, sans remettre en cause le contrôle nécessaire de la dépense publique, les compétences seront mutualisées autour du projet de réforme du financement.

## **LES PROPOSITIONS**

- 12 ➤ Affirmer L'ANAES et les sociétés savantes dans leur rôle d'évaluation de la qualité avec les conséquences positives ou négatives pour les établissements publics et privés ;**
- 13 ➤ Mettre en place dès le 1er janvier 2004 la tarification à l'activité, outil indispensable de la dynamisation du dispositif ;**
- 14 ➤ Maintenir les missions de service public sous régime forfaitaire régulièrement évalué et assoupli dans sa mise en œuvre ;**
- 15 ➤ Mettre un terme à la séparation de l'ordonnateur et du comptable ;**
- 16 ➤ Assouplir le code des marchés publics dans son application aux E.P.S.**

## **V. LA MISE EN OEUVRE**

**Les propositions exposées dans ce rapport ont suscité partout l'intérêt, le débat, la contradiction, mais le doute reste profond.**

**« Un rapport de plus ... »**

**« Les textes continuent à nous tomber dessus... »**

**« La énième réforme qui ne réglera pas nos problèmes... »**

**« C'est un rêve ? »**

**La réussite du projet « Hôpital 2007 » tiendra avant toute autre considération aux modalités de mise en œuvre.**

**Si le projet prend les contours d'une grande réforme législative et administrative avec sa batterie juridique et sa déclinaison hiérarchique, l'échec est assuré et les hospitaliers s'enfermeront dans leur désenchantement.**

**En revanche dans la mesure où une véritable volonté de s'en sortir dans le cadre d'un vrai projet s'est manifestée à tous les échelons de la hiérarchie hospitalière nous pensons que le changement est possible si le projet est piloté de près.**

**Ce pilotage professionnel avec une équipe-projet de taille réduite au côtés du Ministre aura pour rôle d'impulser la réforme, de travailler en coordination avec les différentes missions et d'animer l'expérimentation autour d'une ou deux régions pilotes et plusieurs dizaines d'établissements prêts pour une mise en œuvre rapide.**

**La forte implication du Ministre dans cette mise en oeuvre, la mobilisation des moyens seront gage de réussite et facteur d'entraînement pour l'ensemble des hôpitaux. Les dispositifs juridiques et statutaires devront être rénovés et l'expérimentation aura pour objectif d'enclencher le changement et d'ajuster les réformes avec pragmatisme.**

**Nous mesurons l'ampleur du chantier :**

- La bonne volonté ne suffira pas, il faudra acquérir de nouvelles méthodes de travail ;**
- L'esprit d'équipe et de résultats, à tous les niveaux, devra prévaloir sur la relation administrative et hiérarchique ;**
- L'autorité devra être restaurée et par là-même, la concertation renforcée ;**
- Des moyens importants d'accompagnement et de communication seront mobilisés (audits – consultants – investissements) ;**
- La valorisation rapide des résultats par le Ministre sera la meilleure réponse à l'incrédulité.**

**Il en va de notre responsabilité collective. Retrouver l'harmonie entre le progrès médical et le fonctionnement quotidien au lit du malade est un pari que nous pouvons gagner. De très nombreux hospitaliers sont prêts à relever le défi pour bâtir un hôpital qui ne fasse plus la Une avec ses difficultés, ses conflits et ses insuffisances mais avec la qualité de ses professionnels et de ses techniques au service des malades qui se confient à lui.**

## **VI. 16 + 1 PROPOSITIONS**

- 1 ➤ Redéfinir les missions et rôles des services de l'Etat et du Parlement dans un cadre légal et réglementaire simplifié et moins normatif ;**
  - 2 ➤ Renforcer le niveau régional grâce à une Agence aux compétences élargies et des projets débattus au sein du Conseil Régional de Santé ;**
  - 3 ➤ Assurer dans le cadre du territoire de santé la mise en œuvre de l'offre et la permanence des soins dans une prise en charge coordonnée des patients, de l'urgence jusqu'au retour à domicile en passant par les soins de suite ;**
  - 4 ➤ Permettre à chaque établissement de définir par règlement intérieur sa propre organisation ;**
  - 5 ➤ Rendre l'initiative aux équipes et responsabiliser les acteurs au sein de pôles d'activité plus autonomes, sous la responsabilité d'un médecin ;**
  - 6 ➤ Articuler le pilotage de l'hôpital entre un Conseil d'Administration garant de la politique institutionnelle et un Comité Stratégique assurant la direction ;**
  - 7 ➤ Organiser la concertation au niveau des trois instances pluri-professionnelles pour recentrer l'action sur le soin ;**
  - 8 ➤ Revaloriser la fonction médicale par un vrai contrat dynamisant un statut lourd et peu motivant ;**
  - 9 ➤ Elargir le recrutement et les compétences des directeurs et reconnaître la fonction de chef d'établissement à hauteur de ses responsabilités ;**
  - 10 ➤ Reconsidérer l'encadrement intermédiaire, clarifier ses missions et proposer un plan de carrière ;**
  - 11 ➤ Eclaircir l'horizon professionnel des personnels au-delà des dispositifs statutaires : évolution des métiers, formation, promotion et intéressement ;**
  - 12 ➤ Affirmer L'ANAES et les sociétés savantes dans leur rôle d'évaluation de la qualité avec les conséquences positives ou négatives pour les établissements publics et privés ;**
  - 13 ➤ Mettre en place dès le 1er janvier 2004 la tarification à l'activité, outil indispensable de la dynamisation du dispositif ;**
  - 14 ➤ Maintenir les missions de service public sous régime forfaitaire régulièrement évalué et assoupli dans sa mise en œuvre ;**
  - 15 ➤ Mettre un terme à la séparation de l'ordonnateur et du comptable ;**
  - 16 ➤ Assouplir le code des marchés publics dans son application aux E.P.S.**
- **Engager la démarche de modernisation avec un groupe projet réunissant des professionnels (niveau central et local) sous l'autorité directe du Ministre.**

## **1) Programme HOPITAL 2007**

**et lettre de mission du Ministre de la Santé**

# **Présentation des mesures**

**1. L'allègement des contraintes extérieures aux établissements.**

**2. La modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.**

# **1. L'allègement des contraintes extérieures aux établissements.**

**1- Modernisation des établissements par une relance sans précédent de l'investissement.**

**2- Tarification à l'activité.**

**3- Rénovation des modes d'achat des hôpitaux.**

**4- Organisation sanitaire simplifiée, déconcentrée et renouvelée.**

**5- Coopération sanitaire.**

## **1. La modernisation des établissements par une relance sans précédent de l'investissement.**

### **Un soutien massif de l'Etat s'impose**

Jusqu'au milieu des années 80, l'Etat avait mis en œuvre des financements importants pour accompagner la rénovation du patrimoine hospitalier. Son désengagement, à partir de 1985, a incité les établissements à privilégier les équipements médicaux, puis, sous la contrainte budgétaire persistante, à reporter, dans le temps, une partie de leurs investissements.

### **A titre d'exemple, le taux de vétusté des équipements est de 68,6% en 2000**

Plus récemment, de nouvelles contraintes (mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et nouvelles normes de sécurité et de fonctionnement - sécurité incendie, sécurité sanitaire, urgences, périnatalité, réanimation, ...- ) ont encore accentué le besoin en investissement.

Entre la rénovation du patrimoine et la réponse à ces nouvelles contraintes, la mise à niveau nécessaire est telle qu'elle ne peut être menée par les établissements seuls.

### **avec trois contraintes : cohérence, globalité et rapidité**

**Conformément aux engagements du Président de la République et du Premier Ministre**, l'objectif du plan est de permettre une mise à niveau accélérée des investissements des hôpitaux en aidant les établissements à réaliser des opérations qui ne se seraient pas réalisées dans les cinq ans pour des raisons de contraintes budgétaires.

- **Cohérence avec la politique des ARH**

Le plan d'investissement exceptionnel vient en accompagnement de la recomposition du paysage hospitalier :

- Il **ne crée pas d'effet d'aubaine** pour la rénovation de structures ou l'acquisition d'équipements dont le maintien ou l'installation ne sont pas conformes aux objectifs des SROS.
- Il ne vient **pas en substitution** d'investissements qui auraient été réalisés dans les cinq ans, mais accélère la réalisation de projets cohérents, conceptualisés mais non financés à ce jour ou permet la réalisation d'opérations non prévues.
- **Globalité du champ couvert**

Les investissements éligibles concernent tous les types d'investissements

- le patrimoine immobilier,

- les équipements lourds,
- les systèmes d'information.

Tous les établissements (publics et privés - PSPH et à but lucratif -) peuvent être concernés.

## Rapidité de réalisation

Pour rompre avec les habitudes du passé, les opérations devront se réaliser dans des délais très courts. Un début notable d'exécution dans les cinq ans sera une condition nécessaire à l'éligibilité.

Trois éléments permettront d'atteindre cet objectif :

1. Un appui financier considérable
2. Une régionalisation de la procédure
3. Un dispositif d'accompagnement national

### 1. *Un appui financier considérable*

Chaque année les établissements investissent actuellement environ **2,7 Md&euro;**. Ces investissements se répartissent ainsi :

- 1,6 Md&euro; pour le simple maintien du patrimoine
- 1,1 Md&euro; pour des investissements nouveaux.

Au rythme actuel, la mise à niveau de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information s'effectuerait en plus de **13 ans**. Ce délai n'est pas compatible avec la légitime attente de nos concitoyens.

Pour réduire ce délai à **5 ans**, il convient donc d'effectuer un effort supplémentaire de **1,2 Md&euro; d'investissements par an pendant 5 ans, soit 6 Md&euro; au total**.

Sur les 5 prochaines années, l'investissement moyen annuel s'élèvera donc à **3,9 Md&euro;** :

- 1,6 Md&euro; de maintien du patrimoine
- 1,1 Md&euro; d'investissements nouveaux qui se seraient réalisés sans le plan " hôpital 2007 "
- 1,2 Md&euro; d'investissements nouveaux soutenus par le plan " hôpital 2007 "

Le plan permettra donc une augmentation de **32% du total des investissements** (de 2,7 Md&euro; à 3,9 Md&euro;) par un **doublé des nouveaux investissements** (de 1,1 Md&euro; à 2,3 Md&euro;).

**Pour 2003**, l'appui à l'investissement atteindra **1 milliard d'euros**. Ce financement comprendra, à la fois, **des apports en capital à hauteur de 300 millions d'euros** et des apports en exploitation à hauteur de 70 millions d'euros. Ces derniers sont acquis aux établissements pour une durée de 20 ans et permettront à ceux **ci d'emprunter jusqu'à 700 millions d'euros**.

### 2. *Une mise en œuvre régionale (ARH)*

La mise en œuvre repose **essentiellement sur l'échelon régional**, selon la répartition suivante:

- *au plan national* : définition des orientations générales et du cadrage financier, répartition des crédits entre régions, appui méthodologique et évaluation périodique de la mise en œuvre.
- *Au plan régional* : les crédits sont répartis entre les établissements par les ARH.

Le montant des investissements supplémentaires est contrôlé l'année n+1 sur la base des investissements réalisés inscrits dans les comptes de gestion. **Les enveloppes sous-utilisées seront redéployées entre les régions.**

### 3. *Un dispositif d'accompagnement national*

Afin d'assurer une montée en charge rapide et effective du plan, **deux mesures d'accompagnements sont nécessaires.**

- ***Une mission nationale d'appui à l'investissement.***

Il s'agit, **en premier lieu**, d'apporter un appui technique et méthodologique aux établissements et aux ARH. Cet appui ponctuel d'ingénierie sera financé sur le FMES avec la création d'une *Mission Nationale d'Appui à l'Investissement* forte d'une quarantaine de professionnels et d'experts de haut niveaux (ingénieurs, ingénieurs en organisation, juristes, financiers, directeurs d'établissements,...). Ils s'ajouteront aux compétences déjà présentes dans les services de l'Etat (DHOS) et les ARH.

Placée auprès du Ministre, cette mission se déploiera en région afin d'assister établissements et ARH dans la mise au point des projets.

- ***Des modalités innovantes de réalisations***

Le Gouvernement inscrira dans son programme législatif des mesures propres à favoriser :

- **Le recours à des marchés globaux** (conception réalisation) pour les constructions immobilières.
- **La possibilité pour les Sociétés d'Economie Mixte** de participer aux investissements hospitaliers.
- **La capacité d'utiliser des baux emphytéotiques** pour les constructions hospitalières en permettant à des entreprises privées de construire en lieu et place des établissements.

## **2 . La tarification à l'activité**

**Aujourd'hui**, il existe deux systèmes de financement pour les structures de soins. D'une part, le système de la dotation globale qui concerne les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public et, d'autre part, un système de tarification à la journée et forfait lié aux actes réalisés, pour les cliniques privées.

**Ces deux systèmes génèrent des effets pervers.**

- La dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives ;
- Le niveau des forfaits pour le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire et peut aboutir de ce fait, aussi, à la constitution de rentes ou à des sous-financements pour certaines activités.

**Les deux systèmes ne sont ni comparables, ni compatibles et freinent, en conséquence, les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier.**

En s'appuyant sur le recueil de l'information du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), le Gouvernement s'engage résolument dans l'harmonisation des modes de financement dont le début de la **généralisation interviendra en 2004**.

**Les bénéfices attendus** de ce changement du mode de financement pour les structures de soins sont de trois ordres :

- Une dynamisation des structures de soins en particulier publiques : en devenant plus simple, le mode de financement permet une meilleure responsabilisation des acteurs et crée une incitation à s'adapter
- Une équité de traitement entre les secteurs ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement a choisi **la voie du pragmatisme**. Il s'agit d'utiliser toute la connaissance capitalisée par les hôpitaux et les cliniques depuis la mise en œuvre du PMSI et non de bouleverser l'ensemble du secteur hospitalier.

C'est pour cette raison **que plusieurs principes de bon sens sont retenus** :

- Il n'y aura pas de modification dans la part respective des différents financeurs (sécurité sociale, mutuelles, patients) des hôpitaux et cliniques.

- Les activités dites d'intérêt général notamment celles d'enseignement et de recherche seront financées selon un mode de dotation plus adapté.
- Certaines activités ou molécules très coûteuses continueront à bénéficier d'un soutien financier spécifique.

La volonté d'accompagnement des structures se concrétise, dès la fin 2002, par **le lancement d'un appel à candidature en direction des établissements** afin qu'ils expérimentent en 2003 ce nouveau mode de financement (40 d'entre eux seront retenus) et par la mise en place d'une **mission opérationnelle sur la tarification à l'activité** (15 personnes) dont les objectifs sont les suivants :

- Construire et simuler les différents scénarii de mise en œuvre d'une tarification à l'activité.
- Accompagner les établissements expérimentateurs.
- Présenter aux professionnels les résultats des simulations et des expérimentations.
- Proposer les différentes mesures d'aménagement réglementaires et d'accompagnement nécessaires pour réussir la généralisation progressive.

Cette mission, placée sous l'autorité du ministre de la santé, informera régulièrement les **organismes représentatifs des établissements** par le biais **d'un comité de suivi** installé auprès d'elle.

Afin de répondre, au **souci d'information préalable du Parlement**, le rapport sur les simulations de la tarification à l'activité sera présenté aux commissions des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée Nationale.

### **3. La rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics.**

Les hôpitaux publics sont soumis, en raison de leur statut, à l'application du Code des Marchés Publics. Ce dernier est bâti **sur la volonté de transparence de l'achat public**. Cette volonté s'exprime à travers les trois principes fondateurs du code :

- 1 Egalité d'accès des fournisseurs à l'achat public ;
- 2 Mise en concurrence ;
- 3 Transparence des procédures et des décisions.

Le respect de cette volonté a conduit la puissance publique à **renforcer de manière continue les contrôles et obligations** des responsables publics afin de se garantir contre toute dérive. Dès lors, **c'est plutôt le respect des contraintes juridiques qui conduit aujourd'hui les acheteurs publics** que l'efficacité économique. C'est d'ailleurs cet aspect que les collectivités locales privilégient le plus (66% ont renforcé le pôle juridique de leur fonction achat)\*. De même l'IGAS (1999) relève que la " préoccupation majeure des gestionnaires hospitaliers est de mener à bien les procédures administratives " et non de faire un bon achat (rapport prix/ qualité/ maintenance).

Enfin, des données concernant les coûts d'achat de certaines molécules pharmaceutiques onéreuses démontrent que l'écart entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés peut, dans certains cas, atteindre jusqu'à 20%.

**Il apparaît que les procédures des hôpitaux publics ne sont plus adaptées à une fonction d'achat moderne et économe des deniers publics.**

Ce constat incite le Gouvernement à rechercher à assouplir l'application de ces règles. **Dans un premier temps, un alignement de la réglementation nationale sur la réglementation européenne** devrait permettre aux établissements de retrouver quelques marges de manœuvre. **Dans un second temps**, il appartiendra au groupe de travail sur la modernisation de la gestion de réfléchir aux voies et moyens permettant aux hôpitaux **de bâtir des procédures d'achat modernisées et adaptées.**

\* *Enquête conduite en 1999 auprès de 2800 établissements et collectivités locales par Desmazes et Kalika (université Paris-Dauphine).*

**4. La simplification de l'organisation sanitaire**  
**Renforcement du rôle central du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)**  
**Suppression des indices et de la carte sanitaire**

Le dispositif de planification repose aujourd'hui sur la combinaison de trois instruments principaux, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), la carte sanitaire et les autorisations, qui rendent la planification de l'offre hospitalière complexe et peu lisible.

- Aujourd'hui, les autorisations sont délivrées pour des durées différentes selon leur nature : les activités de soins (obstétrique, chirurgie spécialisée, soins de suite, ...) pour 5 ans, les équipements lourds (scanner, IRM) pour 7 ans, et les installations (lits de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de psychiatrie ou de soins de suite) pour 10 ans.  
Le SROS et la carte sanitaire sont établis pour une durée maximale de 5 ans.
- Par ailleurs, l'élaboration de la carte sanitaire est encadrée par des indices nationaux à l'intérieur desquels sont arrêtés les indices régionaux, qui tiennent peu compte des spécificités régionales. Ces indices limitent le nombre de lits ou d'équipements qui peuvent être autorisés.

Les conséquences néfastes de ce dispositif complexe et rigide ont souvent été dénoncées. Le retard encore important de la France en matière d'équipements d'imagerie médicale en est un exemple frappant. Il en est de même pour l'incapacité à répondre dans de nombreuses régions à des besoins de santé compte tenu de la saturation des indices.

**Deux mesures générales pour une planification régionale plus simple et plus efficace**

**1 Supprimer la carte sanitaire et les indices. Ils sont remplacés par une nouvelle annexe du**

**SROS.**

Le SROS, renforcé et rénové, devient désormais l'outil central de la régulation de l'offre de soins.

C'est dans une nouvelle annexe du SROS que figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par bassin de santé. Cette répartition est arrêtée par l'ARH indépendamment d'un encadrement national.

A moyen terme une meilleure connaissance épidémiologique permettra de déterminer l'offre en fonction des besoins de la population et non plus en fonction de l'existant.

**2 Déconcentrer aux ARH toutes les autorisations et les simplifier.**

- La compétence du ministre chargé de la santé pour statuer sur les demandes d'autorisation disparaît.  
Désormais, seule l'agence régionale de l'hospitalisation a compétence pour délivrer ou refuser les autorisations.
- La notion d'installation disparaît, pour être intégrée aux activités de soins.  
Les calendriers sont harmonisés : toutes les autorisations sont ramenées à 5 ans, conformément à la durée d'un SROS.

- Le niveau de la réduction de capacité en lits à appliquer lors d'un regroupement ou d'une conversion d'activité sera désormais négocié dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens.

**Trois mesures particulières pour développer les alternatives à l'hospitalisation, la santé mentale, et les soins palliatifs**

- 1 Les structures d'alternatives à l'hospitalisation doivent être développées pour permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de qualité, et pour favoriser le décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, et entre le sanitaire et le social. Actuellement, les structures d'alternatives ne peuvent être créées qu'en substitution de l'hospitalisation traditionnelle, et selon des conditions de réduction de moyens pénalisantes.

**Désormais, les taux de change (nombre de lits à fermer pour créer des places d'alternatives) seront supprimés pour l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation, à savoir :**

- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire,
- les structures d'hospitalisation à temps partiel,
- les structures d'hospitalisation à domicile.

L'ARH pourra donc autoriser la création ex nihilo de places d'alternatives à l'hospitalisation, si cela est conforme aux besoins de santé et au SROS.

- 2 Il n'y aura plus deux SROS séparés (un somatique et un psychiatrique). **Le schéma régional de psychiatrie sera intégré comme volet obligatoire des SROS**, afin d'améliorer l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques notamment pour la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des malades mentaux.

Le secteur psychiatrique sera désormais déterminé par l'annexe du SROS et non plus par la carte sanitaire.

- 3 Comme la santé mentale, **les soins palliatifs deviendront une thématique obligatoire du SROS**, pour lequel l'objectif sera désormais de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins dans une triple dimension préventive, curative et palliative.

**5. La facilitation des coopérations sanitaires**  
**Simplification et assouplissement du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)**

**Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) élargi, souple et polyvalent, remplacera, à terme, les autres modalités de coopérations.**

**Dans le dispositif de modernisation envisagé, le GCS peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé.**

Il n'est plus limité aux établissements.

L'objectif est d'ouvrir le GCS aux professionnels libéraux de santé et favoriser ainsi la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés, PSPH et médecins de ville.

Cette mesure est susceptible de répondre à la pénurie que connaissent les établissements hospitaliers publics pour certaines disciplines médicales ou chirurgicales.

Le GCS peut constituer le cadre d'une organisation commune des personnels médicaux pouvant dispenser des actes au bénéfice des patients des établissements membres du GCS et participer aux permanences médicales organisées dans le cadre du groupement.

Il peut aussi devenir un cadre juridique ad hoc pour un réseau de santé.

## **2. La modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics**

Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT, appelle la mise en œuvre rapide d'un véritable plan de sauvetage de l'hôpital public, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui donner la souplesse, la réactivité, et l'efficacité qui lui font défaut, et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent.

Il convient d'aller vite, mais sans précipitation. Et surtout en impliquant totalement dans l'implication de ce plan l'ensemble des acteurs concernés.

**Deux grands chantiers** seront donc ouverts dans les semaines qui viennent.

Chaque " groupe projet " sera confié à des professionnels de santé s'entourant d'hommes et de femmes de terrain pour mener pendant trois mois des réflexions accélérées mais approfondies sur des thèmes précis. Les deux " groupes projet " élaboreront des propositions pour la fin du premier trimestre 2003.

Pour ce faire, ils se déplaceront en régions, afin de dialoguer avec tous les acteurs concernés.

A partir de ces propositions, s'ouvrira une période de concertation nationale avec les représentants des professionnels devant conduire à des textes réglementaires et législatifs avant l'été 2003.

**Le premier " groupe projet " s'attachera à deux objectifs principaux**

**Tout d'abord, le décloisonnement interne de l'hôpital en révisant les règles qui régissent son organisation.**

Plusieurs orientations seront étudiées, sans que le champ d'investigation soit fermé :

- L'assouplissement du régime budgétaire et financier.
- Le décloisonnement des organisations médicales en généralisant les pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne étendue avec le conseil d'administration.
- Une réflexion sur l'évolution des instances des établissements afin que ces derniers puissent jouer pleinement leur rôle dans le cadre d'une autonomie accrue de l'hôpital.
- La révision des modalités d'achats.

**La rénovation des relations entre les acteurs au sein de l'hôpital, ensuite.**

Plusieurs champs de réflexions seront ouverts :

- Fixer de nouvelles dispositions pour intéresser individuellement l'ensemble du personnel aux résultats de gestion des pôles d'activité, intéresser les médecins aux postes de responsabilités (pôles de responsabilité, CME - Commission médicale d'établissement-), expérimenter de nouveaux modes de rémunération pour les médecins, prévoir une contractualisation du chef d'établissement et de l'ARH sur des objectifs.
- Moderniser le dialogue social dans les établissements publics de santé et au niveau central.
- Déconcentrer la gestion des PH et directeurs et proposer de nouveaux outils de gestion des compétences afin de mettre celles ci en adéquation avec la stratégie des établissements.

**Le deuxième " groupe projet " s'intéressera aux spécificités des CHU, telles que :**

- Le développement de l'innovation, en tant que point commun aux trois missions des CHU – soins, enseignement, recherche.
- Le renforcement de la dimension régionale et inter-régionale des CHU.
- La recherche d'une nouvelle dimension aux inter relations CHU/ Faculté.
- Le recrutement des chercheurs et des enseignants.

-----

## QUESTIONS – REPONSES

### **1- Quel bénéfice économique attendez-vous de la mise en place d'une tarification à l'activité ?**

L'objectif de la mise en place d'une tarification à l'activité n'est pas, principalement, d'ordre économique ; il est plus ambitieux et plus profond que cela. Le fait de lier plus étroitement l'activité réalisée et le budget des établissements de santé permet de rendre le système actuel plus simple et donc plus compréhensible pour les professionnels quels qu'ils soient. De ce fait, ces derniers seront, désormais, responsabilisés dans leurs pratiques quotidiennes ; le système retrouve du sens et le budget qui est alloué aux structures n'est plus le résultat d'un processus bureaucratique mais le fruit direct de leur travail. La tarification à l'activité permet aussi de donner sens et corps à la volonté du Gouvernement d'intéresser les professionnels aux résultats de leurs actions.

### **2- Les nouvelles pathologies ou les nouveaux médicaments pourront-ils toujours être financés ?**

Le nouveau mode de financement des établissements de santé n'a pas pour ambition d'englober de façon exhaustive toutes les activités de l'hôpital. Si c'est un système bien adapté aux pathologies connues et couramment pratiquées, il doit aussi être complété par d'autres sources de financement pour accompagner le progrès médical. Sur ce point, en particulier, le système actuel de financement des molécules innovantes et coûteuses sera maintenu. De même, l'enseignement et la recherche feront l'objet de financements spécifiques qui permettront à notre système hospitalier de conserver son niveau d'excellence. Enfin, les activités de service public ou d'intérêt général (urgences, réseaux par exemple) feront l'objet d'un traitement financier particulier permettant de garantir à nos concitoyens un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

### **3- Le recours à des entreprises privées pour construire des hôpitaux est-ce le début de la privatisation ?**

En aucun cas. Il s'agit en ouvrant cette possibilité (cela ne sera en aucun cas une obligation) de permettre un raccourcissement des procédures de construction et d'éviter, ainsi, aux équipes soignantes et aux patients une attente inutile pour bénéficier d'un environnement accueillant et respectant les normes de sécurité. La mission de l'hôpital, c'est de soigner et pas de construire des bâtiments.

**4- Le plan de relance de l'investissement concerne les hôpitaux publics mais aussi les cliniques privées ; est-il normal de soutenir, ainsi, des entreprises privées ?**

Ce qui importe à nos concitoyens, c'est d'être pris en charge de façon médicalement adapté et humainement chaleureux dans un environnement de qualité beaucoup plus que la nature juridique de l'établissement d'accueil. Par ailleurs, nous sommes tous attachés à l'originalité de notre système de soins qui permet la co-existence d'hôpitaux publics et privés. Cette mixité est une richesse qu'il nous faut préserver .

**5- Permettre aux hôpitaux d'acheter plus simplement les produits dont ils ont besoin signifie-t-il que l'hôpital devra changer de statut juridique ?**

C'est plutôt d'une adaptation dont il s'agit. Mais, il faut avant tout aborder le sujet de l'achat public avec pragmatisme. En effet, il s'agit de répondre à un constat d'inadaptation des règles imposées aux hôpitaux au regard de leurs besoins. Dès lors, nous allons explorer toutes les voies permettant à ces derniers de se rapprocher sensiblement des modes d'achat modernes. Si cela doit passer par une modification partielle du statut juridique, cela sera discuté avec l'ensemble des partenaires.

**6- La réforme de la planification, et en particulier la suppression des indices, fait-elle courir un risque d'arbitraire de la part des Agences Régionales de l'Hospitalisation?**

L'assouplissement de la planification vise à redonner une cohérence globale à la régulation régionale. Il s'agit de passer d'un système d'encadrement de l'offre de soins par des indices administratifs à une régulation basée sur les besoins et l'activité réels (file d'attente par exemple), concertée (le SROS n'est pas une décision arbitraire mais un document faisant intervenir tous les acteurs régionaux) et éventuellement contractualisée, demain, avec les établissements. Cette régulation se fait à un niveau géographique fin, ce qui constitue une vraie nécessité.

**7- Le rapport Piquemal dresse un tableau alarmant de l'organisation hospitalière, la plan hôpital 2007 est il de nature à y apporter des solutions ?**

Bien sûr. Le plan hôpital 2007 est, aussi, conçu en ce sens ; pour autant, il ne constitue pas une réponse universelle. En ouvrant la voie à un assouplissement des structures internes et à une responsabilisation des acteurs hospitaliers, les mesures qui seront mises en œuvre dans le cadre du plan hôpital 2007 permettront une meilleure coordination entre les différents services au sein des hôpitaux. Mais travailler sur l'organisation est une tâche difficile qui réclame du temps et de la méthode. Il est clair que des mesures d'adaptation transitoires doivent être trouvées. Elles feront l'objet des discussions avec les organisations syndicales à propos des assouplissements du dispositif RTT. Concernant l'accompagnement des changements organisationnels que suppose la mise en place de la RTT, la nouvelle mission d'audit pourra être mise à contribution afin d'accompagner les établissements dans la révision de leur processus de fonctionnement.

**8- Concernant la gestion interne de l'hôpital, vous lancez deux nouveaux groupes de travail ; les éléments de diagnostic ne sont-ils pas déjà connus depuis longtemps ?**

On ne réforme pas par décret. Notre ambition n'est pas de faire la réforme à la place des acteurs mais de mettre à disposition de ceux ci les outils leur permettant de construire, de bâtir leur projet avec souplesse. Si le diagnostic sur la lourdeur administrative du fonctionnement de l'hôpital est largement partagé par l'ensemble des acteurs, encore convient-il que ces derniers s'expriment sur les solutions possibles pour corriger cet état de fait. C'est pourquoi, les deux groupes de travail devront aller à la rencontre des hospitaliers en région pour proposer des idées, recueillir des avis et, en définitive, construire un nouveau cadre de référence pour l'hôpital.

**9- Pourquoi avoir choisi de distinguer les CHU par rapport aux autres composantes de l'hospitalisation ?**

Les CHU occupent une place particulière dans le paysage hospitalier. D'une part, ils sont les centres de formation des nouveaux professionnels. D'autre part, ils jouent un rôle déterminant dans la recherche médicale. Ces deux aspects leur confèrent des charges et des devoirs particuliers auxquels il faut réfléchir de manière approfondie si nous voulons préserver l'excellence de notre système.

Mais, par ailleurs, les CHU sont parallèlement, comme tous les centres hospitaliers, concernés par l'ensemble des mesures du plan hôpital 2007 (tarification à l'activité, investissement etc...).



Le Ministre de la Santé, de la Famille

République Française

Messieurs,

Le plan Hôpital 2007 repose sur une modification de la logique de fonctionnement des établissements hospitaliers combinant l'assouplissement des contraintes externes sur l'hôpital, un plan de soutien à l'investissement ambitieux de 6 milliards d'euros sur cinq ans et une modernisation en profondeur du fonctionnement hospitalier.

La modification des règles externes réside dans le passage à une tarification à l'activité, l'assouplissement de la planification et l'adaptation des outils de coopération sanitaire

- Afin de libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation, il est indispensable d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs. La tarification à l'activité apparaît seule capable, à terme, de responsabiliser les acteurs ;

- Hérité des années 1970, le dispositif de planification sanitaire est devenu complexe, rigide et insuffisamment efficace. Il faut, assouplir les règles en donnant au schéma régional d'organisation sanitaire une place centrale pour renforcer la pertinence de l'action des agences régionales d'hospitalisation dans la recomposition locale de l'offre hospitalière ;

- Il faut également accompagner les évolutions et la recomposition du secteur de l'hospitalisation. C'est l'objet à la fois du plan de soutien à l'investissement et de la simplification et la rénovation des outils de coopérations hospitalière à travers la notion modernisée de groupement de coopération sanitaire (GCS).

Mais à ce changement des règles externes à l'hôpital, dont les lignes directrices sont arrêtées, doit également répondre une profonde modernisation interne des établissements de santé. En effet, les personnels hospitaliers doivent pouvoir concevoir et mener à bien des projets collectifs où ils expriment leur compétence. Il s'agit dès lors d'adapter le cadre normatif actuel afin de redonner aux établissements une souplesse de fonctionnement indispensable.

Plusieurs pistes de réflexion sont d'ores et déjà évoquées en ce sens

- L'assouplissement du régime budgétaire et financier ;
- Le décloisonnement des organisations médicales en généralisant les pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne étendue avec le conseil d'administration ;
- Une réflexion sur l'évolution sur les instances des établissements afin que ces derniers puissent jouer pleinement leur rôle dans le cadre d'une autonomie accrue de l'hôpital ;
- La révision des modalités d'achats ;

La fixation de nouvelles dispositions pour intéresser individuellement l'ensemble du personnel aux résultats de gestion des pôles d'activité et pour intéresser les médecins aux postes de responsabilités (pôles d'activité, CME) ;

L'expérimentation de nouveaux modes de rémunération pour les médecins ; La contractualisation du chef d'établissement et de l' ARH sur des objectifs ;

La modernisation du dialogue social dans les établissements publics de santé et au niveau central ;

La déconcentration de la gestion des PH et directeurs et l'élaboration de nouveaux outils de gestion des compétences afin de mettre celles-ci en adéquation avec la stratégie des établissements.

Sans être exhaustifs, ces axes de réflexion, répondant à un triple objectif d'assouplissement, de responsabilisation et de qualité, méritent d'être approfondis. En ce domaine, je souhaite en effet que la réforme soit menée avec les professionnels et les acteurs du système.

A cette fin, vous avez accepté, et je vous en remercie, d'approfondir ces orientations et de tester leur faisabilité auprès des hommes et des femmes qui, au quotidien, font vivre l'hôpital, afin d'élaborer un cadre de propositions pour la fin du premier trimestre 2003. Sur cette base, et après un travail de concertation et d'élaboration complémentaire, vos propositions pourraient se traduire par des projets de textes législatifs et réglementaires avant l'été 2003.

Votre engagement professionnel au sein du système hospitalier constitue pour moi un gage de qualité et de succès. C'est de l'avenir de notre système hospitalier qu'il s'agit.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

J. F MATTEI

## **2) Courrier**

**et questionnaire de la réunion**

## PLAN HOPITAL 2007

**Groupe projet : < modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale >**

Nos réf. : AP/MOL/021202

Madame, Monsieur,

Monsieur Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées nous a confié la mission de réfléchir dans le cadre du plan « hôpital 2007 », aux pistes de modernisation et d'assouplissement du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale.

La lettre de mission qu'il nous a fait parvenir et que vous trouverez ci-jointe, précise les contours de notre tâche et nous amène, avant la rédaction de notre rapport, à rencontrer le plus largement possible les hospitaliers et leurs partenaires pour les entendre et les associer à notre travail.

Nous avons ainsi élaboré un questionnaire des sujets que nous souhaitons voir abordés et que chacun est libre d'enrichir. Les auditions auxquelles nous allons nous livrer se dérouleront jusqu'en début mars prochain. Elles auront 2 formes

- L'une nationale avec l'audition de toutes les instances représentatives, qu'elles soient syndicales ou institutionnelles, publiques ou privées...
- L'autre régionale sous la forme de déplacements dans 7 régions de l'hexagone les jeudis après-midi et vendredis matin du 16 janvier au 28 février, au cours desquels nous rencontrerons les services déconcentrés de l'Etat et des représentants hospitaliers, mais également pour les D.O.M. et certains établissements spécifiques sous la forme de visio-conférences. Les déplacements que nous avons prévus concernent les régions suivantes

b P.A.C.A. : 16 et 17 janvier 2003

Rhône-Alpes : 23 et 24 janvier 2003

Bretagne : 30 et 31 janvier 2003 b

Nord : 6 et 7 février 2003

Aquitaine : 13 et 14 février 2003 b

Bourgogne : 20 et 21 février 2003 b

Alsace : 27 et 28 février 2003

Cette liste n'étant pas exhaustive, nous souhaitons pouvoir lors de ces déplacements, avoir également des contacts avec les hospitaliers des régions voisines.

## **PLAN HOPITAL 2007**

**Groupe projet : « modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale »**

Concernant l'Ile de France, nous recevrons l'Assistance publique de Paris et les représentants des établissements franciliens par l'intermédiaire de l'U.R.H.L.F.

De façon à ce que les contacts soient le plus enrichissant possible, nous souhaitons pouvoir rencontrer à la fois les représentants des directions, du corps médical par l'intermédiaire des C.M.E., du C.T.E. et du Conseil d'Administration.

En plus de cette démarche d'audition, nous serons à même dans la mesure des besoins, de mettre en place sur des thèmes plus spécifiques des groupes de travail susceptibles d'enrichir notre rapport sur des sujets ciblés.

Le mois de mars sera consacré à la rédaction de ce rapport et pourra nous amener à reprendre des contacts en fonction de l'évolution de notre réflexion et des contributions que nous pourrions recevoir et sur lesquelles nous sommes totalement ouverts.

En vous remerciant par avance de l'aide que vous pourrez nous apporter,

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments distingués.

**Denis DEBROSSE**

**Antoine PERRIN**

**Guy VALLANCIEN**



**Groupe Projet : « modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale »**

**I - Quel Bilan faites-vous des cinq dernières années**

1. *Les évolutions positives*
2. *Les évolutions négatives*

**II - Pouvez vous choisir par ordre décroissant de gravité les 5 dysfonctionnements les plus graves que vous constatez dans votre travail à l'hôpital ?**

1. *Absence d'organigramme des fonctions diverses des personnels*
2. *Absence de transmission des décisions*
3. *Absence de cohérence dans le fonctionnement de l'hôpital, son activité, sa politique médicale et de projet commun avec la direction*
4. *Absence de régulation des urgences,*
5. *Difficultés d'organisation des gardes selon la nouvelle loi*
6. *Manque de personnel et difficultés liées au passage aux 35h,*
7. *Difficulté de recrutement des personnels*
8. *Identité des salaires quelque soit la pénibilité du travail et sa responsabilité,*
9. *Absence d'intéressement financier ou autre au travail*
10. *Tarifification sous cotée de certains actes médicaux et paramédicaux*
11. *Lourdeur des taches administratives*
12. *Lenteur et complexité des appels d'offres*
13. *Accroissement des normes sécuritaires sans contrepartie financière pour y répondre*
14. *Manque de formation des personnels aux nouvelles technologies (informatique, connectique, vidéo-transmission, etc .....)*
15. *Autres dysfonctionnements constatés*

**Votre classement par ordre décroissant.**

1      2      3      4      5



## Questionnaire HOPITAL 2007

Groupe Projet : « modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale »

### LE FONCTIONNEMENT INTERNE DE L'HOPITAL

#### A/ LES HOMMES

##### QUESTION N° 1

###### **Les organisations internes de l'hôpital**

Même si les lois hospitalières donnent une certaine liberté, celle-ci n'a pas été utilisée en pratique par les acteurs. Les activités au sein d'une même spécialité sont aujourd'hui multipolaires. L'unité géographique du service ou du département a ses limites et dans chaque spécialité, on peut être amené à travailler sur les consultations, les unités de jour, de semaine, d'hospitalisation classique, de réanimation, d'hospitalisation pédiatrique...

*Comment concilier la nécessaire unité des équipes autour d'un projet médical de spécialité, et la nécessaire organisation décloisonnée en fonction des besoins du malade ?*

##### QUESTION N° 2

###### **Les instances (C.A. - C.M.E. - C.T.E. - Commission des Soins Infirmiers - C.H.S.C.T...)**

Elles sont incontournables, mais travaillent de façon cloisonnée, alors que les liens entre les acteurs apparaissent de plus en plus essentiels.

*a) Quelle réforme de leur composition proposer ? b) Quelle réforme de leur mission peut-on proposer ?*

Dans la perspective du renforcement de l'autonomie des établissements, quels seront la place et le rôle de la tutelle ?

*a) en terme d'organisation ? b) en terme de procédures de contrôle, d'inspection et d'évaluation ?*

#### B/ LES FINANCES

##### QUESTION N° 3

###### **Le régime budgétaire et financier**

Il est lourd, rigide et cloisonné, peu réactif.

*a) Comment le simplifier ? b) Quelles évolutions envisagées pour les achats ?*

##### QUESTION N° 4

###### **La tarification à l'activité**

On peut y voir un outil de simplification et de dynamisation du régime budgétaire et financier des établissements.

*a) Que peut-on en espérer ? b) Quelles en sont les conséquences ? c) Quelles en sont les limites ?...*

## Questionnaire HOPITAL 2007

Groupe Projet : u modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale »

### LA GESTION DES ACTEURS

#### QUESTION N° 5

##### **La régulation, la nomination et la gestion des PH.**

Le système actuel qui est géré au niveau du Ministère ne permet qu'un seul tour de nomination par an et peut aboutir dans certains cas à des délais dépassant l'année. Sa gestion est par ailleurs très éloignée des établissements et aboutit fréquemment à des erreurs, des imprécisions, des retards subis par le terrain. *a) Comment l'améliorer ? b) Quel garde-fou lui donner ?... c) Qui doit choisir et nommer les responsables médicaux ?*

#### QUESTION ° 6

##### **La gestion du corps des directeurs**

*a) Doit-on faire évoluer et comment, les modes de recrutement ? b) La formation initiale de l'ENSP est-elle adaptée ? c) Que peut-on dire de la formation continue ? d) Qui doit choisir, nommer et évaluer les chefs d'établissements ? e) Qui doit choisir, nommer et évaluer les directeurs-adjoints ?  
Quelle mobilité interne et externe vous paraisse souhaitable ?*

#### QUESTION ° 7

##### **Gestion du cadre intermédiaire (soignant, administratif, technique)**

*a) Doit-on faire évoluer et comment, les modes de recrutement ? b) Quelle articulation proposer avec les PH et la Direction ? c) Quelle place institutionnelle leur donner ?*

### CONTRACTUALISATION INTERNE ET RESPONSABILISATION

#### QUESTION N°8

##### **La contractualisation interne**

Elle est définie dans l'ordonnance de 1996 et est prévue autour des pôles d'activités. Quelles conséquences cela donne t'il sur l'organisation de l'hôpital, sur les relations de travail, l'évaluation, l'exercice des responsabilités ? Le médecin coordonnateur de pôle : avec qui passet-il le contrat de gestion ? Quelle assistance doit-il avoir ? Quelles limites à ses pouvoirs ?

*a) Faut-il une assistance de gestion au niveau du coordonnateur ? b) Quelles seraient les limites à la délégation de pouvoir ?*

## Questionnaire HOPITAL 2007

Groupe Projet : « modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale »

### QUESTION N° 9

#### **L'intéressement aux résultats collectifs et individuels**

Cet intéressement peut être collectif dans le cadre d'un pôle d'activités par exemple, mais également individuel, que ce soit au sein d'un pôle d'activités ou pour une prise de responsabilités spécifiques (Président de C.M.E., responsable de pôle, de projet...) ou pour les résultats des directeurs. Cela doit passer par une démarche contractuelle individuelle ou collective.

*a) Comment les développer ? b) Quelles en seraient les limites au sein d'un établissement public de santé ?*

#### **Au sein d'un même corps, la pénibilité et le risque peuvent être différents.**

*Faut-il prendre en compte ces variations par une reconnaissance financière particulière ?*

### QUESTION N°10

#### **L'insuffisance professionnelle des P.H. et des Directeurs**

Les problèmes disciplinaires, relationnels, quantitatifs et qualitatifs ne sont actuellement pas gérés de façon satisfaisante. Il s'agit d'un sujet difficile qui concerne fort heureusement peu de professionnels. Toutefois ce type de situation est un frein au bon fonctionnement d'un hôpital.

*Comment, dans le respect de chacun, proposer un nouveau mode de gestion de ces difficultés ?*

## LE TERRITOIRE DE SANTE

### QUESTION N° 11

#### **Le projet de santé**

L'accumulation des différents projets des établissements publics de santé sur un territoire semble avoir des limites et être source de redondance. *a) Comment unifier autour d'un même projet les établissements de santé dans un territoire ? b) Qui doit en prendre l'initiative ? c) Qui doit coordonner le projet ?*

## Questionnaire HOPITAL 2007

Groupe Projet: « modernisation du statut de l'hôpital et de sa gestion sociale »

### QUESTION N° 12

#### **La permanence des soins**

- a) *comment organiser dans un territoire de santé la permanence des soins dans une même spécialité, entre les différents acteurs des différents sites, y compris aux statuts différents ?*
- b) *Peut-on faire coexister, plusieurs sites d'accueil et plusieurs modes de rémunération pour une même spécialité ?*
- c) *Qui prendrait l'initiative du projet ? Qui*
- d) *l'arbitrerait ?*

### QUESTION 13

#### **L'équipe médicale du territoire**

Il apparaît nécessaire de réunir dans un territoire les professionnels de même spécialité autour d'un projet coordonné. *Comment l'envisager en tenant compte des différents statuts juridiques des établissements, des modes d'exercices et de rémunération des professionnels publics et privés ?*

Quelles autres questions auriez-vous souhaité évoquer?

**3) Visite des régions  
et personnalités rencontrées**

VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 16 et Vendredi 17 Janvier 2003

## Provence Alpes Côtes d'Azur, Languedoc Roussillon, Corse

### Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation

#### P.A.C.A.

- La région Provence-Alpes-Côte d'Azur compte près de 4 700 000 habitants, l'accroissement entre les deux recensements était de près de 7%. Il s'agit d'une population où la part des moins de 20 ans diminue au profit des plus de 75 ans (environ 9%).
- La région offre une zone côtière étendue et très peuplée et un arrière pays plus difficile d'accès et moins peuplé.
- Les augmentations démographiques à venir sont possibles essentiellement dans la partie moyenne de la région sur un axe Aix en Provence/ Draguignan / Grasse.
- Elle compte six départements. L'équipement de la région en lits de court séjour reste légèrement supérieur aux moyennes nationales sauf en gynécologie-obstétrique. Par contre, l'équipement en psychiatrie est inférieur à cette moyenne.
- La place du secteur privé y est très importante notamment en chirurgie où la capacité privée dépasse fortement la capacité publique. La densité des professionnels libéraux est aussi importante dans la région. L'équipement privé est notamment très concentré sur la côte.
- Il y a 24 hôpitaux locaux 2 CHU, plus de 40 CHG et CHS
- Il existe de nombreux établissements publics en situation de difficultés budgétaires et de besoins d'investissements très élevés.

#### LANGUEDOC ROUSSILLON

##### Données démographiques

- La région compte 5 départements dont 3 (Hérault, Gard et Pyrénées Orientales) regroupent 83% de la population
- Sur ces départements, on voit s'opposer deux extrêmes sur le plan démographique
  - . Le département de l'Hérault représente près de 40% de la population de la région et dispose d'une densité de population à près de 147 personnes au km<sup>2</sup>.
  - . La Lozère, quant à elle, représente moins de 4% de la population avec une densité de 14 personnes au km<sup>2</sup>.
- Le taux d'évolution de la population qui, depuis 1990, double celui de la France (0,9% contre 0,4%) est dû, pour l'essentiel, au solde migratoire. Par ailleurs, la région compte 31 % de moins de 25 ans (34% pour la France) et 24% de 60 ans et plus, ce qui la place au deuxième rang des régions en terme d'indice de vieillissement : 0,8 contre 0,6 pour la France entière.

### **Equipements sanitaires**

- La région compte au total 160 établissements principalement localisés dans les trois départements à forte densité de population. L'hospitalisation privée sous OQN représente 61% des établissements de la région pour 38% des autorisations en lits ou places, majoritairement en Chirurgie et Soins de Suite et de Réadaptation.
- S'agissant de l'hospitalisation publique, la région compte 16CH et 18 hôpitaux, en plus de ses 2 CHU.

### **Particularités par disciplines**

- Obstétrique : 23 établissements autorisés en Obstétrique (12 privés et 11 publics) dont 7 réalisent plus de 1500 accouchements par an et 3 plus de 2000 (les 3 établissements de Montpellier).
- Soins de suite et de Réadaptation : On observe des zones de forte pénurie de lits et places de SSR et RF alors que l'excédent de la carte sanitaire est à ce jour proche de 25%.

## **CORSE**

- Région de 8680 km<sup>2</sup> avec une population de 260 196 habitants (densité : 30 habitants au km<sup>2</sup>). ,
- Répartition démographique inégale selon les zones : deux centres urbains (Ajaccio et Bastia) attirent 34,9% de la population alors que l'intérieur se dépeuple.
- Population vieillissante (taux de vieillissement : 77% - France : 60,5%)
- Difficultés de transport liées à un relief montagneux (Ajaccio - Bastia: 150km - 3 heures de route) nécessitant notamment la mise en place de 5 antennes S.M.U.R. des deux centres hospitaliers généraux.
- Deux centres hospitaliers généraux, un centre hospitalier spécialisé, un centre hospitalier intercommunal, deux hôpitaux locaux.
- Des établissements en difficulté budgétaire
- 15 établissements de santé privés à but lucratif de taille petit à moyenne : 10 cliniques (dont 2 ont une concession de service public : pour une en psychiatrie, pour l'autre en gynéco-obstétrique et urgences), 4 établissements de soins de suite (dont 1 avec de la rééducation fonctionnelle) et un établissement de rééducation fonctionnelle.
- Flux sanitaires vers les établissements du continent disposant de plateau technique plus complet.

## LISTE DES INTERVENANTS

### JEUDI 16 JANVIER 2003: ARH de MARSEILLE

Monsieur		ARNAUD	Directeur
Monsieur	Bernard	BONNICI	Directeur
Monsieur	Claude	BOYER	Directeur des soins
Monsieur	Patrick	CALVET	Président CME TOULON
Monsieur	Jean	CHAPPELLET	Directeur DRASS PACA
Monsieur	Philippe	COLENARD	Directeur CH FREJUS -ST RAPHAEL
Madame	Marie Claude	DUMONT	Chargée de Mission ARH PACA
Monsieur	Christian	DUTREIL	Directeur ARH MARSEILLE - REGION PACA
Monsieur	Eric	FAES	Directeur
Madame	Angelise	FLORI	C.M. Systèmes informations ARH PACA CORSE
Monsieur	Pierre	GABRIE	Chef de la mission de contrôle d'Etat des ARH
Madame	Marie Ange	GUERRERO	Directeur de soins CHU NICE
Monsieur	Bernard	MONNIER	Président de CME
Monsieur	Gérard	MOSNIER	Directeur CH MONTFAVEL
Monsieur	Jean Luc	PESCE	Chargé de Mission ARH PACA
Monsieur	Hugues	RIFF	MIR à la DRASS PACA
Monsieur	Gérard	VALETTE	Secrétaire général ARH-LR

### VENDREDI 17 JANVIER 2003 CHU DE MONTPELLIER: Mr Denis DEBROSSE

Monsieur	Richard	ALLET	Rept syndical en CTE CFDT Hôpital La Colombière
Monsieur	J.L.	BILLY	Directeur Général adjoint
Monsieur	Roger	BOUDON	Rept syndical en CTE CFDT Hôpital La Colombière
Monsieur	Yves	BOURDEL	Rept syndical en CTE FO Hôpital Lapeyronie
Monsieur	J.	BRINGER	Président de la CME
Madame	Catherine	CANO	Rept syndical en CTE CGT Hôpital La Colombière
Monsieur	R.	CERATO	Directeur du pôle affaires médicales et ressources humaines
Monsieur	M.	CHAMMAS	Chef de service orthopédie II
Monsieur	T.	COURBIS	Directeur du département des ressources et de l'ingénierie
Madame	F.	D'ABUNTO	Conseillère municipale, administrateur CHU
Monsieur	P.	GODARD	Chef de service ORL et chirurgie cervico-faciale
Monsieur	B.	HEDON	Chef de service gynéco-obstétrique B
Monsieur	J.	KIENLEN	Vice Président CME
Monsieur	Stéphane	MELLA	Rept syndical en CTE FO Hôpital Lapeyronie
Monsieur	Marc	MEYZINDI	Rept syndical en CTE CI Hôpital Arnaud de Villeneuve
Monsieur	T.	NEGRE	Directeur du pôle finances, analyses et perspectives
Madame	Sylvie	PALMIER	Rept syndical en CTE CI
Monsieur	P.	SAUREL	Adjoint au Maire, Président suppléant du CA
Monsieur	C.	STOPPER	Directeur offre de soins et de la clientèle
Madame	Claudine	TROADEC	Rept syndical en CTE CGT Hôpital St Eloi

### VENDREDI 17 JANVIER HOPITAL AIX EN PROVENCE: Pr Guy VALLANCIEN

Monsieur		CONTI	CGT
Madame		CONTI	FO
Docteur		GARRIGUE	
Docteur		KIEGEL	Président de CME
Madame		LAUGIER	CGT
Docteur		PICON COSTE	
Monsieur		POZZO DI BORGIO	Directeur Hôpital d'AIX EN PROVENCE
Monsieur		SAILLET	
Monsieur		SALE	FO
Docteur		SICARD DESNUELLE	Représentant C.A.

### VENDREDI 17 JANVIER 2003 HOPITAL DE MARTIGUES: Dr Antoine PERRIN

Madame	F.	BOURDET	Infirmière de nuit
Monsieur	Dominique	BOY	Cadre socio-éducatif SMICT -CGT
Monsieur	Christian	BULOT	Directeur
Monsieur	Josv	CAPOZZI	Agent administratif CGT

## REGION PACA LANGUEDOC ROUSSILLON LISTE DES INTERVENANTS

Madame	Blandine	CARCASSES	A.S. Urgences
Madame	J.	CORNIL	Infirmière
Madame	Simone	DI NICOLA	DRH
Madame	Noelle	ESTEVE	A.S. CFDT
Madame	Yvette	FABIANI	Agent administratif CGT
Madame	Félice	FAGGIANELLI	DRH
Madame	Daniele	HENGEN	Coordination infirmière (infirmière psychiatrique)
Madame	Zorha	LOUISON	SMICT-CGT Infirmière
Monsieur	Bernard	PAOLI	Directeur des Soins
Monsieur	Régis	POLVEREL	Président de CME - Pédo-psychiatre
Madame	Elisabeth	PY	Infirmière
Madame	Dominique	RIBES	Directeur des Affaires financières
Monsieur Michel		ROUFFIAC	SMICT-CGT

## VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 23 et Vendredi 24 Janvier 2003

### Région Rhône Alpes, Auvergne

#### Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation.

#### RHONE ALPES

- Rhône-Alpes se caractérise par son poids économique et démographique, comme la seconde région française après l'Ile de France. Elle comprend 8 départements aux caractéristiques très contrastées et de population très inégale quantitativement.
- Elle représente habituellement plus ou moins 10% des grandes valeurs nationales (population, PIB, population active, etc ...)
- Elle se distingue cependant par une population plutôt plus jeune que la moyenne nationale (32% des Rhône-alpins étaient âgés de moins de 25 ans en 1999), plus dense (129 habitants/km<sup>2</sup> pour 109 en France), plus aisée (89 700 F de revenu moyen/an pour 84.000F en 1996), moins touchée par le chômage (7,2% pour 8,7 en 2001).
- Sur le plan sanitaire les indicateurs de santé publique sont également plutôt plus favorables  
; Taux de fécondité : 51,80 en Rhône-Alpes , 50,40 en France Taux de mortalité infantile 4,10 pour 1000 naissances, 4,80 + de 65 ans 15,50 ; 16,70% Taux de mortalité 8 pour 1000 habitant ; 9,2
- Les établissements sanitaires sont au nombre de 335 sur le territoire régional, sans compter les centres de dialyse (43) et les gestionnaires d'équipements lourds autonomes (56). Les capacités ouvertes correspondent à environ 52 000 lits et places.
- L'offre de soins est structurée autour de trois CHU (Lyon, St Etienne et Grenoble) qui représentent 40% du potentiel total en masse budgétaire. Derrière, viennent 6 grands centres hospitaliers qui couvrent le territoire : Annecy, Chambéry, Roanne, Bourg en Bresse, Valence et l'Hôpital Saint Joseph Saint Luc (PSPH) à Lyon.
- En dépit de cette structuration lourde de l'offre, la région compte également un grand nombre d'hôpitaux de taille plus réduite et 55 hôpitaux locaux, ce qui constitue un maillage fin du territoire.
- En terme de statut, la répartition en nombre d'établissements est d'environ 1/3 pour chaque catégorie : public, PSPH et privé. Au total le secteur privé couvre environ 1/3 des besoins, mais cette part peut aller jusqu'à 60% dans certaines disciplines (chirurgie notamment).
- L'organisation sanitaire de Rhône-Alpes s'appuie aujourd'hui sur 11 secteurs sanitaires et 34 bassins hospitaliers. Elle repose sur un schéma régional adopté en septembre 1999 et ayant fixé 5 grandes orientations - La gradation de l'offre de soins en 4 niveaux successifs (proximité, proximité renforcée, référence, référence et universitaires) - La coopération public/privé au sein de pôles sanitaires, eux-mêmes rassemblés en bassins - L'organisation prioritaire de 5 domaines (ceux des urgences, de la périnatalité, de la cancérologie, des SSR et des fonctions hospitalo-universitaires)



le développement d'une politique contractuelle, anime au plus près du terrain par des équipes, reflet de la diversité des composantes de l'agence - Le rééquilibrage des ressources entre établissements au vu de l'activité assumée.

### AUVERGNE

- Composée de 4 départements (Allier, Cantal, Haute Loire, Puy de Dôme)
- Le Massif Central est compact, peu entaillé par des vallées, et donc peu accessible. (Plus de la moitié des communes d'Auvergne sont classées en zone de montagne).
- 19<sup>e</sup> région française par sa population : seuls la Franche Comté, le Limousin et la Corse sont moins peuplés
- Densité de population inférieure de moitié à la densité française et parmi les plus faibles au niveau européen
- Age moyen de la population de deux ans supérieur à l'âge moyen national
- Un seul CHU qui produit 99,27 M de points ISA, soit 38% de la production régionale (261,74M de points ISA)
- Une seule maternité de niveau 3 (CHU), 6 maternités de niveau 2, 8 maternités de niveau 1 et un centre périnatal de proximité
- Le CHU emploie 30% des effectifs hospitaliers publics non médicaux de la région
- Un parc hospitalier public globalement vétuste.

REGION RHONES ALPES AUVERGNE  
LISTE DES INTERVENANTS

JEUDI 23 JANVIER 2003: ARH LYON

Madame Marie Christine	ALAMO BOCCOZ	Directeur Hospitalisation CPAM
Monsieur Jean Christophe	ANTOINE	CME ST ETIENNE
Monsieur Bernard	BARIS	MCR Clermonf Ferrand
Monsieur Jean Pierre	BASTARD	DG CHU GRENOBLE
Monsieur Jean Pascal	BAUGE	Conférence des Présidents de CME CH
Monsieur François	BROUME	Directeur Adjoint CRH Auvergne
Monsieur Jean Pierre	CONTIS	Directeur ARH Auvergne
Monsieur Robert	FAVRE BONTE	Directeur du moulins Délégué régional FHF
Monsieur Yvan	GILLET	Chargé de mission
Monsieur François	GRATEAU	D.O. Hospice civils de Lyon
Monsieur Jean François	JACQUEMET	Chef de service DDASS
Monsieur Guy	LEGAL	MCR LYON
Monsieur Jacques	LESIMPLE	Conférence des Directeurs de CH
Madame Lucette	MALLEVAL	IP. DRASS RA
Monsieur Vincent	MARSALA	Médecin inspecteur régional rhone alpes
Monsieur Nicolas	MERESSE	Conseiller médical ARH AUVERGNE
Monsieur François	NEGNER	DA DRASS 63
Monsieur Guy	RICHIER	D.G. Saint Etienne
Monsieur Philippe	RITTER	DARH
Monsieur Jean	SCHMID	Directeur CH Vichy - Membre CNDCH
Monsieur Jean Paul	SEGADE	DG CH LE VINATIER
Monsieur Christian	THOURRET	Directeur CH Aurillac
Monsieur Etienne	TISSOT	Président CME HC LYON
Monsieur Jacques	TOSTAIN	Président CME ST ETIENNE
Monsieur Pascal	TRIBOULET	Conférence des Présidents de CME CHS
Monsieur Dominique	VALMARY	Directeur CH LE PUY EN VELAY
Monsieur Patrick	VANDENBERGH	Secrétaire général ARH Lyon
Monsieur Alain	VANEL	DA DRASS AUVERGNE
Monsieur Marcel	VENET	Vice Président CME Le Puy en Velay
Monsieur Hubert	WACHOWIAK	Direction ARH

VENDREDI 24 JANVIER 2003 CHU ST ETIENNE : Dr Antoine PERRIN

Docteur Jean Christophe	ANTOINE	Prst CME St Etienne
Docteur Christian	AUBOYER	Réanimation Prsdt Conseil Médical
Docteur Yves	BLANCHON	Présdt Conseil Médical Psy
Monsieur Philippe	DUGAND	Directeur Général adjoint
Professeur	GONTHIER	Prsdt Conseil consultatif médical gérontologie
Professeur Frédéric	LUCHT	Doyen Faculté de Médecine. Chef service maladies infectieuses
Monsieur	PERREARD	Directeur département ressources humaines
Monsieur Guy	RICHIER	Directeur Général
Docteur Georges	TEYSSIER	Chef de service réanimation
Monsieur Michel	THOLLIERE	Sénateur Maire de St Etienne
Professeur Jacques	TOSTAIN	Président CME Chef du service d'urologie
Docteur Jean Michel	VERGNON	Chef de service de Pneumologie
Docteur Fabrice	ZENI	Président Comité Médical Réanimation

VENDREDI 24 JANVIER 2003 HOPITAL DU PUY EN VELAY: Pr Guy VALLANCIEN

Madame Arlette	ARNAUD LANDAU	Président du CA
Madame M. Elisabeth	BRUSTEL	Cadre diététicien Syndicat FO
Monsieur Patrick	CASALI	Chef de service gynéco-obstétrique
Monsieur Bernard	CLAUD	Chef de service URGENCES
Monsieur Denis	DUBOIS	AAH
Monsieur Jean	GARDES	CA
Madame Catherine	GRANLER	PH Ophtalmo
Madame Huguette	JULIEN	CFDT IDE
Madame Elisabeth	LAC	Directrice des Soins



REGION RHONES ALPES AUVERGNE  
LISTE DES INTERVENANTS

Madame	Brigitte	LESCURE	Pharmacien Chef de Service
Monsieur	Bernard	LONGIN	PH Néphro
Madame	Odette	MALZIEU	AS Syndicat FO
Madame	Marie Paule	NAUTON	IDE REA SAMU Syndicat FO
Monsieur	Christian	POITRABON	Directeur Adjoint
Madame	Virginia	ROUGIER	CA
Monsieur	Jacques	ROUVIERE	CFDT Aide soignante
Monsieur	Freddy	SERVEAUX	Directeur Adjoint
Monsieur	Dominique	VALMARY	Directeur
Monsieur	Marcel	VENET	PH Gynéco-obstétrique
Monsieur	Patrick	WAGNER	Président de CME

VENDREDI 24 JANVIER 2003 CH BOURGOIN JALIEU : Mr Denis DEBROSSE

Madame M.		BASTIEN	Directeur Adjoint
Docteur	F.	BOISSIER	Chef de service Orthopédie
Madame	S.	CLEMENT	CGT
Monsieur		CORRALORDA	Maire Président du CA
Monsieur	L.	GANEL	CFDT
Monsieur	A.	GARCIA	Directeur Etablissements annexes
Madame	D.	GAYET	CFDT
Monsieur	R.	GAZQUEZ	Directeur DH BOURGOIN JALIEU
Madame	M.G.	GENIN	Directeur des Soins
Madame M.		JOTHY	Directeur Adjoint
Monsieur R.		MIGNOT	Ingénieur
Monsieur	R.	PERRIN COCON	Directeur Adjoint
Docteur	A.	PINEL	Chef de service cardiologie
Docteur	D.	PLAWESKI	Président de la CME
Madame	J.	RAMAGE	CGT
Madame	R.	VERBO	CFDT

## **VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 30 et Vendredi 31 Janvier 2003**

**Bretagne, Basse Normandie, Haute Normandie, Pays de la Loire**

### **Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation.**

#### **BASSE NORMANDIE**

- Sur le plan démographique
  - \_\_\_\_\_ . 1,42 millions d'habitants (2,4% de la population nationale) en croissance modérée
  - \_\_\_\_\_ . un vieillissement accentué
  - \_\_\_\_\_ . une faible densité de population (81 habitants au km<sup>2</sup>)
- 3 départements, 7 secteurs sanitaires
- un espace à dominante rurale mais avec des aires urbaines et périurbaines en fort développement
- Etablissements de santé : 67 dont
  - . 1 CHU qui emploie 21% des effectifs et réalise 18% de l'activité MCO régionale en volume (nombre de RSA)
  - . 1 CRLCC à Caen
  - . 6 Centres Hospitaliers pivots
  - . 9 hôpitaux locaux
  - . 5 établissements psychiatriques
  - . 13 cliniques MCO à but lucratif dont le Centre Hospitalier Privé de Saint Martin qui réalise 13% de l'activité chirurgicale régionale (entrées + venues SAE 2001)
- 19 maternités (15 publiques et 4 privées) pour environ 18 000 naissances dont
  - . 2 réalisant plus de 1500 accouchements (CHU et CH de Cherbourg)
  - . 5 réalisant moins de 500 accouchements
- Equipements lourds
  - . 10 IRM
  - . 16 scanners
- Région limite en termes de renouvellement des personnels hospitaliers qualifiés
- Démographie médicale défavorable avec des difficultés de recrutement dans certaines spécialités (principalement hospitalières) : psychiatrie, pédiatrie, anesthésieréanimation, gynécologie-obstétrique.
- Des établissements en grande difficulté financière (tensions)

## HAUTE NORMANDIE

### 1- Population

- Région à 2 départements, environ 1 800 000 habitants (Seine Maritime 70%, Eure 30%) avec 5 unités urbaines regroupant 45% de la population.
- Vieillessement de la population moins marqué que la moyenne nationale, mais indice de mortalité et de morbidité défavorable.

### II - Offre de soins

- Densités des professionnels de santé très inférieures aux moyennes nationales, en particulier dans l'Eure
- Equipements en lits inférieurs aux moyennes nationales
- Prédominance du secteur public (72% des capacités)
- 2 établissements représentant 48% de la dotation régionale (CHU de Rouen 31 % Groupe Hospitalier du Havre 17%)
- Cinq maternités, dont une clinique, avec plus de 2000 accouchements par an, une à moins de 300
- Des centres hospitaliers de proximité (dont 13 hôpitaux locaux sur 36 établissements publics) sans activité de chirurgie et obstétrique et trois avec des faibles activités
- Deux hôpitaux-cliniques, dont un en construction
- Deux centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie importants

## PAYS DE LA LOIR

- 5è région française 3,3 millions d'habitants dont le nom est de faible notoriété. Densité un peu inférieure à la moyenne.
- 5 départements dont 1 (Loire Atlantique) regroupe le 1/3 de la population
- 2 CHU (Nantes et Angers) et 5 établissements têtes de secteur qui réalisent 75% des points ISA du secteur public.
- Aucun établissement public entre 15 et 30 milliers de points ISA.
- Nombreux hôpitaux locaux (30) dont 5 intercommunaux.
- Maternités très restructurées sur 16 villes, 8 entre 600 et 800 accouchements, 10 au dessus de 1500 accouchements, dont 1 de 6000 (privée).
- Un secteur privé en forte concentration sur les grandes villes très majoritaire en chirurgie.
- Des établissements en tensions budgétaires.

## CENTRE

- D'une superficie de 39 540 km<sup>2</sup>, soit située avec 7% de la superficie nationale au 4è rang des régions métropolitaines, allant de la grande banlieue parisienne aux lisières nord du Massif Central, elle est très peu homogène.
- La population régionale est ainsi de 2 437 369 habitants (4% de la population française), avec une densité moyenne de la population peu élevée (62 habitants au km<sup>2</sup>), alors que le taux d'urbanisation est proche de la moyenne française (près de 70%). La population dense sur l'axe ligérien et sur les franges franciliennes (Indre et Loire, Loir et Cher, Loiret, Eure et Loir). Les départements de la frange sud (Indre et



- Cher) présentent les densités démographiques les plus faibles avec une baisse de leur population et un accroissement du vieillissement.
- A l'exception de Tours et d'Orléans (134 000 et 113 000 habitants), la région se caractérise par un tissu de villes de moyenne importance, Chartres, Dreux, Blois, Montargis, Bourges, Vierzon, Châteauroux, et de nombreuses petites villes rurales.
  - Une personne sur 4 est âgée de moins de 20 ans ou de plus de 60 ans dans le Centre. La population est plus jeune dans les départements du nord de la région. Dans l'Indre, un habitant sur 3 est âgé de plus de 60 ans et 1 sur 5 a moins de 20 ans. Dans le Loiret et l'Eure et Loir, cette proportion est inverse.
  - La région Centre est la deuxième région la plus sous médicalisée en France, et en passe de devenir la première, aussi bien en ce qui concerne le nombre de médecins généralistes que de médecins spécialistes, en médecine ambulatoire comme en médecine hospitalière. Le taux d'équipement hospitalier demeure faible alors que le taux de vieillissement de la population est plus élevé que la moyenne nationale.
  - La dotation par habitant est une des plus faibles de France, inférieure de plus de 25% à la moyenne nationale. En 2001, la valeur régionale du point ISA, pour les établissements sous dotation globale, est de 12,47 contre 13,18 en moyenne nationale hors DOM. Cette valeur place la région Centre en dixième position parmi les régions ayant la plus faible valeur de point ISA.
  - Le financement de l'hospitalisation publique est plus faible dans la région Centre que dans la plupart des autres régions.
  - Les deux plus grands centres hospitaliers sont Tours et Orléans. Ils emploient 31 % des effectifs des 51 établissements publics de santé de la région et réalisent 44% des points ISA. Les 6 autres établissements de référence emploient 29% des effectifs des 51 établissements publics de santé de la région et réalisent 39% des points ISA. Le Centre Hospitalier Universitaire de Tours est très décentré au sein de la région et exerce une certaine attractivité extra-régionale, sans pouvoir toutefois offrir une alternative à l'attraction des hôpitaux parisiens pour les patients de l'Eure et Loir et du Loiret. Le Centre hospitalier régional d'Orléans offre un service inégal selon les disciplines, mais est appelé, bien que manquant parfois de dynamisme, à se développer en raison de sa situation géographique, dans une zone en croissance démographique. La reconstruction et la réorganisation du CHR d'Orléans, constitueront un enjeu important des années à venir.
  - En matière d'allocation de ressources aux établissements hospitaliers publics, des apports conséquents en groupe 4 ont été consentis dans le cadre de C.O.M. pour soutenir des plans directeurs, compte tenu de la vétusté du patrimoine, ayant conduit de nombreuses commissions locales de sécurité à émettre des avis réservés ou défavorables à la poursuite des activités. Ces aides accélèrent les mises en sécurité et les importants efforts de construction à poursuivre, notamment à Tours et à Orléans. La vétusté concerne aussi les hôpitaux locaux et les 15 établissements de proximité, ajoutée à l'incertitude pesant sur le maintien de leurs activités en chirurgie et maternité.
  - L'offre de soins des 55 établissements privés à but lucratif doit être consolidée et pleinement intégrée dans la planification régionale. Les opportunités offertes par la tarification permettent de les orienter vers des restructurations et le développement d'activités d'urgences complémentaires des établissements publics et d'encourager leur regroupement, notamment à Tours et Orléans.

## **BRETAGNE-**

2.919.700 habitants (7e` région française sur le plan démographique) répartis dans 4 départements dont un, l'Ille et Vilaine, est fortement attractif

- une part importante de la population réside en zone rurale
- équipement sanitaire plus faible que pour le reste du territoire pour le court séjour mais excédentaire en soins de suite et de réadaptation ainsi qu'en psychiatrie ;
- poids du secteur public plus fort que sur l'ensemble du territoire national ;
- densité médicale (tant pour les généralistes que les spécialistes) inférieure à la moyenne nationale,
- 150 établissements dont deux CHU ;
- chacun des départements est organisé, au plan sanitaire, en deux secteurs - soit 8 secteurs sanitaires pour la région
- dans chaque secteur sanitaire est identifié un établissement de référence (CH)

-----

REGION BRETAGNE CENTRE HTE BASSE NORMANDIE PAYS DE LOIRE

LISTE DES INTERVENANTS

JEUDI 30 JANVIER 2003: ARH RENNES

Madame	Nicole	BAUX	MIR Bretagne
Madame	Jacqueline	BOUGEARD	Déléguee régionale FEHAP Directrice clinique
Monsieur	Jean Yves	BRIANT	Directeur CH ST Brieuc
Monsieur	Jean Claude	CARGNELUTTI	DRASS
Monsieur	Charles	CARO	CRAM des Pays de Loire
Monsieur	Jean Marie	DEGOIS	Directeur CH DREUX
Monsieur	Christian	DUBOSQ	Directeur ARH Haute Normandie
Monsieur	Philippe	FORT	DDASS Côte d'Armor
Monsieur	Jérôme	FRENKIEL	Président CME DH Alençon
Monsieur	Donald	GOLDIE	Directeur de la CRAM Bretagne
Monsieur	Jean Yves	GRALL	Président CME CH Chateaubriant
Monsieur	Elie	GUEGUEN	DRASS de Bretagne
Monsieur	Gilles	GUY	Président CME CHU D'Angers
Madame	Martine	KRAWCZAK	Drecteur Adjointe ARH Pays de Loire
Monsieur	Jean	KUCHENBUCH	Directeur Délégué régional FEHAP Fondation Bon Sauveur
Monsieur	Vincent	LE TAILLANDIER	DARH
Monsieur	Jean François	LEMOINE	DGA Cliniques mutualistes
Madame	Liliane	LENHARDT	DGA CHU de Caen
Monsieur	Christian	PAIRE	Directeur Général CHU Hôpitaux de Rouen
Monsieur	Benoit	PERICARD	DARH Pays de la Loire
Monsieur	Jean Pierre	PERON	Directeur CH Chateaubriant
Madame	Annie	PODEUR	DARH Bretagne
Monsieur	Bernard	RAYNAL	Directeur CHGR Rennes Président ADESM
Monsieur	Pierre	SIMON	Président CME CH ST Brieuc
Docteur	Pierre	THIELLY	DRSM Haute et Basse Normandie
Monsieur	Patrick	VALLEE	Président CME CH Pontivy
Monsieur	Robert	WALCH	Président CME CH Le Havre

VENDREDI 31 JANVIER 2003 - CHRU DE RENNES: Mr Denis DEBROSSE

Madame	Catherine	CADIEU	Cadre de santé IDE CFE CGC
Madame	Françoise	CHEVALIER	Secrétaire de section CFDT
Madame	Annie	COTTIER	IDE Déléguée CFDT
Docteur	Alain	DABADIE	PH Membre du bureau Rennes
Docteur	Jean Claude	DAUBERT	Vice Président CME Rennes
Docteur	Philippe	DELAVAL	Chef de service Pneumologie
Monsieur	Victor	DIAL	Secrétaire départemental FO
Madame	Christine	DIVAY	Secrétaire générale CFTC
Monsieur	Ronan	DUBOIS	Directeur Finance et Contrôle de Gestion
Madame	Jeannine	GENIN	Directeur des soins
Madame	Hélène	GILARDI	Directeur adjoint finance et contrôle de gestion
Monsieur	Gilles	GUERIN	Secrétaire adjoint CFDT
Madame	Claire	GUILBERT	Cadre de santé IDE CFE CGC
Monsieur	Edmond	HERVE	Président CA
Madame	Jacqueline	HUBERT	Directeur de l'Hôpital Sud
Monsieur	René	LE GOFF	Directeur Général adjoint
Docteur	Yannick	MALLEDANT	Président CME Rennes
Monsieur	Maurice	MLEKUZ	Directeur des Affaires Médicales
Madame	Catherine	PEDRON	Cadre de santé IDE CFE CGC
Monsieur	Jean Paul	PICHOFF	Secrétaire régional FO Santé
Monsieur	Jean François	PINEL	Vice Président Rennes
Monsieur	Patrick	PLASSAIS	Directeur du plateau médico-technique
Monsieur	Yves	RAYER	Directeur de la recherche clinique et de la stratégie
Monsieur	Olivier	ROQUET	Directeur de l'Hôpital Pontchaillou
Monsieur	Gérard	SACCO	Directeur Général
Madame	Brigitte	SAL SIMON	Directeur du personnel et des écoles



REGION BRETAGNE CENTRE HTE BASSE NORMANDIE PAYS DE LOIRE  
LISTE DES INTERVENANTS

VENDREDI 31 JANVIER 2003 - CH CHATEAUBRIANT : Dr Antoine PERRIN

Docteur	Patrick	AIRAUD	Président du CLIN
Monsieur	Roland	BAREL	Directeur Adjoint chargé des systèmes d'information
Docteur	David	BESSEY	Chef du département de Gériatrie
Docteur	Laurence	BRACONNIER	Responsable Unité d'Hépatogastrologie
Madame	Marie Yvonne	BRUCHET	Directrice des Soins
Madame	Anne Lise	CAND FAUVIN	Directrice des services techniques et des travaux
Docteur	Lucy	CHAILLOUX	Endocrino Responsable Unité Médecine Interne
Docteur	Annette	CHAUMONT	Chef de service
Docteur	François	COISNE	Responsable moyen séjour
Docteur	Henri	GASNIER	Chef Service Pédiatrie
Docteur	Jean Yves	GRALL	Président CME
Monsieur	Thomas	GUERIN	Chargé de Mission
Docteur	Véronique	JAVAUDIN	Chef de Service Pharmacie
Monsieur	Jean Pierre	PERON	Directeur
Docteur	Bassam	SALIM	PH Hépatogastro entérologie
Monsieur	Louis	TREGOUET	Directeur des Ressources Humaines

VENDREDI 31 JANVIER 2003 - CH ST BRIEUC : Pr. Guy VALLANCIEN

Madame	Monique	ACHE	Directrice des Soins
Monsieur	François Louis	BERTHOU	Directeur Adjoint Administration générale et Communication
Docteur	Louis	BIEND	Personnalité qualifiée
Monsieur	Jean Yves	BRIANT	Directeur CH ST Brieuc
Madame	Christiane	CARO	CGT
Monsieur	Philippe	CARVOU	Directeur Adjoint Affaires Financières et Analyse de Gestion
Madame	le Docteur	CLOUP	Service de Chirurgie Infantile
Madame	Hélène	COLAS	Directrice Adjointe Services des personnes âgées
Monsieur	Pascal	CONAN	Directeur Adjoint chargé des Affaires Médicales
Monsieur	Bruno	DISDERO	SNCH
Docteur		FLEURY	Chef des services de personnes âgées
Monsieur	Alain	GOUEDARD	Directeur Adjoint Plan et Travaux
Madame	Marie Claire	ILLION	Directrice Adjointe Services Economiques et Logistique
Monsieur	Bruno	JONCOUR	Prsd du C.A. Marie St Brieuc Conseiller Régional
Melle	Christine	LALANDE	Directrice Adjointe Ressources Humaines
Madame	Madeleine	LE BAILLY	CFDT
Monsieur	Bernard	LE RUN	Conseiller Municipal St Brieuc
Monsieur	Willy	RIO	CGT
Madame	Françoise	SEVENEC	FO
Docteur		SIMON	Président CME
Madame	Janine	TARDIVEL	Maire de Ploufragan
Melle	Marie Paule	TREHEN	Représentante des usagers (APAJH)

## **VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 6 et Vendredi 7 février 2003**

### **Nord Pas de Calais, Picardie**

#### **Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation**

#### **NORD PAS DE CALAIS**

##### **I- La population**

- Région près de 4 millions d'habitants à forte densité de population soit environ 6,8% de la population de la métropole.
- 2 départements, celui du Nord regroupant environ les 2/3 des habitants
- la population est plus jeune que la moyenne nationale (moins de 19 ans : 28% de la population contre 26,56% au niveau national). Le nombre de naissances est plus élevé que la moyenne nationale (14,1 ‰ contre 12,76‰ pour la moyenne française)
- 50% du revenu de la population du Nord-Pas-de-Calais provient de la protection sociale
- 6 500 personnes bénéficient de la couverture médicale universelle (CMU)

##### **II- L'Etat de santé de la population**

- l'espérance de vie régionale est plus faible que la moyenne nationale : pour les hommes, elle est inférieure de 2,5 ans.
- Les scores de santé sont souvent alarmants. Les priorités de santé publiques telles que définies par la Conférence régionale de santé sont : les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les pathologies liées aux conduites addictives, celles liées à la précarité et la maladie mentale (en particulier chez les jeunes).

##### **III- L'offre hospitalière**

Le SROS de 1999 a organisé la planification à partir de concepts tirés des logiques d'aménagement du territoire. Ainsi, la région est découpée en 4 bassins de vie, à peu près d'égale importance en population desservie : Métropole, Hainaut, Littoral, Artois.

L'offre hospitalière est structurée en trois niveaux de soins : proximité, recours de première intention (niveau « bassin de vie »), recours régional.

Cette organisation correspond à la nécessité de rééquilibrer l'offre de soins entre les bassins de vie et à celle de faciliter l'accès au soin (le retard dans l'accès aux soins est l'une des principales causes des mauvais scores de santé de la région).

La région est la première de France pour le nombre des contrats d'objectifs et de moyens signés : tous les établissements de santé ont un contrat. Certains d'entre eux ont déjà passé des avenants et/ou préparent la deuxième génération de contrats.

De 1996 à 2002, l'activité hospitalière publique a progressé de 20 à 25% alors qu'elle a eu tendance à demeurer stable au niveau national. Les soins nouveaux ont porté principalement sur les priorités régionales de santé.

Chaque franc donné au Nord-Pas-de-Calais a servi à produire des soins supplémentaires à des coûts peu élevés.



Les inégalités ont été réduites au sein même de la région : l'évolution des dotations hospitalières a été modulée selon la richesse relative des quatre bassins de vie. Les bassins les plus pauvres ont connu un taux d'augmentation de leurs crédits deux fois plus rapide que le plus riche.

Les restructurations hospitalières prioritaires sont aujourd'hui terminées, seules, quelques cliniques restent à regrouper (environ 40 plateaux techniques obsolètes ont été fermés depuis 1990)

- la psychiatrie est restructurée pour être plus proche des malades (la file active est en augmentation de quelques 30% depuis 1997)
- les collaborations entre établissements sont nombreuses et institutionnalisées. Elles concernent d'abord les priorités de santé publique et ont souvent permis de développer les liaisons « public/privé ». La région contient le plus grand nombre de GCS (5 sur les 9 en France).
- Un effort d'investissement sans précédent a été engagé pour construire ou reconstruire des plateaux techniques plus adaptés (7,7 milliards de plans directeurs approuvés). L'achèvement de cet effort doit être garanti par les financements ressortant du plan Hôpital 2007.
- Le CHRU de Lille figure parmi les grands établissements plus performants de France (deuxième PMCT des CHU de France (1830) après Reims (1840)). Il n'émarge qu'à environ 20% de la dotation régionale hospitalière et produit 20,8% des points ISA du public et PSPH. Il a laissé se développer en périphérie des grands établissements comme ceux de Valenciennes, Roubaix, Lens ....

Avec son contrat d'objectifs et de moyens, il a pu développer sa mission de recours régional et poursuivre ses objectifs d'accompagnement des établissements de la région (47% des crédits attribués au CHR dans le cadre contractuel ont été orientés vers les partenariats avec les autres établissements de santé).

- les petits hôpitaux sont peu nombreux. Ils sont performants et efficaces (cf CH de Fourmies et d'Hazebrouck).
- Il n'y a plus de petites maternités de moins de 300 accouchements. Il ne subsiste qu'une seule entre 300 et 500 accouchements. L'offre de soins se caractérise au contraire par la présence de nombreuses grosses unités de plus de 1000 accouchements (environ 40%). Les établissements sont reliés entre eux par 4 réseaux de périnatalité (un par bassin de vie).
- Des tensions budgétaires existent, notamment en raison de l'augmentation de la masse salariale induite par les protocoles nationaux depuis l'année 2000.
- En termes de capacité (nombre de lits et places), le secteur privé à but lucratif, l'hospitalisation privée, est moins présent dans notre région qu'en moyenne dans le reste de la France. Les établissements de santé privés du Nord-Pas-de-Calais détiennent en effet environ 25% des lits et places d'hospitalisation (MCO) de la région contre 35% au niveau national.

#### **IV- Les problèmes de démographie médicale**

Depuis 1997, notamment avec les financements de la contractualisation, les recrutements de médecins se sont intensifiés : environ 400 postes médicaux ont en effet été créés sans que le taux de vacance de postes n'augmente (environ 10%). Le renfort de ces nouveaux praticiens explique en partie la forte augmentation de l'activité hospitalière régionale.

Cependant, un déficit en personnel médical important subsiste dans certaines spécialités comme la psychiatrie, l'anesthésie réanimation, les urgences .... La mise en place de l'ARTT médicale aggrave encore ce constat.



## PICARDIE

### I- Caractéristiques régionales

- La région Picardie est constituée de 3 Départements (Aisne, Oise, Somme) qui occupent 3,6% du territoire national et représentent 1 863 000 d'habitants soit 3,2% de la population nationale. Elle est découpée en 8 secteurs sanitaires.
- La Picardie est une région caractérisée par une population semi-urbaine et une grande disparité entre les départements.
- Les indicateurs de santé sont défavorables : espérance de vie plus basse en Picardie par rapport à la moyenne française, surmortalité générale essentiellement due aux maladies cardio-vasculaires, aux affections cancéreuses et leurs déterminants (alcool et tabac) se traduisant par une mortalité prématurée importante dont près de la moitié est évitable.
- La région Picardie n'échappe pas aux phénomènes de paupérisation et de précarité.
- L'offre de soins dont les indices sont légèrement inférieurs à la France au plan des structures et des équipements et dont le financement souffre d'une sous dotation régionale hospitalière, marque une très nette insuffisance de la densité médicale aussi bien du secteur libéral que dans les établissements publics. Cette situation devrait inciter au renfort des compétences médicales et paramédicales et à une meilleure adaptation de l'offre.

### II- L'offre de soins hospitalières

- 38 établissements publics dont le CHU d'Amiens qui représente ?% des points ISA produits en région
- la gradation des soins est assurée par 17 établissements locaux ou de proximité dont l'activité est essentiellement centrée sur le long séjour, le moyen séjour et la médecine, 7 établissements de proximité dans lesquels sont assurés des activités de médecine et de chirurgie, pour 5 d'entre eux avec une activité d'obstétrique de l'ordre de 3 à 400 accouchements et 2 établissements organisés en CPP. 8 établissements de santé ont une activité dite de recours sectoriel.
- La part du secteur privé à but lucratif est relative. Elle représente 18% de l'offre.
- 87% des personnels non médicaux sont employés dans les établissements publics, 6% dans les établissements privés PSPH et 7% dans les établissements privés sous OQN
- La psychiatrie est organisée autour de 3 grands établissements spécialisés départementaux.
- La rééducation fonctionnelle est assurée en grande partie par des établissements spécialisés dont la répartition est déséquilibrée aux dépens des zones nord
- Capacités installées
  - . MCO : 6 939 lits et places
  - . Psychiatrie : 2 591 (adulte) et 587 (infanto-juvénile)
  - . SSR : 2 735 (dont 939 RRF)
  - . SLD : 2 982.



REGION NORD PAS DE CALAIS PICARDIE  
LISTE DES INTERVENANTS

JEUDI 06 FEVRIER 2003: ARH LILLE

Monsieur	Michel	ANGELLOZ NICOUD	Conseiller Technique ARH Picardie
Monsieur	Alain	BERCHE	Délégué Régional FEHAP Picardie
Monsieur	Daniel	BOUTILIER	Conseiller Technique ARH Picardie
Monsieur	Bernard	DELAETER	Secrétaire général ARH LILLE
Monsieur	Charles	DUHAYS	Délégué régional FEHAP
Monsieur	Gérard	DUMONT	Directeur ARH
Monsieur	Alain	LECHERF	Délégué régional FHF Directeur CH ARRAS
Docteur	Jean Marc	RIGOT	UPCHE CHRU Lille
Monsieur	Paul	ROCCA	Directeur Adjoint CHU Amiens

VENDREDI 07 FEVRIER CHU LILLE: Pr.

Guy VALLANCIEN

Madame	Laurence	CARBONNEAUX	CGT
Madame	Sylvie	CHOQUET	Cadre gestionnaire
Docteur	Michel	COLARD	Directeur de Cliniques
Docteur	René	COURCOL	Chef de service bactériologie
Monsieur	Philippe	CREPEL	CGT
Madame	Valérie	CREPIN	IBODE
Monsieur	Olivier	DAUPTAIN	SNCH
Docteur	Pierre Marie	DEGAND	Président CME CHRU Lille
Monsieur	Didier	DELMOTTE	Directeur Général CHU Lille
Docteur	Jean Pierre	DEVULDER	MCU PH
Monsieur	Bruno	DONIUS	DRH CHU Lille
Docteur		DREUIL	Délégué aux transversalités
Madame	Martine	DUROT	CFDT
Madame	Catherine	FERNANDES	Aide soignante
Madame	Evelyne	FOURNIER	Déléguée à la coordination de la stratégie
Monsieur	Claude	GALAMETZ	Président du conseil régional Nord Pas de Calais
Docteur	Patrick	GOLDSTEIN	Chef de service du Samu Lille
Madame	Myriam	GOULEZ	Cadre de santé infirmier
Madame	Marie Christine	HACHE	Déléguée à la contractualisation interne
Monsieur	Jean Michel	HONORE	Directeur des affaires médicales
Monsieur	Bernard	JANQUIN	UNSA
Madame	Isabelle	KOIMIC	Cadre de santé IADE
Docteur	Mohamed	KOUSSA	Chef de service
Madame	Isabelle	LECLERCQ	CFDT
Monsieur	Franck	LEPLUS	UNSA
Monsieur	Alain	LETULIER	SNCH
Madame	Chantal	LOUCHET	Infirmière
Madame	Françoise	MICKIEWICZ	CAPL
Madame	Martine	MOURA	Coordinatrice générale des soins
Monsieur	Jean Louis	MOUTON	IADE Lille Cardio
Monsieur	Jean Roger	PAUTONNIER	Secrétaire général
Madame	Dominique	PICAULT	Chef de cabinet
Monsieur	Francis	PLUQUET	FO
Docteur	Annie	POL	Chef de service anesthésie
Docteur	Jean Pierre	PRUVO	Imagerie cancérologie
Docteur	Jean Marc	RIGOT	VP CME
Monsieur	Christian	ROSSEEUV	CAPL
Monsieur	Christophe	SEBERT	Cadre de santé infirmier
Monsieur	Jean Marie	SICARD	Directeur Général adjoint Lille
Madame	Marie Reine	STEVENARD	Cadre supérieure de santé
Monsieur	Charles	SULMAN	CA du CHRU Conseiller Municipal
Madame	Martine	VANDEPUTTE	Secrétaire

REGION NORD PAS DE CALAIS PICARDIE  
LISTE DES INTERVENANTS

Docteur Henri WAREMBOURG Chef de service membre CME

**VENDREDI 07 FEVRIER CH HAZEBROUCK: Dr Antoine PERRIN**

Docteur	Véronique	BALLESTRAZZI	SMUR Argentière UPATOU
Monsieur	Paul	BLONDEL	Maire Conseiller Municipal
Docteur	Nicolas	CARRIERES	Chirurgien Chef de Service
Madame	Bernadette	DECAUX	Sage Femme
Madame	Catherine	DEPELCHIN	Conseiller Municipal
Madame	Christine	LECOUFFE	Sage Femme
Docteur	Berdanette	LEPOUTRE HIESSE	Urgences réanimateurs
Docteur	Gérard	MAHIEU	Coordinateur anesthésiste
Docteur	Patrick	THIRIOT	Président de CME
Madame	Jacqueline	VANDAELE	Adjointe au Maire
Docteur	Anne Elise	VANDERBEKEN	Chirurgien Membre CME

**VENDREDI 07 FEVRIER CH ROUBAIX: Mr Denis DEBROSSE**

Monsieur		ARTOT	Directeur Adjoint - services Economiques
Docteur		BABE	CME
Madame		BAPTIST	Commission soins infirmiers
Madame		BEAUGRAND	Représentant professions para-médicales
Madame		BENEAT	Directeur - services Financiers
Monsieur		CARTON	Représentant du Conseil Général
Monsieur		DELANNOY	Président suppléant du CA
Monsieur		DEMEULENAERE	Médecine libérale
Monsieur		DERYCKER	Syndicat
Docteur		D'HALLUIN	Président de la CME
Monsieur		DUHAMEL	Conseil Municipal Roubaix
Monsieur		FIGLAREK	Directeur - service Informatique
Monsieur		GERMANT	Directeur - Cellule d'analyse de gestion
Monsieur		GOUBET	Syndicat
Monsieur		GROUX	Directeur - Construction et services Techniques
Monsieur		JOUBREL	Responsable Communication
Madame		KERKHOVE	Directeur des Soins
Monsieur		LEBAS	Directeur des Ressources Humaines
Madame		LECLERCQ	Service des Affaires Médicales
Madame		LEPLAT	Conseil Municipal d'HEM
Monsieur		MAURY	Directeur
Monsieur		NIEL	Trésorier Principal
Monsieur		OLSZEWSKI	Conseil Municipal Roubaix
Docteur		PASQUIER	CME
Monsieur		POULAIN	Directeur Adjoint - Qualité
Docteur		SAMAILLE	CME
Monsieur		VANDIERENDONCK	Président du CA Roubaix
Monsieur		VANSTRAESSELLE	Syndicat
Madame		WEMEAU	Directeur Adjoint - Affaires Générales
Monsieur		WILLEM	Responsable Stratégie

## **VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 13 et Vendredi 14 février 2003**

### **Aquitaine, Midi Pyrénées, Limousin et Poitou Charente**

#### **Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation.**

##### AQUITAINE

- Région étendue qui compte 2,9 millions d'habitants, elle est composée de  
Au nord d'une zone Gironde - Vallée de la Garonne  
Au Sud d'une zone Côte Basque - Pays de l'Adour  
En intermédiaire, une zone d'espaces ruraux peu peuplés correspondant aux Landes et à la Dordogne.
- Région comptant 5 départements : Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées Atlantiques.
- Le CHU de Bordeaux représente environ 30% de l'activité et des moyens de l'enveloppe régionale
- Parmi les établissements périphériques, au moins deux d'entre eux, situés au Sud, exercent des missions de niveau 3 (Périnatalogie, Neurochirurgie).
- Deux très grosses maternités, une dans le secteur public (CHU) et une autre dans le secteur privé (Bordeaux Nord), réalisent respectivement 4800 et 2500 accouchements.
- Une part du secteur privé très élevée, en particulier sur les départements de la Gironde et Pyrénées Atlantiques.
- Des établissements en difficultés budgétaires mais avec une démarche volontariste de l'ARH de mise en oeuvre au niveau régional d'une politique contractuelle de retour à l'équilibre.

##### MDI PYRENEES

- Région à forte dispersion géographique : 4,3% (2,5 millions d'habitants) de la population nationale répartie sur 8,3% du territoire national.
- 8 départements dont 1 (la Haute Garonne) regroupe la moitié de la population de la région
- 1 établissement (le CHU de Toulouse) emploie 37% des effectifs des établissements et réalise 45% des points ISA.
- Des établissements périphériques de taille moyenne ou petite.
- De nombreux hôpitaux locaux (22 sur la cinquantaine d'établissements publics)
- 1 seule maternité publique à 1500 accouchements (celle du CHU)
- Une moyenne d'âge des effectifs de la FPH très élevée.
- Une part du secteur privé très élevée, en particulier sur le département de la Haute Garonne.
- Des établissements en difficulté budgétaire.



## LIMOUSIN

### Population et Territoire :~

- 710.939 habitants (RP 1999) soit 1,21% de la population de France Métropolitaine. Baisse démographique de 1,6% entre 1990 et 1999.
- 3 départements dont 1 la Haute-Vienne regroupe près de 50% de la population de la région. Limoges compte plus d'habitants que le département de la Creuse et concentre près de 19% de la population limousine.
- Avec une densité de 42 hab/km<sup>2</sup> (108 en France Métropolitaine), la région Limousin concentre 1,21 % de la population sur 3,11 % du territoire national.
- Cette faible densité conjuguée avec une population vieillie (indice de vieillissement de 114 au 01/01/2001), isolée, dispersée et fortement rurale, justifie l'attention toute particulière portée au maillage territorial du dispositif hospitalier et à la prise en charge des personnes âgées (les limousins de 60 ans et plus représentent ainsi 29,41% des habitants de notre région, les 75 ans et plus regroupent 11,77% de nos concitoyens)
- Toutefois, depuis 1990, l'espace urbain progresse tant en nombre de communes qu'en population, confirmant la poursuite de l'urbanisation. Le Limousin compte six aires urbaines regroupant près de 292.799 habitants, soit 41,18 % de la population régionale.
- La répartition de la population se caractérise ainsi par deux aspects paradoxaux l'agglomération, un tiers des limousins se concentrant sur Limoges et Brive et la dispersion avec près de 40% de la population vivant en espace rural.

### Offre de soins et Activités

- Au le<sup>r</sup> juin 2002, 9.363 lits et places sont autorisés, toutes disciplines confondues.
- 27 établissements publics dont 3 S.I.H. et 3 hôpitaux locaux, 10 établissements privés sous DGF dont 6 P.S.P.H. et 13 établissements privés lucratifs dont un en cours de fermeture. Un maillage territorial cohérent qui s'appuie sur une mise en réseau graduée du système de soins avec un pôle régional, deux pôles de secteur et 8 pôles de proximité.
- Le CHU de Limoges réalise plus de 53% des points ISA des établissements publics de la région avec une valeur du point de 1,70 € Région parmi les plus sous-dotées.
- Une seule maternité réalise plus de 1.500 accouchements, le CHU avec 1987 accouchements enregistrés en 2002. 9 maternités dont 3 maternités privées qui dépassent chacune les 800 accouchements et représentent 36,59% de l'activité sur 27,16% des capacités (données SAE 2001).
- Une part du secteur privé très importante notamment pour la discipline chirurgie.
- Quelques établissements en difficultés budgétaires avec une sous-dotation manifeste.

## POITOU CHARENTE

- 1.6 million d'habitants ayant le sens de la mesure et du consensus et relativement bien répartis sur le territoire régional : aucune ville ne domine nettement (3 agglomérations à 100 000 - 120 000 habitants : Poitiers, La Rochelle, Angoulême).
- Le paradoxe poitevin les meilleures espérances de vie à la naissance avec l'offre de soins hospitalière quantitativement la plus faible de France : 3,6 lits MCO pour 1000 habitants.
- 31 établissements hospitaliers publics dont 117 MCO qui ont le point ISA 2001 le moins élevé de France (25% d'écart par rapport à l' AP-HP) mais dont le résultat financier net était en 2001 excédentaire de 1,3% de leur chiffre d'affaires.
- 30 cliniques dont 18 MCO qui représentent un quart de l'activité hospitalière totale de la région (en nombre de points ISA) et dont la restructuration est largement entamée.
- 9 établissements privés à but non lucratif non MCO (rééducation fonctionnelle, dialyse rénale, soins de suite).

REGION MIDI PYRENNEES AQUITAINE POITOU CHARENTES LIMOUSIN  
LISTE DES INTERVENANTS

JEUDI 13 FEVRIER 2003: ARH BORDEAUX

Professeur		BECQ GIRAUDON	Président de la CME du CHU de Poitiers
Madame	Annie	BRANDON	Chargé de Mission
Madame	Corinne	BUI	Chargée de mission
Monsieur		CHAPEL	Directeur du Centre Hospitalier de Tarbes Vic en Bigorre
Docteur		CHAUVIN	Président CME Centre Hospitalier de Mont de Marsan
Docteur		CHEVALIER	Vice Président de CME de Brive
Monsieur		DEWITTE	Directeur du CHU de Poitiers
Monsieur	Jean Louis	DURAND DROUHIN	Directeur ARH Limousin
Monsieur	Francis	FOURNEREAU	Secrétaire général
Monsieur		GAIMBAUD	Diecteur du Centre Hospitalier de Cornil
Monsieur	Alain	GARCIA	Directeur ARH Aquitaine
Monsieur	Pierre	GAUTHIER	Directeur ARH Midi Pyrénées
Monsieur		HERIAUD	Directeur CHU Bordeaux
Docteur		HORNUS	Président de la CME Centre Hospitalier du Val d'Ariège
Professeur		JANVIER	Président CME CHU Bordeaux
Monsieur		LAFAGE	Directeur du Centre Hospitalier de Castel Sarazin-Moissac
Madame	Sabine	LAFLAQUIERE	Chargée de mission
Madame	Françoise	LINSOLAS	Directrice Adjointe
Monsieur		METAIS	Directeur ARH Poitou Charentes
Monsieur		MICHEL	Directeur du Centre Hospitalier de Niort
Docteur		PAROLA	Président de la CME du Centre Hospitalier de Saintes
Docteur	Joelle	PERRIN	Directrice Adjointe
Monsieur	Philippe	PINTON	Chargé de mission
Monsieur		PONS	Directeur du Centre Hospitalier de Castres-Mazamet
Monsieur	Philippe	ROGNIE	Directeur Adjoint
Madame	Véronique	SUREL	Chargée de mission

VENDREDI 14 FEVRIER 2003 CHU BORDEAUX: Mr Denis DEBROSSE

Monsieur		ALAIN	Syndicat CFDT
Madame		AUDINEAU	CA
Monsieur		BARON	Equipe de Direction CHRU Bordeaux
Monsieur		BERQUE	Equipe de Direction CHRU Bordeaux
Madame		BERTRAND-BARAT	Bureau de la CME
Madame		BLEZARD	Equipe de Direction CHRU Bordeaux
Docteur		BOULARD	Service de Neuro-chirurgie
Madame		BRUNET	CA
Monsieur		CASTEDE	Bureau de la CME
Monsieur		CHASSAGNE	CA
Monsieur		DAUBECH	Equipe de Direction CHRU Bordeaux
Monsieur		EMERIAU	Bureau de la CME
Monsieur		FILLATREAU	Equipe de Direction CHRU Bordeaux
Monsieur		GAUBERT	Syndicat FO
Monsieur		GBIKPI BENISSAN	Bureau de la CME
Professeur		GUERIN	Service de Neuro-chirurgie
Monsieur	Alain	HERIAUD	Directeur Général CHRU Bordeaux
Monsieur		JANVIER	Président de CME CHRU Bordeaux
Monsieur		JOURDAIN	Syndicat FO
Monsieur		LABADIE	Bureau de la CME
Monsieur		LABARTHE	CA
Monsieur		LAURENT	CA
Monsieur		LEDJEL	Syndicat CFDT
Monsieur		RAMBAUD	Syndicat CFDT
Monsieur		TAVERNIER	Président du Conseil d'Administration
Monsieur	Philippe	VIGOUROUX	Directeur Général Adjoint CHRU Bordeaux



REGION MIDI PYRENNEES AQUITAINE POITOU CHARENTES LIMOUSIN  
LISTE DES INTERVENANTS

**VENDREDI 14 FEVRIER 2003 CH JONZAC: Pr Guy VALLANCIEN**

Madame	Marlyse	BARBIN	IDE Chirurgie
Madame	Nelly	BARDEAU	IDE Médecine A Hôpital Jonzac
Monsieur		BEAULIEU	Député
Docteur		BEAULIEU	Anesthésie réanimation
Monsieur		BELOT	Sénateur Président du Conseil Régional
Monsieur	Dany	BODIN	Infirmier Psy
Monsieur		BONET	Adminstrateur
Docteur		BONNEFOY	Pneumologie
Madame	Michèle	CALS	Directrice du CH de JONZAC
Madame	Martine	CARLE BUREAU	Aide soignante
Madame	Chantal	CHATELET	ASH
Docteur		CLAVEL	Administrateur
Docteur		CORBINEAU	Gynécologie
Docteur		DESTAILLATS	Psychiatre adultes
Madame	Karine	DROUIN	Aide soignante chirurgie
Mademoiselle		DULUC	Directeur Adjoints
Monsieur		DUSSAULD	Syndicats CGT
Melle		EPRON	Pharmacie
Docteur		FURZUN	Chirurgie
Docteur		GALIDIE	Président CME Psychiatre Adulte
Madame	Chantal	GOULARD	Cadre supérieure de santé
Madame	Martine	GUERIN	Aide soignante
Monsieur		GUILLET	Directeur des Adjoints
Docteur		LABROUSSE	Personnes âgées
Monsieur		LEGUILLERMIC	Syndicats CFDT
Monsieur		MERIAU	Ingénieur
Madame	Annie	MONTEPINI	Cadre de santé Chirugie
Monsieur		MORIN	Directeur des Soins
Monsieur		PICHON	Administrateur
Docteur		RAUD	Gastroentérologie
Monsieur	Daniel	REDEUILH	Infirmier Psy
Madame	Sylvie	RUIZ	Cadre de santé
Docteur		SURREL	CME DIM
Monsieur		TEXIER	Maire
Monsieur		THOMAS	Syndicats FO

**VENDREDI 14 FEVRIER 2003 CH DAX: Dr Antoine PERRIN**

Docteur	Jean Claude	ARNAL	Chef de service membre CA
Madame	Annie	BAGUERES	Attaché d'Administration
Docteur	Richard	BARBIER	Pédiatre Chef de Service
Monsieur	Pierre	BASQUE	Personnes Qualifiées
Docteur	Patrick	CHENU	Chef de service SAU
Monsieur	Jean Robert	COUSSAU	Directeur Adjoint
Monsieur	François	CUESTA	Affaires générales
Monsieur	Jean	DAVERAT	Représentant usagers DAX
Monsieur	Patrice	DESBORDES	Président CME
Madame	Josette	DESCAMPS	Représentant usagers DAX
Madame	Catherine	DETREZ	Secrétaire section CFDT
Docteur	Dominique	DEVARS	Chef de service Gériatrie
Monsieur	Bernard	FOL	Ingénieur responsable restauration
Docteur	Pascal	HERICARTE	PH DIM Cardiologie
Monsieur	Marc	LESPARRE	DRH
Madame	Florence	MARAUX	Secrétaire F.O.



REGION MIDI PYRENEES AQUITAINE POITOU CHARENTES LIMOUSIN  
LISTE DES INTERVENANTS

Monsieur	Michel	MINARD	CME Dax
Madame	Christine	PALISSON	Secrétaire adjoint FO
Monsieur	Patrick	PELLETIER	Maire Adjoint
Docteur	Jean Claude	SCHANG	PH Chirurgie
Monsieur	André	SERRA	Représentant CGT
Monsieur	Michel	TESSIER	Ingénieur responsable travaux et ST
Monsieur	Raymond	VIALE	Vice Président CA

**Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion**

**Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation.**

**LA MARTINIQUE**

- Ile de 1100 km<sup>2</sup> de 385 700 habitants avec une densité de 348 habitants au km<sup>2</sup>.
- Population regroupée pour les 2/3 au centre de l'Ile où se trouvent les 5 établissements de court séjour (dont 2 privés).
- Les moins de 25 ans ne représentent plus que 36% de la population ; les plus de 60 ans sont passés de 14% en 1990 à 17% en 1999. L'âge moyen est de 35 ans.
- Taux d'équipement en lits MCO/1000 habitants : 4,66. Densité de généralistes : 81. Densité de spécialistes libéraux : 47. Taux d'équipement en lits médicalisés pour PA : 27,5. L'offre de soins est essentiellement publique (1 EPS totalisant 2933 lits et 3 établissements privés faisant 353 lits et places).
- Le CHU a un budget correspondant environ à la moitié de la dotation régionale. La valeur du point ISA est actuellement sur-évaluée, les 3 EPS concernés, pour le CHU et le CH de Trinité ayant une mauvaise saisie et un traitement insuffisant de leurs activités. (17,75 sans abattement surcoût DFA de 25%). 5 maternités devant par regroupement être réduites à 4 (1 privée au lieu de 2 et 3 publiques) faisant de 1000 à 2000 naissances (une fois le regroupement fait). Une moyenne d'âge très élevée de la FPH (plus de 48 ans au CHU). Des établissements privés dynamiques, malgré une sous dotation financière reconnue par la DHOS, qui depuis quelques années s'efforce de pallier cet handicap.
- Des structures publiques avec un patrimoine vieilli, pas au normes parasismiques "mauvais payeurs et mal payés " (difficulté avec l'assurance maladie sur la CMU) Etablissements en situation financière délicate, mais avec pour les plus gros des moyens en personnels très renforcés depuis 3 ans.
- Des effectifs hospitalo-universitaires sous évalués ; la création de postes de PUPH est la seule réponse efficace aux difficultés médicales du CHU.

**LA REUNION**

Région mono-départementale de 72 300 habitants, isolement géographique, figure de proue dans la zone Océan Indien où la situation sanitaire est médiocre voire alarmante par son niveau de développement sanitaire et plus généralement socio-économique.

Evolution démographique très soutenue : taux d'accroissement de 18,7% entre 1990 et 1999 (3,7% pour la France métropolitaine) ; devrait se maintenir à 13.5% voire plus dans les 10 prochaines années. 36% de la population à moins de 20 ans (25% en métropole).

Taux d'équipements en lits de soins de courte durée les plus bas de la France entière (3 lits pour mille habitants contre 4,3 en métropole) il en résulte une forte tension de l'offre par rapport à la demande.

De même en psychiatrie (0,77 lits et places pour mille habitants au lieu de 1,5 en Métropole). nécessitant tout particulièrement la poursuite de son développement, au regard des pathologies prises en charge (liées notamment à l'alcool).

Répartition quadripolaire (E.O.N.S.) des structures sanitaires avec 2 pôles principaux, nord et sud, développant des activités de type CHR. Réflexion engagée autour de la création d'un CHR.

Répartition inégale de l'offre privée peu représentée dans le sud et concentrée au Nord et à l'Ouest.

Couverture sanitaire faible, voire inexistante dans les écarts (cirques de Mafate, Salazie, Cilaos)

Un vaste programme de restructuration et/ou délocalisation à l'Est et à l'Ouest.

Des établissements en difficulté financière avec une tendance à la généralisation dans le secteur privé.

Analyse des indicateurs financiers (valeur moyenne du point ISA) : une fois l'effet des surcoûts domiens neutralisé, il existe un décalage de 18% par rapport à la métropole en défaveur de la Réunion pour l'hospitalisation publique.

## LA GUADELOUPE

- Région archipélagique (8 îles : Grande Terre - avec Pointe à Pitre -, Basse Terre, Les Saintes - 2 îles -, la Désirade, Marie-Galante, Saint Martin et Saint Barthélemy)
- Population : 430 000 habitants
- Population jeune : 24,8% ont moins de 15 ans
- Hôpitaux : au nombre de 10 (effectifs médicaux : 350, effectifs non médicaux : 4200)
- Cliniques : au nombre de 13 (salariés : 1174)
- Maternités
  - Niveau I : 4
  - Niveau II : 1
  - Niveau III : 2
- Des établissements publics
  - En cours de rénovation (centre hospitalier universitaire/centre hospitalier de la Basse Terre/centre hospitalier de Montéran)
  - A reconstruire ou restructurer (hôpital local de Capesterre Belle Eau/St Barthélemy)
- Des cliniques, qui à une exception, doivent toutes être soit reconstruites, ou restructurées.
- Situation financière (report de charges) : difficile au centre hospitalier universitaire et centre hospitalier de Saint Martin.
- Situation des cliniques privées : dans l'ensemble difficile voire très difficile (clinique Nouvelle Chirurgicale de Saint Claude en redressement judiciaire : 60 salariés)

## LA GUYANE

- La Guyane est une région mono départementale vaste de 91 000km<sup>2</sup>, qui possède des

frontières communes avec le Brésil à l'Est et au Sud, le Surinam à l'Ouest, et est bordé par l'océan Atlantique au Nord.

- La région comprend 2 arrondissements (Cayenne et Saint-Laurent du Maroni), 22 Communes et 19 cantons. Les principales villes, toutes situées sur le littoral sont : Cayenne le Chef-lieu, Kourou et Saint-Laurent du Maroni.

- Une répartition inégale de sa population : 82% de la population est répartie sur la zone littorale et 18% dans la zone intérieure rurale (source : SROS 1999-2000).

- Un département à forte croissance démographique s'expliquant par un taux de natalité très important et une immigration importante. Le nombre d'habitants est passé de 73 012 en 1982 à 114 808 en 1990 ; il est estimé à 163 400 en 1998, 172 513 en 2002 et à 222 093 à l'horizon 2010. (source INSEE).

- Un réseau de communication très hétérogène : un réseau routier (RN) relie les zones urbaines du littoral ; les principales voies de pénétration vers l'intérieur guyanais sont les cours d'eau (en pirogue), l'avion ou l'hélicoptère, seulement la nuit.

- L'accès au soin

Les trois établissements publics dont un PSH se situent dans les 3 grandes villes: le CH de Cayenne, le CH de Saint-Laurent et le Centre Médico chirurgical de Kourou,

Les cliniques privées : 1 est située en zone rurale non loin de Cayenne et 3 autres sont centralisées sur le chef lieu, elles sont actuellement en pleine restructuration.

En dehors des 3 villes principales, il existe 21 structures publiques de soins : 11 centres de santé pour les zones les plus peuplées et 11 postes de santé pour les moins peuplées.

D'une manière générale les établissements rencontrent des difficultés pour recruter les personnels médicaux et paramédicaux.

**VISIO CONFERENCE DOM  
LISTE DES INTERVENANTS**

**LUNDI 17 FEVRIER 2003: LA REUNION**

Docteur	BIDEAULT	Président de la CME CHI ST ANDRE ST BENOIT
Madame	BUCHLE	Conseillère Municipale
Monsieur Christian	CAHUT	Directeur ARH LA REUNION
Docteur	CAMPINGS	Président CME GH SR
Docteur	DANCOISNE	Président de la CME CHD
Monsieur	FOUGERE	Directeur Adjoint CHD
Docteur Christophe	KICHENIN	Président de l'UHOI La Réunion
Docteur Pascale	Luciani Lehoucq	Directeur Adjoint ARH LA REUNION
Monsieur	NERBARD	Directeur CHI ST ANDRE ST BENOIT
Monsieur	ROMANENS	Directeur GHSR
Monsieur	SANTOS	Directeur Adjoint CH GM
Madame Marie Noelle	SY	IDE CH GM
Docteur	VALLIER	Président CME CH GM
Madame	ZETTOR	Cadre de santé CHI ST ANDRE ST BENOIT

**LUNDI 17 FEVRIER 2003: GUADELOUPE**

Docteur André	ATTALAH	Prste Conférence régionale des Prsdts de CME Guadeloupe
Monsieur Patrick	DUTHOIT	Directeur d'hôpital, secrétaire général de l'agence Guadeloupe
Monsieur Christian	JOLIVIERE	Directeur CH MONTERAN Hôpital PSY Guadeloupe
Docteur Claude	KADJI	Directeur Cliniques Les Eaux Claires, Vice présdt FHP Guadeloupe
Docteur Pauline	KANGAMBEGA	Présidente CME CHU POINTE A PITRE Guadeloupe
Monsieur Philippe	LOIR	Directeur Général CHU POINTE A PITRE / ABYMES
Monsieur Christian	PETIT	Directeur ARH GUADELOUPE
Monsieur Jean François RAZAT		Médecin Conseil Guadeloupe

**LUNDI 17 FEVRIER 2003: GUYANE**

Melle Valérie	DAQUIN	CTE CH Franck Joly Guyane
Madame	GOBER	Représentant du CTE CH André Rosemeon Guyane
Madame	KENDECK	Responsable des soins infirmiers CH Franck Joly Guyane
Monsieur Joseph	LEBECHEC	Directeur CH André Rosemeon Guyane
Monsieur	MODERNE	CTE CH Franck Joly Guyane
Monsieur Joel	MURGUES	Directeur CH Franck Joly Guyane
Madame M.L.	NIORD	Représentante du C.A. CH Franck Joly Guyane
Monsieur	PREVOT	Représentant du Conseil Général CH André Rosemeon Guyane
Docteur	ROUX	Président de la CME CH André Rosemeon Guyane

**LUNDI 17 FEVRIER 2003: MARTINIQUE**

Monsieur	BALTIDE	Président CME CHU Fort de France
Monsieur	BEAUVAIS	Directeur du CH de Coson
Madame	CAPITAINE	Directeur adjoint CHU
Docteur	FANON	Vice Président CME du CHU
Madame	JEAN BAPTISTE	Présidente CME CH du Lamentin
Monsieur	LAGUERRE	Directeur CH Tinité
Madame	MORAILLON	Directeur adjoint CHU
Madame	PRANGERE	Directeur adjoint CHU
Madame	RAMIN	Directrice Générale du CHU
Monsieur	RIAM	Directeur CH du Lamentin
Monsieur Bernard	ROEHRICH	Directeur ARH Martinique
Madame	TANIC	Directeur adjoint CHU

## **VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 20 et Vendredi 21 février 2003**

### **Bourgogne, Franche Comté, Champagne Ardenne**

#### **Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation.**

##### **BOURGOGNE**

- Région très étendue recouvrant 5,7% du territoire national et inégalement peuplée 51 hab/km2 contre 108 hab/km2 en moyenne nationale.
- 4 département avec concentration de la population sur les axes Dijon-Mâcon, SensAuxerre, Val de Loire (Cosne-Nevers).
- Un vieillissement de la population qui s'accroît : 7<sup>e</sup> région la plus âgée - 8% de la population âgée de 75 ans et plus.
- Un grand nombre d'établissements de santé : 52 établissements publics, 8 PSPH et 48 établissements privés et des prérogatives de recombinaison de l'offre de soins.
- Un patrimoine public vétuste et démodé, donc un retard d'investissement immobilier important et d'importantes opérations à engager notamment sur des pôles de référence.
- Une démographie médicale et paramédicale déficitaire et vieillissante.
- Des capacités budgétaires limitées et des établissements en difficultés.
- Coût point ISA 1,77 Euros contre 1,90 Euros au niveau national.

##### **FRANCHE COMTE**

- Petite région de 1 117 000 habitants, soit 1,92 % de la population française.
- Elle est composée de quatre départements dont le Doubs qui regroupe la moitié de la population.
- Deux pôles urbains concentrent la population : Besançon et BelfortMontbéliard/Héricourt.
- Deux établissements (le CHU de Besançon et le centre hospitalier de BelfortMontbéliard) emploient respectivement 24 % et 23 % des personnels non médicaux et 30 % et 23 % des personnels médicaux.
- Les établissements périphériques sont de taille moyenne voir petite. La restructuration des maternités est terminée. La région dispose de 2 maternités entre 1 000 et 1 500 accouchements.
- Le secteur privé représente dans la région moins d'un tiers des lits.
- L'organisation des soins se développe autour de réseaux de soins très développés en Franche-Comté. La contractualisation est un levier fort des allocations de ressources.
- La Franche-Comté est une région budgétairement sous dotée et plusieurs établissements ont des tensions budgétaires.



## CHAMPAGNE ARDENNE

- La région champardennaise compte 1,35 million d'habitants au dernier recensement avec la caractéristique d'être parmi les six plus jeunes régions de France.
- Elle est composée de 4 départements: Ardennes, Aube, Marne et Haute Marne avec une densité de population deux fois moindre que sur le plan national.
- L'espérance de vie est plus faible que la moyenne française avec une mortalité prématurée de 10% chez les hommes et 5% chez les femmes et un écart particulièrement défavorable pour les Ardennes (respectivement 18 et 10%)
- La couverture sanitaire : est organisée à travers un réseau gradué d'établissements de santé concernant les urgences avec 6 SAU dont un CHU et 7 UPATOU dont 2 privés.
- Le CHU de Reims, le CH de Charleville Mézières et le CH de Troyes réalisent près des 2/3 de l'activité des établissements publics.
- Les établissements privés ont une forte attractivité sur la pathologie chirurgicale et sur la cancérologie (près des <sup>3/4</sup> des chimiothérapies ambulatoires y sont réalisées). Le secteur privé est particulièrement fort dans l'agglomération rémoise (700 lits de court séjour).
- La région est assez fortement ouverte sur les régions voisines : forte attractivité de Reims sur l'Aisne, à l'inverse, l'attractivité de Nancy et Dijon est plus forte que celle de Reims pour le département de la Haute Marne ; quant à l'Aube, elle est située dans l'orbite narsienne.

REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE CHAMPAGNE ARDENNE  
LISTE DES INTERVENANTS

**JEUDI 20 FEVRIER 2003: ARH DIJON**

Monsieur Jacques	AUGIER	Directeur CHS du Jura
Monsieur René	BONHOMME	Directeur DDASS 21 Bourgogne
Madame Monique	BOUNAB	Sous Directeur Assurance Maladie régime agricole
Monsieur Michel	BRAVAIS	Directeur CH Châlon sur Saône
Monsieur Patrick	BROUDIC	Directeur ARH Champagne Ardennes
Madame Nicole	CARLO DOUAICHE	CRAM Bourgogne Franche Comté
Madame Elisabeth	CHEVALLIER	Directrice DDASS du Jura
Monsieur Gilbert	CHODORGUE	Conférence des Directeurs CH Belfort Montbéliard
Madame Christiane	COUDRIER	Directrice Général CHU Reims
Madame Marie Paule	DAUBIGNEY	Inspecteur DRASS
Monsieur	DU CHERON D'ABZAC	Contrôle d'Etat
Monsieur	ESCANO	MCR CNAM Bourgogne-Franche Comté
Monsieur Gérard	FAIVRE	Président CME CHU Dijon
Monsieur Jean	FRIBOURG	IPASS Adjoint au DDASS
Madame Geneviève	GOLLENTZ	Président CME Belfort Montbéliard
Docteur B.	HOSTEIN	Chargée de mission ARH
Monsieur Jacques	JACOTOT	Chargé d'études CRAM Bourgogne
Monsieur Didier	JANIN	Président CME Macon
Monsieur	LEGOURD	Conseiller ARH Bourgogne
Monsieur Bruno	MARIE	Directeur Général CHU DIJON
Monsieur Daniel	MASSARD	Conseiller ARH Bourgogne
Docteur Stéphane	MENANTEAU	Président CME CHU REIMS
Monsieur Bernard	MOUTERDE	Secrétaire Général ARH Franche Comté
Monsieur Laurent	NICOLAS	Président CME CH ST DIZIER
Madame Pierre	PORTAL	Directrice CH Saint Dizier
Monsieur Danielle	SEGURA	Directeur ARH Bourgogne
Monsieur Jean Louis		

**VENDREDI 21 FEVRIER 2003 CHU DIJON**

Monsieur Michel	BITOUZE	Directeur des Systèmes d'information CHU Dijon
Madame Françoise	CARTIER	IDE Bocage
Monsieur François	CHAPUIS	Directeur Adjoint Clientèles droit des patients
Monsieur Jean	FAIVRE	Président CME CHU Dijon
Monsieur Hubert	FAVELIER	DAF
Madame Nadine	FOURNIER	Directeur des Soins CHU DIJON
Madame Marie Antoinette	GERBET	Secrétaire Générale CGT CHU Dijon
Monsieur Bruno	GERMAIN	Directeur S. Hoteliers
Monsieur Patrick	HILLON	Chef de service Bocage CHU Dijon
Madame Françoise	HUMBLON	Cadre supérieure de santé
Monsieur Alain	LALIE	Secrétaire Général CHU DIJON
Madame Lydie	LAURENCERY	Cadre Infirmier Hôp. Jour Endoscopie
Monsieur Daniel	MARIE	Directeur Général CHU DIJON
Monsieur Philippe	MAROTEL	Permanent CFDT
Madame Madeleine	MOREL	Syndicat FO
Madame Nathalie	NUZILLAT	Membre CE
Madame Sylvie	PARIZOT	Aide soignante
Monsieur F.	REBSAMEN	Président du C.A. et Maire de Dijon
Madame Catherine	ROBE	IDE

**VENDREDI 21 FEVRIER 2003 CH**

Docteur	APFFEL	r
Docteur	BARBIER	Denis DEBROSSE
Madame	BEAUDEMENT	Administrateur
Madame	BRASLERET	SSR - CME
		CME CGT ASH
		pool Direction

REGION BOURGOGNE FRANCHE COMTE CHAMPAGNE ARDENNE  
LISTE DES INTERVENANTS

Melle	BRISEBART	CGT permanent
Docteur	BROUSSE	Interniste, Ancien Président CME
Docteur	BROUSSE	Service de Rhumatologie
Melle	CLAIROTTE	CFDT Cadre moyen séjour
Monsieur	DEVAUD	Administrateur
Monsieur	FOREST	Direction
Madame	GAROT	CFDT IDE nuit
Melle	JACOB	Direction
Melle	JACQUINOT	Direction
Monsieur	MACARD	FO Technicien Labo
Monsieur	MAMIE	Directeur
Monsieur	PONCET	FO Service technique
Docteur	PRIEUR	Anesth. Urgences Président CME
Monsieur	PROTET	Président CA

VENDREDI 21 FEVRIER 2003 CH LANGRES: Dr Antoine PERRIN

Monsieur Régis	ALBESPY	Coordonateur soins infirmiers
Docteur Bernard	CANET	Président CME
Monsieur Jacques	CORNUEL	Membre CA
Monsieur Yves	DUFFOUR	Adjoint Membre CA
Docteur	GRANGEON	Médecin PH
Monsieur Claude	GUYON	Directeur
Monsieur Joel	MAILLOT	Directeur Clinique LANGRES
Monsieur François	MERCET	Secrétaire CTE
Madame Annick	PANARIOUX	Coordination soins infirmiers Adjointe
Monsieur Patrick	POINSEL	Secrétaire CFDT

## VISITE DES R E G I O N S . Jeudi 27 et Vendredi 28 Février 2003

### ALSACE LORRAINE

#### Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation

#### ALSACE

- A fin 1999 l'Alsace comptait 1,734 millions d'habitants répartis sur 8280 km<sup>2</sup> (2,9% de la population de France Métropolitaine / 1,5% du territoire français). Ses 209 habitants par km<sup>2</sup> en font une région de peuplement très dense au regard de la moyenne nationale (110 habitants par km<sup>2</sup>) et la placent au 3<sup>e</sup> rang des régions métropolitaines après l'Île de France et le Nord-Pas-de-Calais.
- Le territoire régional découpé en quatre secteurs sanitaires, est très bien couvert : en dehors de quelques zones excentrées, les établissements de soins ne sont jamais très loin. En 2001, le nombre d'établissements hospitaliers alsaciens était de 107 : 92 financés par dotation globale, dont 44 publics, 15 relevant de FOQN, dont 4 à but lucratif. Le secteur public et privé participant, représente 86% du total des établissements
- En psychiatrie l'équipement disponible relève du seul secteur public, sauf un établissement privé participant et un établissement sous OQN. Le nombre de psychiatres libéraux est important mais leur installation est concentrée à Strasbourg.
- En SSR l'UGECAM d'Alsace gère 13 établissements et représente 25% des lits sanitaires de toutes les UGECAM. Les établissements situés dans le massif vosgien ont vocation à se rapprocher des bassins de population, ce qui provoque des réactions fortes des élus concernés.
- En MCO pour la gynécologie-obstétrique, l'Alsace comporte 20 maternités, dont 4 PSHP et 3 privées conventionnées. 3 maternités réalisent plus de 2000 accouchements par an, 6 plus de 1000 et 4 moins de 500. Plusieurs établissements sont en situation de fragilité étant donné la faiblesse du nombre des praticiens.
- Avec près de 13500 lits et places d'hospitalisation hors soins de longue durée (17 500 avec les SLD) au 1<sup>er</sup> janvier 2001, l'Alsace dispose d'une infrastructure hospitalière bien développée, qui la situe légèrement au dessus de la moyenne nationale

Discipline	Nbre lits/ places au 01/01/2001	Taux équipement Alsace	Taux moyen équipement Métropole
Médecine	4259	2,44	2,18
Chirurgie	3292	1,88	1,81
Gynéco-obstétrique	833	0,48	0,42
SSR	2734	1,57	1,59
Psychiatrie	2347	1,11	1,36

- Trois établissements représentent 59% du total régional de RSA (le t\_1 II, de Strasbourg pour 24%, le Centre Hospitalier de Mulhouse pour 18% et les hôpitaux civils de Colmar pour 17%)
- Pour ce qui concerne le personnel, y compris les médecins libéraux en fonction dans les cliniques, environ 36700 personnes travaillaient en 2001 dans les établissements de santé alsaciens : 2 400 médecins, 700 internes et résidents, 23 600 personnels soignants, 10 000 agents administratifs et techniques. Malgré la position frontalière, le taux de fuite des personnels infirmiers est actuellement couvert par le mouvement démographique global des professions.

## **LORRAINE**

- La Lorraine compte 2 312 564 habitants ; la population s'est légèrement accrue entre 1990 et 1999 après la baisse observée depuis le recensement de 1975
- 4 départements très inégalement peuplés : la Moselle compte 1 025 509 habitants, la Meurthe et Moselle 713 968 habitants, les Vosges 380 824 habitants et la Meuse 192 263 habitants.
- Densité hospitalière forte : les capacités demeurent excédentaires dans la plupart des disciplines malgré un effort important de réduction ,
- 120 établissements de santé, dont 2 CHR qui réalisent 40% des points ISA des établissements sous dotation globale
- Un secteur PSPH important, essentiellement implanté en Moselle, issu de la mine et de la sidérurgie ou d'origine confessionnelle
- Un secteur d'établissements sous QQN modeste dans lequel des cliniques de taille conséquente voisinent avec de petites unités. Ce secteur rencontre de grosses difficultés financières.
- Une démographie médicale déficitaire.

REGION ALSACE LORRAINE  
LISTE DES INTERVENANTS

JEUDI 27 FEVRIER 2003: ARH STRASBOURG

Monsieur	Thierry	ANDRIEU	CRAM Alsace
Monsieur	Gérard	BEDEX	Directeur CH ERSTEIN
Docteur	Michel	BEMER	Président AML CHR Metz Thionville
Monsieur	Jean Louis	BONNET	Directeur ARH Alsace
Madame	Annie Françoise	CHONE	Médecin conseil adjoint région Nord Est
Monsieur	Jean Claude	DELNATTE	Directeur Adjoint ARH Lorraine
Monsieur	Bernard	DUPONT	Directeur FHF CH ST DIE DES VOSGES
Docteur	Francis	FELLINGER	Président CME CH HAGUENAU
Madame	Sylvie	FONTANEL	Conseiller médical ARH Alsace
Madame	Marie Pierre	GALLANI	Inspectrice principale DDASS BAS RHIN
Madame	Pierrette	GRANDEMANGE	Directrice adjointe DRASS Lorraine
Monsieur	Patrick	GUILLOT	Directeur Général Adjoint CHU STRASBOURG
Madame	Micheline	GUSTIN	DDASS 67, Directrice
Monsieur	Pierre	GUSTIN	D.R. FHF ALSACE Hôpitaux civils de Colmar
Docteur		KHALIFY	Président CME CHR METZ THIONVILLE
Monsieur	Jean Marie	LECLERCQ	Directeur Général CHR METZ THIONVILLE
Monsieur	Joseph	LOSSON	Directeur URCAM
Monsieur	Pierre	LUCAS	Permanent URNE ALSACE CHU STRASBOURG
Madame	Huguette	MELEDER	Directrice ARH Lorraine
Monsieur	Pierre	MEYER	MSA Alsace
Monsieur	Daniel	REINE	Directeur Adjoint CRAM de Nord Est
Monsieur	Michael	REZLER	Membre CNEH PAD
Madame	Odile	RITZ	Directrice Adjointe ARH Alsace
Monsieur	Norbert	ROESLIN	Vice Président CME CHU STRASBOURG
Monsieur	François	SCHAETZEL	MIR Alsace '
Docteur	Michel	SCHMIDT	Président CME CHU NANCY
Monsieur	Francis	SELLIER	Medecin conseil DRSM Alsace Moselle
Docteur	Francis	THUET	Cardiologue CH SELSESTAT
Monsieur	Pierre	UBRICH	Praticien Hospitalier CHG Saverne
Madame	Annick	VAN HERZELE	Stagiaire ENA DDASS BAS RHIN
Madame	Nicole	VILLARET	Directrice SSM
Monsieur	Jean Claude	WESTERMANN	DRASS ALSACE
Monsieur	Claude	WINGERT	Directeur DRA FHF CH VERDUN

VENDREDI 28 FEVRIER 2003 CHU NANCY: Docteur Antoine PERRIN

Madame	Fannu	BAILLY	FOIDE
Monsieur	Joel	BEZON	CGT CHU Central
Madame	Marie Françoise	BRAGARD	CME DIE
Monsieur		COLLOMBET	Directeur Site de Brabois
Monsieur	Henry	COUDANE	Président de CME Sincal
Monsieur	Jean Marie	CROVISIER	ACH Hôpital Central
Monsieur	Emmanuel	EICHER	CH BRIEY
Monsieur	Joel	ESMACHY	Secrétaire syndical CGT
Madame	Marie Noelle	FRAGNIERE	Secrétaire médicale hôpital Central
Monsieur	D.	FROSSARD	CH TOUL
Madame		GABRIEL	Coordinateur de soins
Madame	Corinne	HADOT	Secrétaire FO CHU Hôpital MVF
Madame	Jacqueline	HAUDOT	CFDT CHU Nancy
Docteur	J.P.	KAHN	Psychiatrie
Docteur	Khalifé	KHALIFE	Président CME Metz Thionville
Monsieur	Benoit	LECLERCQ	Directeur Général CHU Nancy
Monsieur	Daniel	LINCLAUD	CH de Forbach
Madame	Jacqueline	LOUAIL	FO CHU Nancy
Monsieur	Michel	MEYER	UNSA
Madame		MORDASINI	Vice Présidente CME CH Mirecourt
Madame	Christiane	NIMSGERN	CGT CHU Brabois



REGION ALSACE LORRAINE  
LISTE DES INTERVENANTS

Monsieur	Michel	PARMENTIER	CME ST DIE
Docteur	Alain	PIDOLLE	CHS Lorquin
Monsieur	Pierre	MICHEL	CGT Hôpital Central
Monsieur	Yvon	ROHMANN	FO Secrétaire adjoint CHU Brabois
Docteur	Michel	SCHMITT	Président CME CHU NANCY
Docteur	Michel	SCHWEITZER	CME Maternité de Nancy
Monsieur	Arnaud	THOMAS	CFDT CHU Nancy
Monsieur	Patrice	VOIRY	Trésorier adjoint FO CHU Brabois

VENDREDI 28 FEVRIER 2003 CH MULHOUSE: Pr Guy VALLANCIEN

Madame Anna	ABAD	IDE URO
Docteur Riad	ALSALTI	PH URO
Docteur J.R.	ANSIEAU	Chef de service URO
Docteur Marc	BIETIGER	Président CME Chirurgie
Madame Anita	BLANT	Aide soignante
Madame Yvette	BOILEAU	Attaché d'Administration UNSA
Madame Claude	BRUSLEIN	CSS
Monsieur Gilbert	BUTTAZONI	Administrateur
Madame	CASTAGNE	Permanent syndical
Docteur Elie	COHEN	Chef de service neurologie
Monsieur François	COURTOT	DRH
Docteur Jean Marie	DELARBRE	Coordonateur fédération biologie
Madame Frédérique	DURINGER	IDE en Psy
Madame Annie	EBERHART	IDE URO
Docteur Joseph	ESCHBACH	Président suppléant du CA
Madame Agnès	FERET	Directrice des Services financiers
Monsieur	FRITZ	Directeur Général
Monsieur Maurice	GLOUSIEAU	Contre Maître communication
Docteur Philippe	GRETH	PH Psychiatre
Monsieur Bertrand	GROSZ	Conseiller Fédéral CFTC
Docteur Philippe	GUIOT	Chef de service réanimation
Madame Christine	HERTZOG	IDE URO
Docteur Eric	JEANDIDIER	PH Responsable Unité de génétique
Madame Nicole	KAHLFUSS	Cadre enseignant UNSA
Monsieur Jean Marie	KLEINHANS	Permanent syndical
Docteur Denis	LAEDLEIN GREILSAMMER	PH Chef de service pathologie
Madame Huguette	LANZA	Directrice des soins
Docteur Jacques	LEVY	Coordonateur FEVI Cardiologie
Monsieur Claude	MEUNIER	Syndicat CFTC Pôle TMT
Docteur Bernard	ON	Chef de service Fego
Monsieur Alain	PILLOT	Ingénieur en chef travaux et maintenance
Docteur Jean Claude	POMES	Coordonateur Femmes et enfants
Madame Odile	SEILLER	Secrétaire médicale
Monsieur Christian	SIMON	Directeur Adjoint
Monsieur Gérard	STARK	Direction des services économiques et techniques
Docteur François	STERNE	PH Chef
Monsieur Marc	WENZLER	Directeur adjoint

VENDREDI 28 FEVRIER 2003 CH SELESTAT : Monsieur Denis DEBROSSE

Docteur Materne	ANDRES	Médecin coordonateur Réa, Anest, SMUR Urgences
Monsieur Marcel	BAUER	Président C.A. Maire de Selestat
Monsieur Alfred	BECKER	Représentant le Conseil Général
Monsieur Hugues	BELLOT	Représentant la ville de Ste Marie aux Mines
Madame Anne	BOUCON	Chef de service Pharmacie Stérilisation
Docteur Paul	BUCK	Chef de service d'Imagerie Médicale
Docteur Jean	CABALION	Chef de service Réanimation SMUR
Monsieur René	CATTOEN	Représentant des usagers



REGION ALSACE LORRAINE  
LISTE DES INTERVENANTS

Monsieur	Pierre	CROCI	Directeur Hôpital Intercommunal Val d'Argent Ste Mari
Docteur	Mohamed	EL JAMRI	Chirurgie B orthopédie traumatologie
Docteur	Hubert	FREYSZ	Chef de service Pédiatrie
Madame	Josiane	GERBER	CFDT IDE
Monsieur	Jean Louis	GOLLING	Représentant la ville de Sélestat
Monsieur	Eric	HELLER	Directeur CH Sélestat
Monsieur	Claude	JACOB	Représentant la ville de Benfeld
Monsieur	Dominique	JACOB	FO Maître ouvrier
Madame	Martine	KARCHER	CFDT manipulateur radio
Docteur	Yves	KRUMMEL	Chef de Service médecine A
Docteur	Jean	LAUTEL	Président CA Chef service Chirurgie A
Monsieur	Jean Marie	LORANG	Directeur Ressources Humaines
Docteur	Guy	MARGUERITE	Chef du service anesthésie
Madame		MULLER STEIN	Représentant la ville de Sélestat
Docteur	Marie Josephe	PFEIFFER	Responsable Gériatrie
Monsieur	Jean Jacques	RENAUDET	Représentant la ville de Sélestat
Monsieur	Marc	RIEFFEL	Chef de service du laboratoire d'analyses médicales
Madame	Béatrice	SCHLATTER	FOIDE
Monsieur	Rémy	SCHWEBEL	CFDT Ibode
Docteur	Francis	THUET	Vice Président CME PH DIM
Docteur	Jean Marc	WEYGANDT	Chef de service gynécologie-obstétrique
Monsieur	Dany	ZIMMER	FO cadre manipulateur électroradiologie

Région Paris - Ile de France

Caractéristiques régionales présentées par les Agences Régionales d'Hospitalisation.

PARIS - ILE DE FRANCE

- Région à très forte concentration géographique : 19% de la population française (11 millions d'habitants) répartie sur 2,2% du territoire national
- Une population jeune (34% de la population a moins de 24 ans)
- Un taux de natalité de deux points au dessus de la moyenne nationale, une mortalité plus faible que la moyenne nationale
- 8 départements dont Paris intra-muros, rassemblant 19% de la population francilienne
- L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (CHU) réalise 27% des points ISA MCO
- 70 établissements publics réalisant 23% des points ISA MCO
- 3 Centres de lutte contre le cancer réalisant 7% des points ISA MCO
- 3 Hôpitaux militaires
- 3 Hôpitaux locaux sur l'ensemble de la région
- 200 cliniques à but lucratif réalisant 35% des points ISA MCO
- 130 établissements PSPH de taille variable réalisant 8% des points ISA MCO
- La durée moyenne de séjour régionale est de 5,85 dans le secteur public
- fon à forte densité médicale : 213 médecins spécialistes et 168 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 149 et 148 au niveau national
- Points ISA régional 2001 de 15,17E pour l'AP-HP et 14,77E pour les établissements hors AP-HP
- Région fortement marquée par la politique budgétaire de péréquation intra-régionale menée depuis 1997

## REGION PARIS - ILE DE FRANCE

### LISTE DES INTERVENANTS

#### JEUDI 6 MARS 2003: ARH I.F. PARIS

Monsieur JP	BURNIER	Directeur CH GONESSE
Professeur Antoine	CAMILLERI	Président CME CH GONESSE
Monsieur Bernard	CAMPENS	Chargé de mission ARH
Monsieur Dominique	COUDREAU	Directeur ARH Ile de France
Monsieur Claude	DAGORN	Directeur CHI MONTREUIL
Monsieur Gilles	ECHARDEUR	Chargé de mission ARH
Monsieur Denis	FRECHOU	Directeur ESQUIROL
Professeur Jean Marc	JUVANON	Président CME NEMOURS
Madame Danièle	LACROIX	Directeur CHI MEULAN LES MUREAUX
Monsieur Jean Yves	LAFFONT	Directeur CH SAINT CLOUD
Monsieur Jacques	MARCHAL	Conseiller municipal ARH
Professeur Jean Pierre	NORMAND	Président CME Versailles
Professeur André	PARENT	Président CME CH ARGENTEUIL
Madame Marianne	PERREAU SAUSSINE	Chargé de mission ARH
Monsieur Odile	PUBRENIS	Chargé de mission ARH
Monsieur Robert	TAYLOR	Directeur BEAUMONT MERU
Monsieur Maurice	TOULLALAN	Directeur ARGENTEUIL

#### LUNDI 3 FEVRIER 2003: CH PONTOISE Professeur Guy VALLANCIEN

Madame Marianne	AHYAN	Directrice des soins
Monsieur Lucien	ANOUMANTOU	M.O CFTC
Madame Christine	APPIAMI	IDE CGT
Madame Valérie	BARD	AS Réa cardio
Madame Françoise	BECHE	SNCH
Madame Hélène	BOYER	DRH
Madame Maryline	BUREAU	Syndicat autonome
Madame Martine	CAMPA	Directrice Affaires Médicales
Madame Laure	CHERON	IDE Réa Cardio
Docteur Anne Marie	CHESNEAU	Chef de service anapath
Docteur Odile	DANNE	Chef de service Gastro entérologie
Monsieur Bernard	DESBOIS	Syndicat autonome
Madame Madeleine	DEZEROS	Cadre de santé CSSI
Madame Annie	DUMONT	Vice Présidente UDAF
Monsieur Luc	DURAND	Directeur des soins
Docteur Gilbert	DUVAL	Chef de service URGENCES
Docteur Alain	DUVAL	Chef de service Gériatrie
Monsieur Olivier	EMBS	Directeur des services économiques
M Dominique	FILIPPA	Cadre infirmier cardiologie
Docteur François	FUNCK	Chef de service
Docteur Patrick	GARANCE	Chef de service de radiologie
Madame Yasmina	GHAOUI	Syndicat autonome
Madame Agnès	HAMEL	ASH Réa cardio
Madame Marie France	HATTELIN	SNCH
Monsieur Philippe	HOUILLON	Président du CA Député Maire de Pontoise
Monsieur Patrick	HOUSSEL	Directeur CH de Pontoise René Dubos
Monsieur Jérôme	HUBIN	DSI
Monsieur Jean Marie	KILLIAN	Travaux Finances
Madame Claudine	LACOSTE	Responsable association bénévole
Madame Marie Claire	LEFEUVRE	Personne Qualifiée
Docteur Jacques	LERAILLEZ	Chef de service néonatal
Madame Carine	LESPINASSE	Aide soignante
Docteur Jean	LOIRET	PH Cardiologie
Madame Sandrine	NEAU	CI FF Cardiologie
Docteur Bruno	PERRONE	Chef de service
Monsieur Philippe	PICARD	Syndicat SUD

## REGION PARIS - ILE DE FRANCE

### LISTE DES INTERVENANTS

Madame	Magalie	REGNIER MELLET	IDE
Monsieur	Emmanuel	SIOU	Maire Adjoint
Docteur	Georgette	TOBELEM	Président CME Chef du service de pneumologie
Docteur	Michel	VEYRIERES	Chef de service

#### LUNDI 3 FEVRIER 2003: CH ST ANNE Docteur Antoine PERRIN

Monsieur	Christian	ABBADIE	CFDT CTE CHSCT
Madame	Nathalie	ALAMOW ITTCH	Directrice adjointe
Monsieur	Serge	BLISKO	Président CA député maire XIII è
Docteur	François	CAROLI	Président CME
Monsieur	Jean Luc	CHASSANIOL	Directeur Général
Monsieur	Alain	DISEURS	Secrétaire général CGT CHSA
Madame	Martine	DUTOIT	Permanente SUD Assistante sociale
Monsieur	Claude	HAGEGE	Directeur chargé du système d'information
Madame	Michèle	JACQUEMART	FO
Monsieur	Jean Loup	JOURDREN	FO
Mosieur	Jean Luc	LE GUENNEC	Directeur des services techniques et des travaux
Monsieur	Patrick	LITTAUER	Secrétaire général
Docteur	Gérard	MASSE	CH Ste Anne
Madame	Patricia	MIGNON DEL MISSIER	Permanente CGT Secrétaire
Madame	Nicole	MONSTERLET	Directrice des soins
Monsieur	Lazare	REYES	Directeur adjoint finances
Madame	Laurence	VO DINH	Directrice adjointe achats et logistiques

#### INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS: Pr Guy VALLANCIEN

Mdame	Marie-Hélène	AILLET	Surveillante de Soins dépt. Uro-Néphrologie
Madame	Catherine	ALLARD	Infirmière Urologie
Monsieur	Jean Louis	ALLEGRE	Masseur kinésithérapeute CFDT C.E.
Madame	Valérie	BARANGER	Infirmière Urologie
Madame	Fanny	BERGEROT	Infirmière Urologie
Madame	Marie	BODINIER	Infirmière Urologie
Monsieur	Patrick	BONNARD	Directeur des Ressources Humaines
Docteur	Valérie	CARRAT	Directeur de l'Organisation des Prestations Hosp.
Madame	Brigitte	ECALE	Infirmière Urologie
Monsieur	Dominique	FOUASSIER	Technicien Audiovisuel CGT C.E.
Monsieur	Frédéric	GARCIA	Electricien CFDT C.E.
Professeur	Brice	GAYET	Chef du Département de Chirurgie digestive
Madame	Jacqueline	GRUSON	Secrétaire CE CGT
Monsieur	Dominique	GUILLAUD	Infirmier (CHSCT) CGT C.E.
Docteur	François	LABORDE	Chef du Dépt. Chir. Cardiaque Président de CME
Madame	Michèle	LE GUILCHER	Bloc opératoire CGC C.E.
Docteur	Jean Luc	LE GUILLOU	Médecin CGC C.E.
Madame	Dominique	MASSARE	Cadre Infirmier dépt Uro-Néphrologie
Monsieur	Jean Jacques	MONTEIL	Directeur Général
Monsieur	Jean Yves	NOBILET	Manipulateur radio CFDT C.E.
Monsieur	Jean Marie	PASQUES	Services généraux CGC C.E.
Madame	Dominique	ROUILLOT	Secrétaire adjointe CE CGT
Madame	Sandra	SAUNIER	Infirmière Urologie

#### VENDREDI 7 MARS 2003: SIEGE AP- HP + HOPITAUX DE CRETEIL

Monsieur Gérard	BARSACQ	Directeur Centre Hosp.Interc.de Créteil ( CHIC)
Professeur Gérard	BLOCH	CME APHP
Monsieur Alain Michel	BURDET	Directeur Adjoint des personnels et relations sociales
Monsieur Alain	CASTAIGNE	CCM HENRI MONDOR



## REGION PARIS - ILE DE FRANCE

### LISTE DES INTERVENANTS

Monsieur	Dominique	COUDREAU	ARHIF Directeur
Professeur	Yves	DE PROST	CME APHP
Monsieur	Dominique	DE ROUBAIX	Secrétaire général APHP
Professeur	Françoise	DEGOS	CME APHP
Monsieur	Jean Michel	DIEBOLT	Directeur médical APHP
Monsieur	Christian	DO HUU	Directeur Adjoint
Monsieur	Erik	DUSART	Directeur par intérim Finances
Professeur	Bruno	HOUSSET	CME CHIC
Madame	Brigitte	JEANVOINE	Présidente du CA Maire de Créteil
Madame	Brigitte	JOLY	Conseiller Technique
Monsieur	Alain	LHOSTIS	Président délégué de l'APHP
Professeur	Rolland	PARC	CME APHP
Monsieur	Bruno	SOUDAN	Directeur HOP HENRI MONDOR
Madame	Rose Marie	VAN LERBERGHE	Directrice Générale APHP
Madame	Claire	VERCOR	AAH MONDOR

### LUNDI 24 MARS 2003: HOPITAL ST LOUIS - Professeur Guy VALLANCIEN

Docteur	Marie Christine	BECQ	PH Anesthésie St Louis
Docteur	Laurent	DEGOS	Président CCM St Louis
Monsieur	Jean Patrick	LAJONCHERE	Directeur Hôpital Saint Louis
Professeur	Alain	LE DUC	Doyen Hôpital Saint Louis
Docteur	Aimée	MARGERIT	PH Anesthésie St Louis
Docteur	Paul	MERIA	Praticien Hospitalier St Louis
Docteur	Jean Louis	MISSET	CS. Oncologie Hôpital St Louis
Professeur	Jean Michel	MOLINA	PU PH Infectieux St Louis
Professeur	Marc	REVOL	PUPH Chirurgie plastique
Monsieur	Philippe	SUDREAU	Adjoint au Directeur

Professeur Pierre TEILLAC PU PH Hôpital St Louis

**4) Rencontres nationales : organisation,  
administration, personnalités,  
groupes de travail**

Docteur	Laurent	ALEXANDRE	Président MEDCOST
Monsieur	Georges	ARBUZ	Formateur et chargé de cours Faculté Med. Bobigny
Monsieur	Patrick	AUMERAS	Expert comptable et Consultant
Professeur	Louis	AUQUIER	Académie Nationale de Médecine
Professeur	Jean Pierre	BETHOUX	Ancien Secrét Gén. du Haut Conseil de la R. Hospit.
Monsieur	Jacques	BLANC	Sénateur et Président de la région Midi Pyrénées
Monsieur	Michel	BON	Président d'Honneur France Télécom
Professeur	Christian	BOUFFIOUX	Directeur Médical du C.H.U de Liège
Monsieur	Olivier	BRAULT	Conseiller à la santé de Mr RAFFARIN
Madame	Marie Claire	CARRERE GEE	Conseillère aux Af. Soc. de la Présid. de la Répub.
Monsieur	Jean Pierre	CASSAN	Président du LEEM
Monsieur	Pascal	CHEVIT	Directeur ENSP
Monsieur	Guy	COLLET	FHF
Monsieur	René	COUANAU	Député
Monsieur	Edouard	COUTY	Directeur des Hôpitaux
Professeur	Paul-Henri	CUGNENC	Député
Docteur	Patrick	DASSIER	SNPHAR
Monsieur	Jean Pierre	DAVANT	Président de la Mutualité Française
Monsieur	Jean	DE KERVASDOUE	Professeur à l'Ecole des Arts et Métiers
Professeur	Bernard	DEBRE	Hôpital Cochin
Professeur	Jacques	DOMERGUE	Député
Professeur	Jean Michel	DUBERNARD	Député -Pt de la Com. Aff. Cult, Famil. et Sociales
Monsieur	Paul	DUBRULLE	Sénateur
Professeur	Dominique	DUCASSOU	CHU Bordeaux
Madame	Claudine	ESPER	CNEH
Professeur	Philippe	EVEN	Ancien Doyen - Président d'Action Santé
Monsieur	Claude	EVIN	Ancien Ministre de la Santé
Professeur	Irajh	GANDJBAKHCH	Hôpital de La Pitié
Professeur	Henri	GUIDICELLI	CHU Grenoble
Professeur	Louis	HOLLENDER	Président de l'Académie Nationale de Médecine
Professeur	Daniel	JAECK	CHU de Strasbourg
Monsieur	Bernard	KITOUS	Chef de section ECOFI IEP de Rennes
Professeur	Bernard	KOUCHNER	Ancien Ministre de la Santé
Madame	Dominique	LEBOEUF	Mission Evaluation compétences professionnelles
Monsieur	Benoit	LECLERC	Directeur Hôpital de Nancy
Monsieur	André	LESTIENNE	Directeur Général - C.N.E.
Professeur	Yves	MATILLON	Ancien Directeur de l'ANAES
Professeur		MILHAUD	Académie Nationale de Médecine
Monsieur	Alain	MINC	Président A.M.Conseil
Monsieur	Olivier	MISSOFFE	Général de Santé
Monsieur	Guy	NICOLAS	Conseiller Médical DHOS
Monsieur	Didier	REA	SNPHAR
Monsieur	André	ROSSINOT	Député - Nancy
Monsieur	Philippe	ROUVILLOIS	Président de l'Institut Pasteur
Monsieur	Jean Claude	SCHREDER	GM2 Conseil
Professeur	Adolphe	STEG	Membre du Conseil Economique et Social
Monsieur	Hervé	TANGUY	C.N.E.H
Monsieur	Jean Dominique	TORTUYAUX	Directeur des Formations ENSP
Monsieur	Gérard	VINCENT	Directeur Général Fédération Hospitalière de France
Professeur	J.M.	VULCAIN	Conf des Chefs de service d'Ontologie des CHU

<b>LES GROUPES DE TRAVAIL :</b>			
<b>"Tarification à l'Activité" dirigé par : Me Valérie CARRAT DOPH Institut Mutualiste Montsouris</b>			
Monsieur	Bruno	AUBLET-CUVELIER	DIM CHU Clermont ferrand
Monsieur	Eric	EKONG	DOS
Monsieur	Gilles	LAUNAY	Directeur Adjoint CHU Montpellier
Monsieur	Jean François	NOURY	ATIH
Monsieur	Gérard	PARMENTIER	Secrétaire National UNPHPC
Monsieur	Gilles	POUTOUT	Assurance Maladie
<b>"Régime budgétaire et délégation de gestion" dirigé par : Mr Denis DEBROSSE</b>			
Monsieur	Yves	BLOCH	Directeur Clientèle et Finances CHU Rouen
Monsieur	J.	BOUFFIES	Directeur DH Rambouillet
Docteur	Stanislas	JOHANET	Anesthésie Réanimation Hop. A. Trousseau Paris
Monsieur	J. Patrick	LAJONCHERE	Directeur DHU Louis Mourier Colombes
Monsieur		LE MOIGN	Directeur Adjoint des Affaires Médicales CHU Nantes
Monsieur	Jean Jacques	MONTEIL	Directeur Général IMM Paris
Monsieur	Claude	STORPER	Directeur Equipements Logistique CHU Montpellier
Monsieur	Yvan	PERARD	Chargé de Mission ARH Paris
<b>"Changer l'Hôpital" dirigé par le Pr. Guy VALLANCIEN</b>			
Monsieur	Daniel	BOUR	Président - Générale de Santé
Monsieur	Dominique	COUDREAU	Ancien Directeur ARHIF
Professeur	Brice	GAYET	Institut Mutualiste Montsouris
Docteur	Stanislas	JOHANET	Hôpital Trousseau
Docteur	Denis	LABAYLE	Directeur Hôpital Louise Michel
Docteur	Romain	MICOL	Secrétaire de séance
Monsieur	Alain	MINC	Président A.M.Conseil
Monsieur	Jean Jacques	MONTEIL	Directeur Général Institut Mutualiste Montsouris
Professeur	François	RICHARD	Hôpital de la Pitié
Monsieur	Jean Jacques	ROMATET	Directeur du CHU de Nice
Monsieur	Philippe	ROUSSEL	Directeur Hôpital du Mans
Professeur	Jean Claude	TRINCHET	Hôpital Jean Verdier
Monsieur	Gérard	VINCENT	Délégué général FHF

Docteur	Marc	ANGEBAULT	CFE-CGC Fédération Française Santé et action sociale
Madame	Martine	ANTOINE	Direction Nationale du PCF
Madame	Martine	AOUSTIN	DHOS
Docteur	André	ATTALAH	Présidente Conférence régionale des Prsdts de CME
Docteur	P.	ATTIA	CNEH
Docteur	François	AUBART	Président CMH
Docteur	Christine	BARA	Médecin de Santé Publique
Monsieur	Patrice	BARBEROUSSE	Président SNCH
Monsieur	Jean	BASSERES	Directeur Général de la Comptabilité Publique
Monsieur	Denis	BASSET	Secrétaire Fédéral FO
Docteur	Nathalie	BATAILLE	Hôpital de Saint Germain en Laye
Docteur	Franck	BAUDINO	Vice Président ISNAR
Monsieur	Patrice	BLEMONT	DHOS : Intéressement et gestion des personnels
Professeur	Rachel	BOCHER	Présidente INPH
Madame	Anne	BOLOT GITTLER	Directrice de Cabinet adjointe Ministère de la Santé
Professeur	Gilles	BONNELEAR	Président CME CHU CLERMONT FERRAND
Monsieur	Sébastien	BOSCH	Secrétaire Général Adjoint CFDT
Monsieur	Bernard	BRECHIGNAC	Vice Pt SHMARHHU
Madame	Yolande	BRIAND	Secrétaire générale CFDT
Professeur	Francis	BRUNELLE	Hôpital Necker
Madame		BURNIER	Directrice Gale ANFH
Docteur	R.	CASH	CNEH
Monsieur	Paul	CASTEL	Conf des Directeurs Généraux de CHU (DG du CHU de Strasbourg)
Monsieur	Laurent	CASTRA	Directeur du secteur sanitaire FEHAP
Madame	Christine	CEAUX	Vice Présidente AFDS CH TULLE
Monsieur	Luc	CHARRIE	équipement matériel lourd, chirurgie cardiaque, .....
Docteur	Marie Paule	CHAUVEHEID	Présidente SCCAMP BICHAT
Monsieur		CHENELIERE	Sous Direction des Personnels médicaux
M	Dominique	CHETEL DOREL	F.H.P. Délégué général adjoint
Monsieur	Jean Pierre	COLL	DHOS
Monsieur	Guy	COLLET	FHF
Monsieur	Martin	COMBE	Adjoint au Maire du Mans PH Hospitalier PCF
Monsieur	Alain	COULOMB	ANAES
Madame	Brigitte	COURTOIS	Elue nationale du CH FO DRH au CH de Villefranche
Monsieur	Edouard	COUTY	Directeur des Hôpitaux (DHOS)
Monsieur	Philippe	CREPEL	Secrétaire fédéral général CGT
Professeur	Serdar	DALKILIC	Président SNPAC
Monsieur	Jean	DEBEAUPUIS	DHOS
Professeur	Pierre Marie	DEGAUD	Président CME CHRU de LILLE
Professeur	Claude	DEGOS	Président SNAM-HP
Monsieur	Pierre	DELFORGES	F.H.P. comité exécutif
Monsieur	Luc	DELRUE	Secrétaire Fédéral FO
Madame	Marie Ange	DESAILLY CHANSON	Président CME Conférence des Présidents de CME de CH
Monsieur	Philippe	DOMY	Directeur Général CH Amiens
Monsieur	Patrick	DUTHOIT	Directeur d'hôpital, secrétaire général de l'agence
Monsieur	Philippe	EL SAIR	Directeur du CH VALREAS Secrétaire national SNCH
Monsieur		EPITER	Chef du bureau 6B Hôpitaux Direction Gal Comptabilité publique
Monsieur	Jean Pierre	ERRECANT	Président CFTC
Madame	Claudine	ESPER	CNEH
Monsieur	Claude	EVIN	Ancien Ministre de la Santé
Monsieur	Pierre	FARRAGI	Président CHG
Docteur	Francis	FELLINGER	Président Conférence des Présidents de CME de CH
Docteur		FOLDES	Hôpital de Saint Germain en Laye
Monsieur	André	FRITZ	Conférence des Directeurs Généraux de CH Directeur CH

			MULHOUSE
Professeur	Pierre	FUENTES	Président CME CHU Marseille
Madame	Nicole	GARRET GLOANEC	Secrétaire Général CHG
Docteur		GARRIGUE	INPH
Monsieur	Christian	GATARD	CH FO Secrétaire général
Monsieur	Loic	GEFFROY	DHOS E contractualisation, structures de l'hôpital, pôles d'activité
Madame	Danièle	GELLY	Présidente AFDS CH BOURGES
Docteur	Jean Pierre	GENET	Prdt Conf des Prsdts de CME d'Ets privés à but non lucratif
Monsieur	Philippe	GEORGES	Directeur adjoint du cabinet Ministère de la Santé
Monsieur	Olivier	GLOUX	Sous Directeur Secteur Public Outre Mer Compta. Publique
Monsieur	Emmanuel	GODDAT	Délégué général SNCH
Monsieur	Laurent	GRATIEUX	Sous Directeur F
Docteur	Thomas	GREGORY	Président Syndicat Internes Parisiens, Vice Président ISNI
Professeur	Dominique	GRIMAUD	Président de CME
Monsieur	Cédric	GROUCHKA	Conseiller Technique Cabinet Ministre de la Santé
Docteur	Olivier	GUERIN	Président ISNIH
Monsieur	Didier	GUIDONI	Cabinet du Ministre de la Santé
Professeur	Gilles	GUY	Président CME CHU Angers
Docteur	Jean	HALLIGON	Prdt Conf des Prsdts de CME d'Ets privés à but lucratif
Monsieur	Philippe	JAHAN	Président des anciens élèves de l'ENSP
Professeur	Gérard	JANVIER	Président CME CHU Bordeaux
Monsieur	Christian	JOLIVIERE	Directeur CH MONTERAN Hôpital PSY
Docteur	Claude	KADJI	Directeur Cliniques Les Eaux Claires, Vice présdt FHP Guadeloupe
Monsieur	Willy	KALB	UNSA Secrétaire national
Madame	Françoise	KALB	UNSA Secrétaire nationale adjointe
Docteur	Pauline	KANGAMBEGA	Présidente CME CHU POINTE A PITRE
Docteur	Pierre	KIEGEL	Président CME Conférence des Présidents de CME de CH
Monsieur	Denis	LABAYLE	Directeur Hôpital Louise Michel
Docteur	Marc	LAGIER	Médecin Hospitalier FO
Madame	Catherine	LASSALE	Affaires Scientifiques LEEM
Madame	Laurence	LAVY	Bureau 01 Urgences Pré-Hospitalières Permanence des soins
Monsieur	Vincent	LE TAILLANDIER	DHOS F + E Investissements
Madame		LEGUAY	Secrétaire générale Sud Santé Sociaux
Madame	Michèle	LEGUILCHER	CGC Bloc Opérateur IMM
Monsieur	Bernard	LEMOINE	Vice Président LEEM
Monsieur	André	LESTIENNE	CNEH
Madame	Christine	LINGET	président SNBH Vice Présidente CHG
Monsieur	Philippe	LOIR	Directeur Général CHU POINTE A PITRE / ABYMES
Monsieur	Christian	MARTIN	Conseiller Régional Pays de Loire PCF
Monsieur	François	MAURY	Secrétaire nationale CFDT
Monsieur	Daniel	MOINARD	Prsd Conf des D G de CHU (DG du CHU de Toulouse)
Docteur	André	NAZAC	Président ISNCCA SALPETRIERE
Professeur	Guy	NICOLAS	Conseiller Médical DHOS
Madame		PAYAN ADEN	Permanente Sud Santé Sociaux
Docteur	Patrick	PELLOUX	Président AMUHF
Docteur	Grégory	PERARD	Vice Président ISNCCA CHU LILLE
Docteur		PERIN DUREAU	Vice Président SIHP
Monsieur	Christian	PETIT	Directeur ARH GUADELOUPE
Monsieur	Michel	PICART	Conseil économique et social CFTC
Monsieur	Michel	PICHAN	Prdt CME Conf des Prdts de CME de CH
Docteur	Alain	PIDOLLE	Président Conférence des Présidents de CME de CHS
Madame	Annie	PODEUR	Conférence téléphonique ARH de BRETAGNE
Monsieur	Jean Claude	POZZO DI BORGO	Directeur CH Aix en Provence CFDT Directeurs
Madame	Nadine	PRIGENT	Secrétaire générale CGT Santé action sociale
Monsieur	Christophe	PRUDHOMME	Collectif médecin UFMICT CGT
Monsieur	Jean	RAZAT	Médecin Conseil

	François		
Madame	Myriam	REVEL	Sous Directrice DHOS O Permanence des soins, ....
Madame	Marianne	RIGAULT	Bureau O3 Coopération, recombposition hospitalière et HAD
Monsieur	Noel	ROMANO	UNSA
Monsieur	Jean	ROMATET	Directeur Général CHU Nice
	Jacques		
Docteur	Morgan	ROUPRET	CA Association Française des Urologues en formation
Madame	Elisabeth	ROUSSEAU	BUREAU 02 Population spécifique, santé mentale.....
Monsieur	Michel	ROUSSEAU	Conf des DG de CH Directeur CH
Docteur	Roland	RYMER	SNAM HP
Professeur		SCHMIDT	Président CME CHU Nancy
Docteur	Grégory	SEWARC	CM ISNAR
Docteur	Norbert	SKURNIK	Délégué et Président SPS
Monsieur	Bruno	SOULIE	Directeur Projet Gestion Publique Direction Gal Compta Publique
Docteur	Philippe	TALON	Président SNREH
Monsieur	Philippe	THIBAULT	Conseillé Technique Cabinet du Ministre de la Santé
Madame	Marie F.	THIRIAT	Directeur de soins CFDT Directeurs
Docteur	François	THUILLIER	Secrétaire CMH
Professeur	Etienne	TISSOT	Président CME CHU LYON
Monsieur		TOUPILLER	DHOS
Madame		TOUSSAINT	Sous Direction des Personnels médicaux DHOS
Monsieur	Bernard	VERRIER	DHOS : Intéressement et gestion des personnels
Monsieur	Gérard	VINCENT	Délégué Général FHF
Monsieur	Louis	VIOSSAT	Directeur du Cabinet Ministère de la Santé
	Charles		

**5) Rapport public 2003 du Conseil d'Etat :  
perspectives pour la fonction publique**

## **Rapport public 2003 : perspectives pour la fonction publique**

1. La France s'est préoccupée très tôt de se doter d'une fonction publique moderne, c'est-à-dire bénéficiant d'un "état"(1) opposable au pouvoir politique, pour la faire échapper au favoritisme et à l'arbitraire. Certes, un statut de la fonction publique applicable à l'ensemble des fonctionnaires de l'Etat n'a pu être adopté par le Parlement qu'en 1946 ; mais les éléments essentiels de ce statut (soustraction des agents publics au régime du droit commun du travail, principe du recrutement par concours, principe de la carrière, exigence d'un tableau d'avancement préalable à toute promotion, consultation d'un conseil de discipline avant toute sanction, régime statutaire et réglementaire...) s'étaient progressivement mis en place depuis la fin du XIXe siècle, au travers de textes spécifiques pris dans chaque ministère (2) et de la jurisprudence du Conseil d'Etat. Si le statut n'est apparu qu'en 1946, c'est au demeurant pour une large part du fait de l'hostilité qui ne s'était pas démentie jusque là, du principal syndicat des fonctionnaires (CGT), à un régime statutaire et réglementaire, ce syndicat estimant que la fonction publique devait être soumise au régime de droit commun du travail salarié (3); la CFTC, autre grand syndicat de la fonction publique, ne s'était de son côté ralliée à l'idée de statut qu'au milieu des années 1930 (4).

2. Le statut de la fonction publique (5) a permis que se constitue en France une fonction publique intègre, professionnelle et impartiale, aussi bien au service de l'Etat que des collectivités territoriales et des établissements publics. Aujourd'hui le nombre d'agents relevant de la fonction publique et exerçant leur activité principale dans des administrations ou établissements administratifs s'élève à environ 4,6 millions pour les trois fonctions publiques : 2 410 000 pour la fonction publique de l'Etat, 1 329 000 pour la fonction publique territoriale et 843 000 pour la fonction publique hospitalière (6).

3. Le Conseil d'Etat a décidé de consacrer les considérations générales de son rapport 2003 au thème de la fonction publique, parce qu'il a estimé que le temps était venu d'une réflexion en profondeur sur ce sujet, au moment où le système français de fonction publique est soumis à des enjeux importants, et où des évolutions nombreuses interviennent à l'étranger et parce qu'il a pensé qu'il était bien placé pour ce faire, en raison de ses responsabilités tant juridictionnelles qu'administratives et de l'expérience acquise sur le sujet par nombre de ses membres. Pour l'élaboration de ces considérations générales, il a été recouru, selon la pratique habituelle, à la formule, des auditions : gestionnaires de personnels, universitaires, spécialistes de la fonction publique, directeurs d'administrations ou d'établissements ; il a été veillé à élargir ces auditions à des personnalités étrangères et à des responsables du secteur privé. Le cycle d'audition s'est terminé par une rencontre avec chacune des 7 organisations syndicales les plus représentatives de la fonction publique.

4. Trois grands enjeux ont plus particulièrement été cernés par le Conseil d'Etat :

- le premier tient à la nécessité pour la fonction publique de faire preuve d'une efficacité accrue. Pareille exigence n'est pas nouvelle (7), mais elle est singulièrement accentuée actuellement par plusieurs éléments :

- la force des critiques formulées à l'encontre de la fonction publique au regard de cette obligation, ainsi que de l'exigence de performance qui pèse de plus en plus sur l'ensemble des institutions qu'elles soient publiques ou privées. Même si en effet l'impératif de performance n'est susceptible de s'appliquer au secteur public que dans un contexte qui lui est propre, il s'y impose au même titre que dans le secteur privé ; le caractère spécifique des services publics implique seulement, quoique nécessairement, que la réalisation des performances soit appréciée par rapport aux objectifs fixés par l'autorité publique et qu'elle intervienne sur la base de tous les critères pertinents et pas seulement de critères purement financiers. Or il est souvent reproché à la fonction publique de s'exonérer de ces exigences et plus généralement de s'être instituée, dans un réflexe corporatiste, en secteur à part du reste de la société, à l'abri des obligations d'efficacité pesant sur celle-ci, depuis le début de la crise ; de même il est souvent relevé que certaines obligations inhérentes au service public ne se trouvent pas assumées dans des conditions conformes à l'exigence d'un service public d'égal accès et d'égale qualité pour tous ; ainsi s'agissant du service rendu dans les quartiers dits sensibles, du fait en particulier d'un régime de mutation des agents, qui ne permet pas de faire prévaloir suffisamment l'intérêt général en affectant dans ces quartiers les agents les plus à même d'y rendre le service attendu.

- les besoins de renouvellement démographique qui vont se manifester dans les années à venir, dans un contexte de rareté de la ressource humaine (8) ; la fonction publique devra de ce fait, si elle veut pouvoir recruter en quantité et qualité les agents qui lui sont nécessaires, en particulier pour ce qui est de l'encadrement qui va être marqué par une course aux talents, faire preuve d'une grande attractivité ; elle devra également savoir mettre à profit ce profond renouvellement pour procéder aux réallocations de ressources humaines d'un secteur à l'autre, qui s'imposent de plus en plus.

- le constat que la capacité concurrentielle de la France est directement liée à la performance des services publics et à la maîtrise des dépenses publiques ; compte tenu de la part représentée par la masse salariale dans les budgets publics, il en résulte que la bonne utilisation des personnels est appelée à devenir toujours davantage un objectif majeur des gestionnaires de la fonction publique.

- le deuxième enjeu tient à la nécessité pour la fonction publique d'adapter ses règles de gestion aux exigences de la gestion des ressources humaines. La gestion de la fonction publique reste trop systématiquement normative (9), bureaucratique, égalitariste, faute qu'ait pu se développer dans l'ensemble des services une vraie gestion des ressources humaines, fondée sur une approche personnalisée et une valorisation des compétences, malgré la volonté affirmée en ce sens par les responsables de la fonction publique depuis plusieurs années et en dépit des efforts entrepris dans la plupart des ministères. Ces efforts ne doivent au demeurant pas être sous estimés, comme en témoignent la réalisation de référentiels d'emplois et de compétences qualifiés quelquefois de " référentiels métiers " dans de nombreux ministères, la définition de postes à profil, la détermination de " parcours professionnels qualifiants "... Mais ces efforts sont loin d'être à la mesure de l'enjeu.

Pour que cela change, il faut commencer par mettre fin à des dérives coutumières, qui font que les gestionnaires n'utilisent pas suffisamment les marges de manœuvre dont ils disposent. Il ne résulte en effet pas des statuts que les notations (qui doivent en principe exprimer la seule valeur professionnelle des agents) soient systématiquement concentrées vers le haut de la fourchette, que les avancements de grade et les promotions internes d'un corps à un autre (pour lesquels aucun autre critère que la valeur professionnelle n'est prévu) interviennent

largement à l'ancienneté, ou que les rémunérations accessoires sous forme de primes soient réparties de façon strictement égalitaire ou enfin que les mutations se fassent dans le seul intérêt des agents.

Mais il faut aussi corriger des éléments de nature plus organisationnelle ou statutaire, car il serait un peu court de ramener toutes les insuffisances dans la gestion à la pratique des gestionnaires. Une explication plus systémique de celles-ci peut en effet être également avancée. Dans le système français de gestion de la fonction publique, les mesures générales applicables aux agents et les plus importantes décisions individuelles touchant à la carrière relèvent le plus souvent des services centraux de gestion de personnel, qui n'ont pas la charge du bon fonctionnement des services, tout en étant également responsables de la conduite du dialogue social dans l'administration ; ils ont donc un intérêt objectif, pour assurer la paix sociale, à ne pas soulever de difficultés, au travers des actes qu'ils sont amenés à prendre. De leur côté, les chefs de service opérationnels, chargés de faire fonctionner le service public, n'ont qu'un poids indirect et souvent faible sur la carrière des agents placés sous leur autorité, en positif ou en négatif (ils peuvent ainsi avoir des doutes sur l'aboutissement d'une procédure disciplinaire qu'ils auront engagée). Toute tentative de leur part de reprise en main se trouve de ce fait plus ou moins compromise et leur stratégie pour mobiliser les agents se ramène bien vite à gagner leur bonne volonté, ce qui peut expliquer un certain laxisme en matière d'absentéisme ou de congés. Dans une telle analyse, tout redressement dans les pratiques de gestion suppose un autre système de gestion, et notamment la mise en œuvre du principe selon lequel la gestion des agents doit incomber à ceux qui sont responsables du fonctionnement opérationnel du service où ils sont affectés.

On doit souligner aussi, dans ce problème de gestion, deux autres éléments : - le poids du dispositif réglementaire à appliquer. En 1954 déjà, Roger Grégoire, premier directeur de la fonction publique, a pu écrire : "Le cadre juridique où s'inscrit la vie professionnelle des agents a pris une rigidité extrême... " ou même " on en est à considérer qu'il n'y a pas de garanties là où les moindres accidents de carrière ne sont pas prévus et les moindres initiatives de l'administration limitées par des textes formels..."(10) ; depuis cette date, cet encadrement n'a fait que s'accroître et devenir plus complexe ; - les rigidités entraînées par une structuration de la gestion des fonctionnaires en corps cloisonnés et trop nombreux ; les corps, tous dotés de statuts particuliers définis par décret en Conseil d'Etat et d'une CAP, sont au cœur de la gestion de la fonction publique ; ils en constituent l'ossature mentale et technique ; tous les fonctionnaires sont regroupés par corps et gérer des fonctionnaires, c'est d'abord gérer des corps. Il y a là une spécificité française ; la France est en effet le seul grand pays à avoir une structuration aussi stricte de la gestion de sa fonction publique ; l'Espagne a certes une organisation en corps, mais avec une portée très atténuée.

Cette organisation en corps n'est pas sans avantages, en tant que cadre de référence stable permettant aux agents de connaître leurs perspectives de carrière et aux administrations d'avoir une gestion homogène de leurs personnels ; mais, du fait même de la multiplication des corps, elle rigidifie et éparpille la gestion des agents en la soumettant à autant de régimes et de procédures qu'il y a de corps (11) ; elle freine l'approche fonctionnelle en faisant primer le plus souvent une logique de corps sur la logique fonctionnelle (12) ; elle oppose un frein à la mobilité ; elle limite les possibilités de déconcentration et elle favorise le corporatisme.

- le troisième enjeu réside dans la nécessaire conciliation du droit de la fonction publique avec d'autres branches du droit :

- droit communautaire de la libre circulation, qui impose bien des révisions ou reconstructions, car, partant d'une logique d'emploi et faisant très souvent abstraction des spécificités nationales de fonction publique, il s'articule mal, sous beaucoup d'aspects, avec une fonction publique de carrière et un régime de fonction publique marqué par la particularité de celui-ci ; à titre d'exemple de cette difficile articulation on peut citer : - le problème posé par la conciliation entre une organisation de la fonction publique en corps dont tous les membres ont vocation à occuper les mêmes emplois et la nécessité de distinguer dans beaucoup de ces corps les emplois ouverts à des ressortissants européens et les emplois qui leur sont fermés ; - l'impact potentiel de la libre circulation sur la promotion interne qui constitue un principe de notre système de fonction publique, du fait de la mise en œuvre de la règle de l'équivalence des expériences professionnelles (13); - la délicate question des conditions d'accès à la fonction publique, en cours de carrière, de ressortissants européens ayant démontré, dans leur pays, leur aptitude à exercer les fonctions auxquelles ils souhaitent accéder en France, pour lesquels l'exigence du concours, en tant que moyen de vérifier cette aptitude, est contestée (14) ...

- droit budgétaire résultant de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances du 1er août 2001 qui, se proposant de responsabiliser les gestionnaires sur des programmes, implique nécessairement que ces gestionnaires aient une vraie maîtrise de la gestion de leurs ressources humaines, à tous les points de vue ; il y a lieu de s'attendre par voie de conséquence, à ce que le centre de gravité de cette gestion des hommes se rapproche de la base ; les services déconcentrés sont appelés à en être l'échelon de droit commun, de même que ce sera sur eux que reposera la responsabilité de l'exécution des programmes, ce qui signifie déconcentration la plus complète possible des actes de gestion.

- droit de l'éducation avec la montée en puissance du dispositif de validation des acquis de l'expérience qui conduit à tenir davantage compte de ceux-ci en matière de recrutement, d'avancement ou d'affectation ;

- droit de la décentralisation qui, avec les nouvelles perspectives de transferts de compétences, invite à relativiser davantage encore les frontières qui séparent les fonctions publiques et à faciliter la mobilité. Parce que la fonction publique dans son ensemble est au service de la Nation et que le rapprochement entre fonctions publiques s'avère de plus en plus souhaitable, il est impératif de chercher activement à mettre en place les ajustements de statut adéquats au fait qu'on ne saurait, comme l'histoire l'a suffisamment montré, préjuger définitivement, de la répartition future des compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales.

5. Le Conseil d'Etat est amené, au vu de ces enjeux, à relever la nécessité d'une évolution en profondeur de la fonction publique. Il ne se propose pas de déterminer lui-même ce que devrait être le contenu de cette évolution. Mais il s'efforce de dégager les éléments fondamentaux à prendre en compte, et la ligne directrice susceptible d'être retenue.

S'agissant de cette ligne directrice, il souligne, dans le prolongement de l'essentiel des observations reçues au cours du travail de réflexion qu'il a conduit, qu'elle devrait être d'obtenir une plus grande adaptabilité de la fonction publique à ses missions, tant il est vrai qu'il appartient à la fonction publique de s'adapter à l'évolution des besoins de la puissance publique et de l'usager et non l'inverse. En d'autres termes, il faut moins de rigidités et de frontières, plus de souplesse et plus de fluidité, dans le respect bien sûr des valeurs fondatrices

de la fonction publique, celles en particulier qui garantissent l'impartialité, l'intégrité et le professionnalisme.

S'agissant des éléments fondamentaux à prendre en compte, les considérations générales les synthétisent en cinq grandes questions :

- Quelle particularité du régime applicable aux agents publics par rapport au droit commun du travail ?
- Quelle place pour le contrat dans le droit de la fonction publique ?
- Quelle structure de gestion de la fonction publique de l'Etat ?
- Quel pilotage de la fonction publique ?
- Quel dialogue social dans la fonction publique ?

### 5.1. Quelle particularité du régime des agents publics par rapport au droit commun du travail ?

L'existence d'un régime particulier applicable aux agents publics par rapport au régime de droit commun du travail n'est pas propre à la France ; l'Allemagne, l'Espagne ou la Grande-Bretagne (du moins s'agissant des agents de la Couronne) sont dans la même situation ; essentiellement pour des raisons tenant à l'idée que la puissance publique n'est pas un employeur comme les autres, et que, pour qu'elle puisse faire prévaloir les objectifs d'intérêt général dont elle a la charge, dans le respect des principes du service public, elle doit à la fois bénéficier de prérogatives particulières et être soumise à des obligations spécifiques à l'égard de ses agents (15).

La question est moins dès lors celle du principe de cette particularité que de son champ et de son contenu. Les considérations générales ne manquent pas en ce sens de relever l'évolution vers une approche relativisant les différences entre le droit de la fonction publique et le droit commun du travail, que l'on trouve déjà dans des réflexions du Professeur Jean Rivero datant de 1947 (16) et qui a été tout particulièrement approfondie au cours des années récentes par diverses équipes de chercheurs, en particulier sous la direction de M. Alain Supiot (17); dans cette approche, à l'opposition regardée comme radicale entre fonctionnaire et salarié, se substitue une sorte de construction faite de principes de base identiques et d'une " gamme de statuts " (c'est l'expression de Jean Rivero) nuancant avantages et sujétions selon que l'activité considérée est liée de façon plus ou moins étroite à l'intérêt public.

En France, le champ de la particularité a toujours été conçu largement, sous l'influence de l'école du service public ; ce champ couvre l'ensemble des agents des services publics administratifs (de l'Etat, des collectivités territoriales et des établissements publics), que ces agents soient fonctionnaires ou qu'ils soient contractuels (ceux-ci sont en effet placés sous un régime de droit public qui les fait échapper au droit commun du travail). La situation est moins marquée dans la plupart des pays voisins où l'on trouve en général dans les services publics, à la fois des agents sous statut public de fonctionnaire et des salariés de droit privé : cas de l'Allemagne, où ne relèvent du statut de fonctionnaires que les agents participant à l'exercice de la puissance publique, les autres agents étant placés sous un régime de droit privé dont l'essentiel est défini par des conventions collectives (18); cas de l'Italie où 85 % des agents des administrations publiques se trouvent placés, depuis les réformes de 1993 et 1998, sous un régime de droit privé ; cas de l'Espagne. La Grande-Bretagne présente la situation particulière d'une dissociation selon la nature de l'employeur, les agents de la Couronne (Etat

central) ayant un statut de fonctionnaire (19) et les agents des collectivités locales relevant du droit commun du travail...

Les considérations générales, dans la ligne d'un courant de pensée qui remonte à l'époque de la construction de notre système de fonction publique (voir la distinction entre fonctions d'autorité et fonctions de gestion, développée par le Professeur Berthelemy et reprise par certains parlementaires lors des discussions sur l'éventuelle reconnaissance du droit syndical pour les fonctionnaires (20)) et qui a toujours eu des porte-paroles éminents (Roger Grégoire, premier directeur de la fonction publique, en 1954, dans son ouvrage consacré à la fonction publique ; le club Jean Moulin en 1969 dans un ouvrage intitulé " Pour nationaliser l'Etat "(21) ) , s'interrogent sur les raisons qui pourraient conduire aujourd'hui à revoir ce champ ainsi que sur les difficultés, voire les contre-indications que cela comporte.

Pour ce qui est du contenu de la particularité, les considérations générales commencent par en rappeler le fondement, indiquant : " Le fondement de la particularité est à rechercher dans ce qui est nécessaire à la puissance publique pour pouvoir exercer pleinement ses missions, qu'il s'agisse de ses responsabilités régaliennes classiques, en matière de sécurité, de défense, de justice, ou encore de contrôle et de régulation, ou de la gestion des services publics, et pour que ces missions puissent être remplies dans le respect des exigences du service public ; la particularité a pour objet en ce sens de garantir à tous les citoyens la possibilité de bénéficier d'une administration intègre et impartiale (22) , chargée d'assurer le fonctionnement continu du service public, son égal accès pour tous et son égale qualité sur tout le territoire, et à tous les agents, la possibilité d'assumer leurs missions dans le seul intérêt du service, sans s'exposer à des risques d'arbitraire, de favoritisme ou de vindicte ". Puis l'essentiel des réflexions porte sur l'effectivité de certains des éléments de cette particularité, nécessaires au bon accomplissement du service public : en matière d'obligations de service (pour ce qui est du régime des affectations et mutations, de la polyvalence ou de la place reconnue aux usagers avec la question de la prévention des grèves), de continuité du service (avec la question de la prévention de la grève), de combinaison entre carrière publique et carrière privée (les considérations générales s'interrogent ainsi sur le point de savoir si pour les fonctionnaires exerçant un mandat politique à temps plein, il ne conviendrait pas de limiter la possibilité de détachement à la durée d'un mandat, le fonctionnaire étant, dès le second mandat, mis en disponibilité : on pourrait aussi prévoir qu'une mise en disponibilité intervienne dès la première élection), de droit d'expression... La question de la spécificité des droits à pension est évoquée, sans être pleinement approfondie, en raison de travaux en cours par ailleurs sur la question.

## 5.2. Quelle place au contrat dans le droit de la fonction publique ?

La fonction publique est soumise à un régime statutaire et réglementaire ; elle ne connaît pas le contrat comme source du droit normatif du régime applicable aux agents publics. Les seuls contrats qui peuvent exister sont les contrats individuels, à titre dérogatoire au régime normal applicable aux agents publics, qui est celui de fonctionnaire.

Les considérations générales évoquent dès lors deux questions :

- Une première, déjà traitée dans le Livre blanc élaboré à la demande du ministre chargé de la fonction publique par Jacques Fournier sur le dialogue social dans la fonction publique est relative à la possibilité de faire émerger un droit contractuel, au sens d'accords collectifs,

comme source autonome du droit de la fonction publique, ce qui constituerait une novation importante par rapport aux règles traditionnelles du droit de la fonction publique. Les considérations générales soulignent la profonde évolution des idées qui marquent le sujet, y compris du côté des organisations syndicales, mais elles ne cachent rien des difficultés d'une pareille évolution ; si une ouverture devait intervenir en la matière, le domaine naturel du contrat serait celui des conditions d'exercice des fonctions.

- La deuxième question est relative au développement de contrats individuels, soit par assouplissement du régime actuel dérogatoire qui limite les possibilités de recruter des contractuels, soit par expérimentation pour les fonctionnaires eux-mêmes d'éléments contractuels dans leurs relations avec leurs employeurs. La première formule, celle d'une plus grande faculté de recours aux contractuels, est fortement souhaité par les élus locaux, mais le Conseil d'Etat exprime des réserves diverses, tirées : - premièrement de ce qu'il est contradictoire avec la philosophie de base à l'origine du statut, qui veut que la protection assurée par celui-ci constitue une garantie du bon accomplissement des missions ; - deuxièmement de ce que le recours aux contractuels comporte de réels inconvénients en termes de gestion, à la fois pour les agents qui n'ont pas de perspectives de carrière ni de réelle mobilité et pour les employeurs qui n'ont pas de véritables grilles de gestion de ces agents et qui ne savent bien souvent pas comment faire évoluer leur carrière ou y mettre fin ; - et troisièmement de ce que, s'il est question de libéraliser le recours à des agents contractuels, c'est dans une large mesure dans l'objectif de surmonter la rigidité des règles statutaires, en quelque sorte à titre plutôt d'expédient. On peut se demander si c'est la bonne méthode et s'il ne vaudrait pas mieux assouplir les règles statutaires et supprimer ainsi plus fondamentalement la cause du recours désordonné aux contractuels.

L'expérimentation, pour les fonctionnaires eux-mêmes, d'éléments contractuels dans leurs relations avec leur employeur est relativement novatrice ; elle pourrait porter sur les conditions précises de leur emploi, comme les prémices peuvent s'en rencontrer avec la vogue de ce que l'on qualifie de contrats d'objectifs. Le Conseil d'Etat propose en ce sens d'étudier l'opportunité de contrats individuels d'affectation sur emploi ; il s'agirait, dans la voie nouvelle explorée, d'admettre que le régime juridique applicable à un fonctionnaire en position d'activité puisse découler à la fois de son statut et d'un contrat qu'il a lui-même négocié et conclu avec son autorité gestionnaire.

### 5.3. Quelle structure de gestion pour la fonction publique de l'Etat ?

Sous cette rubrique, les considérations générales s'interrogent sur les dispositions susceptibles d'être prises, s'agissant des structures de gestion de la fonction publique de l'Etat, pour faciliter une gestion fonctionnelle accordant toute sa place aux notions d'emplois, de métiers et de compétences (23), c'est-à-dire donnant toute sa portée à la séparation du grade et de l'emploi(24) .

Deux orientations sont plus spécialement approfondies qui respectent toutes les deux le principe d'une fonction publique de carrière et de la distinction du grade et de l'emploi et ne mettent donc pas en cause les règles de base de la fonction publique.

La première part du maintien de l'organisation actuelle faite d'une structure par corps tous dotés de statuts particuliers, au sens classique du terme ; l'objectif recherché est atteint, dans la ligne de la politique de gestion de ressources humaines (GRH) d'ores et déjà actuellement

conduite, au travers d'un ensemble de mesures destinées à assouplir les contraintes d'une telle organisation : ainsi par exemple par la systématisation des fusions de corps, en premier lieu entre corps d'administration centrale et corps de services déconcentrés, mais aussi entre corps homologues au sein d'un même service ou d'un service à l'autre ; ou par le recours accru au régime des statuts d'emploi ; ceux-ci ont l'avantage de permettre de doter certains emplois présentant une certaine spécificité d'un régime particulier, à la fois d'accès (ce qui offre la possibilité de les ouvrir à des agents venant de corps différents), de rémunération, de conditions d'exercice (durée prédéterminée...) ; ainsi pour les emplois de chef de service ou de sous-directeur d'administration centrale ou pour de nombreux emplois de chef de services déconcentrés. Ces mesures doivent faciliter la " greffe " d'une GRH sur la gestion administrative et statutaire.

La seconde orientation consiste dans la mise en place d'une organisation fondée sur le principe d'une structure par cadres de fonctions, déterminés par grandes filières professionnelles nécessaires aux missions de l'Etat, et par niveaux de fonctions inhérents dans chaque filière à l'exercice de ces missions. Dans ce cas, comme dans le précédent, les agents continuent à bénéficier d'un grade dans lequel ils sont titularisés et il y a séparation du grade et de l'emploi ; mais la place donnée à l'emploi se trouve renforcée ; le cadre de fonctions peut d'ailleurs être regardé comme un corps à vocation élargie, car il permet l'accès à un plus grand nombre d'emplois ; mais en même temps, la situation des agents n'est plus déterminée par la seule évolution de leur grade, mais aussi par les emplois occupés ; et la gestion fonctionnelle des personnels tient au moins autant de place dans la politique de gestion de ceux-ci, et en réalité plus, que la gestion administrative et statutaire. Dans cette hypothèse, la loi disposerait que les fonctionnaires appartiennent, non plus à des corps au sens classique du terme, mais à des " cadres de fonctions " déterminés comme indiqué plus haut. Elle prévoirait qu'un décret fixe le nombre et la dénomination des filières professionnelles et détermine, pour chaque filière, le nombre et la dénomination des " cadres de fonctions " ainsi que le statut particulier de chacun d'eux. L'objectif serait donc d'abord d'aboutir à la détermination, pour l'ensemble des administrations, de moins de 50 " cadres de fonctions " destinés à remplacer près d'un millier de corps actuels, à partir de l'identification des grandes filières professionnelles nécessaires aux missions civiles de l'Etat (de l'ordre de sept ou huit maximum : administration générale, administration financière, ingénierie et services techniques, enseignement et recherche, secteur médico-social, sécurité, culture...) et de la définition des niveaux de fonctions à assurer dans chaque filière (de l'ordre de 4 à 5 dans une première approche). L'objectif serait ensuite d'aboutir à un seul décret par filière professionnelle, qui déterminerait le statut particulier des cadres de fonctions de la filière. Ces décrets " de filière " seraient élaborés sous l'égide de la DGAFP et d'une administration chef de file, qui auraient la responsabilité de faire évoluer la réglementation et d'assurer la cohérence d'ensemble de la gestion des membres des différents cadres de fonction d'une administration à l'autre.

Les différentes fonctions à assumer seraient fixées pour chaque grand secteur d'administration (en principe chaque département ministériel), par filière professionnelle et par cadre de fonctions. Cette opération clé de définition des fonctions, qui devrait concrétiser le travail de programmation prévisionnelle des emplois et des compétences demandé depuis longtemps dans toutes les administrations, devrait intervenir, pour que la cohérence d'ensemble de l'administration soit sauvegardée, sur la base d'une directive-cadre du Premier Ministre précisant les modalités de définition de ces fonctions. Au besoin, elle pourrait être réalisée dans le cadre d'un accord passé avec les organisations syndicales représentatives.

Cette structure de gestion de la fonction publique, qui combine éléments statutaires et éléments fonctionnels, est susceptible pratiquement d'être appliquée à l'ensemble de la fonction publique d'Etat entrant actuellement dans le champ du statut général, voire même d'être étendue aux fonctions publiques territoriale et hospitalière, comme on le montrera plus loin.

Quelle que soit l'orientation retenue, le passage d'une gestion administrative à une vraie gestion des ressources humaines suppose des évolutions profondes dans les conditions de recrutement, de formation ou de déroulement de carrière des agents.

Les considérations générales insistent sur la nécessité en ce sens de favoriser le développement de la promotion professionnelle, de mieux prendre en compte le fait que la fonction publique peut être une 2ème ou 3ème carrière professionnelle, après une expérience professionnelle dans un autre secteur d'activité, ou encore de faciliter l'accès à la fonction publique en cours de carrière sur la base d'autres formes de sélection que le concours sur épreuves classique. Elles soulignent que si la fonction publique entend réussir une telle mutation, il est capital qu'elle change sa vision de la formation, en ne focalisant plus son attention et ses moyens financiers sur la seule formation initiale en école administrative ou sur une formation continue tournée vers la préparation des concours et reproduisant en fait les caractéristiques de la formation initiale ; elle doit consacrer aussi ses efforts à une formation continue renouvelée, proche des réalités et des besoins professionnels des agents comme de l'administration. Ce sera la meilleure réponse à ceux qui craignent que la gestion fonctionnelle se borne à être une gestion " par " la compétence (en somme une marche vers une fonction publique d'emploi) et non " pour " la compétence (par valorisation des compétences des agents en place). Les considérations générales examinent également sur les modalités d'une plus grande reconnaissance du mérite dans la gestion des agents. Il ne s'agit pas de revenir à l'approche relativement simpliste du statut de 1946 prévoyant des primes de rendement, notamment pour les agents ou groupes d'agents "ayant dépassé au cours de l'année considérée, les normes de rendement fixées pour chaque administration ou service par le ministre intéressé", mais de mettre en place, dans le cadre d'une GRH plus active et personnalisée, des mécanismes valorisant les savoir-faire et l'implication dans le travail.

L'encadrement supérieur a une responsabilité toute particulière dans la conduite de ces changements et les considérations générales évoquent diverses pistes susceptibles d'aider l'encadrement supérieur à l'assumer, en particulier par un meilleur suivi des carrières de cet encadrement.

#### 5.4. Quelle architecture et quel pilotage pour l'ensemble de la fonction publique ?

Deux types de problèmes sont examinés sous cette rubrique ; le premier concerne l'organisation d'ensemble de la fonction publique et le second la gestion de chaque fonction publique.

S'agissant de l'organisation d'ensemble de la fonction publique ou de l'articulation entre les fonctions publiques, la question est celle du degré d'unité entre celles-ci. En la matière, on trouve à l'étranger des modèles contrastés ; en Allemagne, malgré le régime fédéral d'organisation de l'Etat, on constate une intégration de plus en plus marquée du droit applicable à la fois au Bund, aux Länder et aux communes ; en Espagne, l'évolution pousse au contraire à une dissociation, et les communautés autonomes qui emploient la moitié des

effectifs de la fonction publique espagnole veulent user à plein des dispositions de la loi du 2 août 1984 qui leur reconnaît expressément le pouvoir "d'aménager à travers une loi de leurs assemblées législatives respectives leur propre fonction publique". En France, le système de fonction publique est fondé sur une approche unitaire, chaque fonction publique ayant toutefois des règles spécifiques, dans le cadre de ce que l'on a appelé une fonction publique à trois versants. Il existe une demande de davantage d'échanges et de mobilité entre les fonctions publiques. Si l'on veut avancer en ce sens, les considérations générales observent que dans une hypothèse de cadres de fonctions, on pourrait concevoir que ceux-ci soient communs pour l'ensemble des emplois financés sur fonds publics. La spécificité de chaque fonction publique se traduirait par quelques règles normatives particulières et surtout par une définition des emplois ou des fonctions propre à chaque fonction publique. On aboutirait ainsi à une sorte de fonction publique fédérative.

Pour la gestion d'ensemble de cette fonction publique de l'Etat, territoriale et hospitalière, la réflexion conduit à conclure à la nécessité de maintenir un fort pilotage aux mains de l'Etat, pour éviter les tendances centrifuges, toujours difficiles à contenir, comme le montre tout particulièrement le cas de l'Espagne. Toutefois la question est à nouveau posée de la participation des différentes catégories d'employeurs au pilotage du système de fonction publique, en particulier des employeurs territoriaux ; les considérations générales évoquent l'hypothèse de la mise en place d'une "conférence des employeurs publics", qui serait réunie régulièrement autour du ministre chargé de la fonction publique et permettrait aux employeurs publics de fonctionnaires, autres que l'Etat, d'exprimer leur point de vue. Cette conférence pourrait être le lieu, avant l'ouverture des négociations salariales, d'un débat, éclairé par des travaux d'experts, sur les orientations souhaitables, compte tenu de la situation économique générale et de celle des finances publiques des différents employeurs publics.

Deuxième type de problème soulevé par cette question de l'architecture et du pilotage de la fonction publique, celui du pilotage de chaque fonction publique. Les considérations générales évoquent essentiellement, s'agissant de l'Etat, deux thèmes, celui du pouvoir reconnu au ministre et celui de la déconcentration. Pour ce qui est des pouvoirs reconnus aux ministres, l'objectif est de mieux concilier cohérence d'ensemble qui suppose un pouvoir de coordination puissant du Premier Ministre, s'appuyant sur la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), et responsabilité opérationnelle des ministres. Pour ce qui est de la déconcentration, les considérations insistent sur le fait qu'elle constitue un enjeu majeur de la réussite d'une modernisation de la gestion de la fonction publique, tout en admettant que la situation actuelle est celle d'une pratique très différente selon les ministères, et au total assez limitée, à l'exception partielle de l'éducation nationale. Elles avancent des orientations susceptibles de permettre de progresser, notamment la fusion de corps ou l'organisation de la gestion à partir d'une conception élargie des corps et la modification du ressort des commissions administratives paritaires.

S'agissant du pilotage de la fonction publique territoriale, le thème principal évoqué est celui, récurrent, de la représentation collective des employeurs publics locaux, dont les considérations générales notent qu'il ne devrait plus pouvoir être éludé longtemps.

## 5.5. Quelle organisation du dialogue social dans la fonction publique ?

Sur ce point, les considérations générales partent des réflexions du Livre Blanc de janvier 2002 sur le dialogue social dans la fonction publique, élaboré à la demande du ministre de la

fonction publique, sous la responsabilité de Jacques Fournier et elles traitent déjà de la question de la représentativité : elles soulignent l'intérêt de la proposition de mettre fin au dispositif faisant des élections aux CAP des différents corps la base de la représentativité des organisations syndicales dans les CTP et au conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat ; ce mode de détermination de la représentativité paraît faire en effet la part trop belle au corporatisme que véhiculent naturellement les corps ; elles préconisent des élections par service.

Elles s'interrogent ensuite sur l'évolution possible des organismes consultatifs dans la fonction publique française, par référence à ce qui se passe à l'étranger par exemple avec les comités du personnel allemands et les comités dits " Whitley " de Grande-Bretagne, dont il résulte que la représentation et l'expression des personnels sont assurées, qu'il s'agisse des questions générales ou des questions d'ordre individuel, par les mêmes organismes. S'agissant spécifiquement de l'Etat, elles s'interrogent sur l'intérêt de modifier le ressort des CAP, de façon à déconnecter celles-ci des corps, par exemple en prévoyant, ainsi que cela existe à la fonction publique territoriale, des CAP par grandes catégories d'agents, A, B et C. Elles rappellent que le statut de 1946 était muet sur le ressort des CAP, renvoyant à un décret en forme de règlement d'administration publique le soin de le préciser en fonction des caractères propres de chaque administration (25).

Enfin, les considérations générales évoquent l'objet même du dialogue social pour souligner la nécessité de l'enrichir et de renforcer sa portée ; elles parlent d'un " saut qualitatif " à effectuer en la matière, soulignant que les esprits évoluent sur le sujet, et qu'il y a une vraie attente globale, même si son mode d'expression n'est pas toujours identique, que soit renouvelé "le contrat social " de fait qui unit la fonction publique à la Nation. Ce contrat social était fondé en 1946 sur l'idée "de faire jouer un rôle moteur à l'Etat pour moderniser le pays, de rationaliser le mode de gestion de ses agents et de fournir à chacun d'entre eux un ensemble de garanties individuelles et collectives pour qu'ils s'engagent activement dans la reconstruction puis dans la croissance économique "(26) . On peut y ajouter aujourd'hui l'idée de "la participation concrète, active, efficace des agents à la vie de la nation, aux défis qu'elle affronte dans le monde dans et avec l'Europe", et le constat que les collectivités territoriales jouent parfois aussi un rôle moteur aux côtés de l'Etat, changements de circonstances qui conduisent à ouvrir le débat sur l'opportunité ou non d'aménagements de niveau législatif au statut général. Cependant le sens de tels aménagements ne peut être que de " renouveler " le lien qui unit la fonction publique à la Nation, de la solidité duquel les organisations syndicales, comme l'Etat et les collectivités territoriales, ont à être les garants.

1. Au sens de " situation juridiquement protégée ", comme le souligne le rapport de M. Jules Jeanneney, député, au nom de la Commission de l'administration générale, départementale et communale, des cultes et de la décentralisation, chargée d'examiner le projet de loi sur les associations de fonctionnaires, (Journal Officiel, Chambre des Députés, 2ème séance ordinaire du 11 juillet 1907), " La situation des fonctionnaires... n'a de valeur que si elle n'est point précaire, que si elle est à l'abri des fantaisies, des injustices, de l'arbitraire toujours possible du pouvoir, que si elle est gouvernée par des règles fixes dont le respect soit assuré, que si, pour tout dire en un mot, le fonctionnaire peut opposer au pouvoir son droit et si la fonction publique est, suivant le mot de Ihering, "juridiquement protégée ".

2. Notamment à la demande du Parlement qui dès 1850 s'est préoccupé de ce que " des règlements d'administration publique déterminent les conditions d'admission et d'avancement pour tous les services publics... " (loi du 5 juillet 1850 ; voir dans le même sens la loi du 29 décembre 1882).

3. Cette approche connaîtra une certaine officialisation avec la proposition de loi dite " Allard " du nom du député socialiste qui l'a déposée le 1er juillet 1909 et qui prévoit que "le statut spécial à chaque fonction (rémunération, avancement, conditions du travail, discipline) sera établi d'un commun accord par les représentants de l'Etat et les représentants du syndicat ou de l'association des fonctionnaires de la catégorie intéressée ", même si le projet ajoute que " le statut spécial résultant de l'accord intervenu sera inséré au Journal Officiel en la forme d'un décret portant règlement d'administration publique " (loi du 5 juillet 1850 ; voir dans le même sens la loi du 29 décembre 1882.

4. On doit par contre relever la forte pression du Parlement pour que soit établi un tel statut ; de nombreuses propositions complètes de statut ont été examinées en commission à la fin du XIXème et au début du XXème siècle ; voir en particulier les propositions des 2 avril 1904 et du 11 mars 1907, qui ont donné lieu à des rapports très exhaustifs respectivement de M. Chaigne et de Jules Jeanneney, députés ; c'est largement sous cette pression du Parlement qu'ont déposés les deux projets de loi les plus significatifs émanant du Gouvernement, celui de Georges Clémenceau et celui d'Alexandre Millerand, respectivement les 25 mai 1909 et 1er juin 1920.

5. Par statut de la fonction publique, il faut entendre à la fois les dispositions législatives et réglementaires constitutives du statut général, mais aussi les textes spécifiques à chaque statut particulier et la grille de rémunération.

6. Sur ces éléments statistiques, se reporter aux remarquables travaux de l'Observatoire de l'emploi public, constitué auprès de la DGAFP, rapports annuels juin 2001 et octobre 2002.

7. Voir à titre de réflexion d'ensemble, le rapport de la Mission sur les responsabilités et l'organisation de l'Etat, présidée par Jean Picq et dont le rapporteur général était Jean-Ludovic Silicani, mai 1994. Voir également sur le sujet, " La gestion des ressources humaines publiques à l'heure de la performance ", Institut de l'entreprise, janvier 2003.

8. Commissariat général du plan, " Fonctions publiques : enjeux et stratégie pour le renouvellement ", sous la direction de Bernard Cieutat, La Documentation française, mars 2000.

9. On entend par-là qu'elle se trouve consacrée pour l'essentiel à l'application impersonnelle de normes et de procédures, abstraction faite, en trop large partie, du profil des agents, des emplois à pourvoir et des objectifs du service, qui constituent pourtant les bases d'une gestion des ressources humaines.

10. Roger Grégoire " La Fonction publique ", Armand Colin, p.71 et 84. L'auteur ajoute encore : " En droit, l'Etat est maître des règles applicables à la fonction publique. En fait, ces règles sont conçues de manière à orienter et à restreindre les pouvoirs de l'Administration (...) ; s'agissant des statuts particuliers, il relève : " La tendance générale est d'insérer dans les statuts des règles aussi complètes et précises que possible (...) Les intéressés sont garantis non seulement contre l'arbitraire, mais même contre l'imprévu (...) Les chefs de service partagent trop souvent les préoccupations des personnels : ils préfèrent être liés par un texte plutôt que d'avoir à choisir ".

11. A titre d'exemple, on dénombre 23 corps pour la seule Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, qui compte 7.000 agents ; 15 corps pour 25000 agents à l'administration pénitentiaire ; une quarantaine de corps pour 18.000 agents, au ministère de la culture ; 18 corps pour les 28.000 agents des préfectures ; chaque greffe d'un tribunal de grande instance compte 8 corps ; les fonctions techniques de la police nationale (transmissions, immobilier, imprimerie,...) sont remplies par des agents appartenant à 9 corps dont 6 en catégorie C, les personnels des bibliothèques universitaires se répartissant en 7 corps pour 5 000 personnes.

12. Cette réalité est bien mise en évidence par le rapport de Serge Vallemont sur les retraites des fonctionnaires, réalisé à la demande du Conseil d'orientation des retraites, en novembre 2001, lorsqu'il aborde la question du classement des emplois dans la catégorie dite B, au sens

du Code des pensions civiles et militaires de retraite, dont les détenteurs peuvent bénéficier de la jouissance immédiate de la pension à 55 ans. Le Code des pensions prévoit que sont rangés dans la catégorie B "les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles". La solution adoptée pour la mise en œuvre de ce classement a été de raisonner par corps.

13. Dans sa communication interprétative du 11 décembre 2002, la Commission n'admet que les procédures qu'elle qualifie de "recrutement interne" ne soient pas ouvertes aux travailleurs immigrants que pour autant que "les ressortissants nationaux qui ne travaillent pas dans le même service du secteur public ne sont pas non plus autorisés à postuler pour ce genre de poste ou de concours".

14. Dans sa communication du 11 décembre 2002, la Commission s'exprime ainsi sur cette question : "Un problème particulier se pose avec les concours destinés à recruter des personnes pour une formation donnée à l'issue de laquelle cette personne recevra un emploi dans le domaine concerné du service public (par exemple, l'éducation et la santé). Les travailleurs migrants de l'Union européenne qui sont déjà pleinement qualifiés dans ce domaine doivent être dispensés de la formation compte tenu de la formation et de l'expérience déjà acquises dans leur Etat membre d'origine. La Cour réfléchit actuellement, dans le cadre d'une question préjudicielle, à la question de savoir si ces travailleurs migrants peuvent ou non être soumis au même concours".

15. A titre de témoignage les plus significatifs de cette conception, voir Georges Clémenceau dans une lettre aux délégués des instituteurs : "aucun gouvernement n'acceptera jamais que les agents des services publics soient assimilés aux ouvriers des entreprises privées, parce que cette assimilation n'est ni raisonnable ni légitime".

16. Jean Rivero : "Vers la fin du droit de la fonction publique", Dalloz, 1947 - chronique XXXVIII.

17. "Le travail en perspectives", sous la direction d'Alain Supiot, LGDJ, p. 347.

18. Il existe en particulier une convention collective fédérale des employés d'administration et une convention collective cadre des ouvriers de la Fédération et des Länder, négociées entre les syndicats de la fonction publique et les employeurs, Fédération, Länder et communes. Les employés et ouvriers représentent un peu plus de 3 millions d'agents et les fonctionnaires (hors juges), un peu moins de 1,6 millions.

19. La fonction publique d'Etat relève en fait de l'exercice de la prérogative royale ; elle se trouve soustraite de ce fait au droit commun et n'est pas régie par des lois, mais par la tradition, la Unwritten Constitution. Il n'existe pas de définition légale de la fonction publique, ni un véritable droit, mais une série d'actes réglementaires et de coutumes.

20. Ainsi Louis Barthou, favorable à cette reconnaissance du droit syndical pour les fonctionnaires, a en effet suggéré, dans son rapport établi en 1903, au nom de la commission du travail, sur les modifications à apporter à la loi de 1884, et pour faire mieux passer son idée, qu'il soit fait une distinction entre les fonctionnaires proprement dits, auxquels serait refusé le droit de se syndiquer, et les employés et ouvriers de l'Etat, des départements et des communes, auxquels le droit serait reconnu. Pour lui, les premiers étaient des agents "qui ont une part de l'autorité publique, c'est-à-dire ceux qui ont le droit de commander et de prendre des décisions en vertu d'une délégation de l'autorité publique" et les seconds "ceux qui accomplissent des besognes purement exécutives et techniques, les employés de bureau, les commis, les employés de chemin de fer, de l'Etat des postes et télégraphes, les professeurs, les ingénieurs, les archivistes". En 1919, le Sénat votera un texte allant dans le même sens, disposant que la loi du 21 mars 1884 est applicable "aux employés et ouvriers de l'Etat, des départements, des communes et des établissements publics qui ne détiennent aucune portion de la puissance publique", Sénat, séance du 19 avril 1919, J.O. Sénat, 20 avril, p. 670.

21." Ne faudrait-il pas d'abord cesser de sacraliser automatiquement tout agent de l'Etat, ce qui a pour effet de constituer une masse croissante et indistincte de personnes dotées d'un statut particulier, d'attributs séparateurs ? Toute fonction exercée aux frais de l'Etat ne nécessite pas que celui qui l'exerce soit revêtu de cette dignité sacerdotale, avec les garanties et les servitudes qu'elle comporte. Beaucoup de tâches accomplies pour le compte de l'Etat n'ont besoin ni de la sublimation, ni de la protection, ni des restrictions que comporte l'action de la puissance publique. Ne pourraient-elles être confiées à des agents ayant les mêmes qualifications que ceux des organismes privés et liés à leur employeur par le même type de contrat ? Ainsi éviterait-on de créer dans une même spécialité deux catégories de professionnels -la publique, la privée- et de rendre si mal aisé le passage de l'une à l'autre. Ainsi beaucoup plus de citoyens auraient-ils vocation à participer à la fonction publique et le feraient-ils, à tel ou tel moment de leur carrière, sans être obligés d'entrer dans les ordres ou de défroquer. Les hommes de l'Etat proprement dits pourraient être beaucoup moins nombreux. Cette qualification serait réservée à deux sortes de fonctionnaires. D'une part à ceux dont le rôle est une magistrature, comprise au sens le plus large et qui doivent être mis " à l'abri de l'arbitraire du pouvoir, de la pression des intérêts. D'autre part, à ceux qui ont pour mission d'appliquer une politique, d'opérer des synthèses dans le commandement et qui doivent disposer d'une autorité spéciale ... " Réflexion d'un groupe d'études, " Pour nationaliser l'Etat ", éd. du Seuil, 1968.

22.Le Conseil d'Etat a rappelé ainsi que l'impartialité s'impose à toutes les autorités administratives (CE, 5 mai 1995, Buruchaga, p. 197).

23.Sur la modernisation de la gestion des ressources humaines dans la fonction publique, voir " Gestion des ressources humaines dans l'administration ", rapport au Ministre chargé de la fonction publique, Serge Vallemont, La Documentation française, 1999 ; et " Gestion dynamique de la fonction publique : une méthode ", rapport du groupe présidé par Serge Vallemont, Commissariat général du plan, mai 2000.

24.Sur l'importance de cette notion, voir cette réflexion d'un ancien directeur de la fonction publique, "Il ne faut pas oublier que la fonction publique a un moyen technique qui fait partie de son système et qui doit lui donner de la souplesse ; c'est le système de l'emploi. J'ai essayé depuis six ans de faire tout mon possible avec, sur certains plans, un succès relatif, pour développer la notion d'emploi. Si l'on veut que la séparation du grade et de l'emploi ait un sens, soit autre chose qu'une subtilité juridique, il faut qu'elle serve... ; autrement dit, qu'il soit possible de garantir à un agent qui est entré dans la fonction publique, la sécurité de carrière, mais étant entendu que la sécurité de carrière ne signifie pas du tout qu'il occupera le même emploi ; elle concerne son grade et non son emploi. Il est souhaitable que, pendant sa carrière, protégé par son grade, il tienne plusieurs emplois qui, eux, seront précaires ; car c'est cela l'intérêt de la séparation du grade et de l'emploi ; le grade garantit au fonctionnaire la sécurité ; il ne peut en être privé que pour des raisons disciplinaires ... ; l'emploi par contre est précaire ; on y appelle quelqu'un parce qu'il paraît capable de tenir le poste et puis si, à un moment, il n'est plus capable de le tenir, il perd l'emploi, mais il retrouve le grade", Marceau Long, cours donné à l'ENA, mars-avril 1967.

25.L'article 20 du statut dispose que "dans chaque administration ou service, le ministre intéressé institue par arrêté... une ou plusieurs CAP". Et un commentateur éclairé du statut de 1946 a pu s'interroger (François Gazier, rec. Dalloz 1947, p. 177) sur le "ressort de ces commissions".

26.Jean-Baptiste de Foucauld "Le statut, les missions de l'Etat et l'évolution de la société ", Revue administrative, numéro spécial 1996.

**6) Exemple de contrats  
avec un praticien hospitalier**

# Contrat public entre un médecin et l'hôpital

## **1<sup>ère</sup> partie : le statut**

- Temps plein – temps partiel – assistant... :
- Echelon :
- Participation à la permanence des soins, garde, astreinte

## **2<sup>ème</sup> partie : les fonctions**

- Pôle de rattachement :
- Spécialité :
- Sites d'activité : mono – multi
- Responsabilités – Profil du poste
- Activités d'intérêt général
- Participation aux PHRC

## **3<sup>ème</sup> partie : la rémunération**

- Référence à la grille salariale
- RTT : mode de gestion
  - congés
  - CET
  - Rémunération
- Intéressement à l'activité publique
- Activité libérale
- Indemnité de fonction

## **4<sup>ème</sup> partie : l'évaluation**

- Evaluation par rapport au profil du poste
- Engagement à accepter l'évaluation de ses pratiques par les pairs (dans le cadre de l'ANAES)
- Tableau de bord de suivi d'activité

## **5<sup>ème</sup> partie :**

En cas de non respect des clauses de contrat :

- le praticien hospitalier pourra engager un recours hiérarchique auprès du Ministre ;
- le Directeur, le Président de CME, et le responsable de pôle engageront la mise hors cadre au centre de gestion ou la procédure disciplinaire.

# Contrat privé entre un médecin et l'hôpital

## **1<sup>ère</sup> partie : La fonction et profil du poste**

- Durée des vacances
- Type d'activité
- Lieu d'exercice

## **2<sup>ème</sup> partie : La rémunération**

- Base horaire
- Base acte avec reversement
- Régime d'astreinte ou gardes

## **3<sup>ème</sup> partie : La durée du contrat**

## **4<sup>ème</sup> partie : Les conditions de résiliation**

## **7) Les achats et le code des marchés publics**

**Rapporteur : Mr STORPER**

<b>Groupe de Travail : Régime budgétaire et délégation de gestion dirigé par : Mr Denis DEBROSSE</b>			
Monsieur	Yves	BLOCH	Directeur Clientèle et Finances CHU Rouen
Monsieur	J.	BOUFFIES	Directeur DH Rambouillet
Docteur	Stanislas	JOHANET	Anesthésie Réanimation Hop. A. Trousseau Paris
Monsieur	J. Patrick	LAJONCHERE	Directeur DHU Louis Mourier Colombes
Monsieur		LE MOIGN	Directeur Adjoint des Affaires Médicales CHU Nantes
Monsieur	Jean Jacques	MONTEIL	Directeur Général IMM Paris
Monsieur	Claude	STORPER	Directeur Equipements Logistique CHU Montpellier
Monsieur	Yvan	PERARD	Chargé de Mission ARH Paris

## LES ACHATS

### ANNEXE

**Recommandation : les Etablissements Publics de Santé sont seulement soumis à la Directive unique.**

Dans cette hypothèse, les EPS doivent respecter les obligations permanentes applicables aux marchés publics rappelées par les Directives Européennes.

Avantages : La soumission à la Directive unique allège sensiblement les règles de passation des marchés avec des seuils plus élevés et moins nombreux (2), une diminution du nombre de procédures et plus de référence à l'utilisation d'une nomenclature.

Ces avantages doivent permettre une plus grande réactivité des achats, une efficacité accrue et une performance économique améliorée.

Les EPS sont conscients que l'utilisation de règles moins nombreuses et moins contraignantes nécessite de la part des Directeurs, une plus grande vigilance.

Cette responsabilité, revendiquée par les EPS, va dans le sens d'une gestion plus moderne et conforme à une logique de performance fondée sur un management contractuel par objectifs. Les résultats seront désormais appréciés à posteriori par les différents corps de contrôle concernés et sous le contrôle du juge.

En interne, il appartiendra à chaque EPS de définir très précisément une charte de l'organisation interne des achats.

Elle rappellera le respect des grands principes fondamentaux définis par les Directives Européennes et la jurisprudence.

Elle décrira sous forme de procédures, la nécessité impérieuse d'une bonne définition préalable des besoins et le respect des obligations de publicité et de mise en concurrence.

Cette charte définira les indicateurs de mesure et d'évaluation permettant la mise en place d'actions correctives si nécessaire.

Elle insistera sur l'obligation d'assurer une parfaite traçabilité du déroulement de toute la procédure d'achats.

Une vigilance particulière devrait être réalisée pour tous les achats au-dessous des seuils européens qui ne seraient plus soumis au Code des Marchés Publics, ni aux procédures formalisées de la Directive.

En effet, la Commission Européenne réaffirme constamment que les marchés publics passés en dessous des seuils quoique peu formalisés doivent être conformes aux

règles fondamentales du Droit Communautaire, à savoir la non-discrimination, la transparence, celle-ci étant assurée par un degré de publicité adéquat et une mise en concurrence préalable.

L'acheteur doit pouvoir attester du respect de ces trois règles.

<b>2<sup>ème</sup> solution : les Etablissements Publics de Santé restent soumis au Code des Marchés Publics.</b>
---

De nombreux aménagements doivent être apportés :

### **Article 8 : Groupement de Commande**

Le constat : Cet article, l'un des rares à ne pas être dépendant d'un texte d'application et novateur pour faciliter le développement d'achats groupés, a posé paradoxalement de très importantes difficultés d'application, notamment pour les EPS de petite dimension. La majorité des anciens groupements de commande ne s'est pas reconstituée dans le nouveau cadre juridique.

Propositions : Dans l'hypothèse du coordonnateur mandataire, prévoir la possibilité, dans le cadre de la convention constitutive, de déléguer l'exécution du marché à la PRM de chaque adhérent du groupement pour ce qui le concerne.

Dans l'hypothèse du coordonnateur non mandataire, le mode de composition de la Commission d'Appel d'Offres pourrait être revu, faute de quoi des problèmes de quorum peuvent se poser.

### **Article 10 : Allotissement**

Le constat : L'impossibilité de présenter des offres variables pénalise l'efficacité économique de l'achat sans favoriser pour autant l'accès des PME aux marchés publics.

Propositions :

1<sup>ère</sup> solution : nouvelle rédaction de l'article 10 alinéa 4 « Les offres sont examinées lot par lot. Les candidats peuvent présenter des offres variables, selon le nombre de lots susceptibles d'être obtenus. Ces offres ne seront examinées que dans l'hypothèse où les offres initiales seraient les mieux classées, à l'issue de l'analyse séparée de chaque lot ».

2<sup>ème</sup> solution : les EPS sont exclus explicitement du champ d'application de l'article 10 alinéa 4 « Les candidats ne peuvent pas présenter des offres variables... sauf dans le cadre des procédures de mise en concurrence engagées par les EPS. »

### **Article 27 : Application de la nomenclature**

Le constat : L'application pratique de la nomenclature est, pour les acheteurs, la principale difficulté du Code des Marchés Publics. Trop complexe, incomplète, source de nombreuses interprétations divergentes, absence totale de souplesse...

Compte-tenu des montants d'achats atteints par un grand nombre d'établissements publics, le recours à l'appel d'offres devient obligatoire en application de la nomenclature. Cette utilisation systématique de la procédure la plus lourde et la plus longue (délai moyen de 6 mois entre l'avis d'envoi à la publicité et l'envoi du bon de commande aux fournisseurs !) s'impose alors à tous les achats au sein d'une même famille homogène. Il ne devient plus possible de gérer dans des délais corrects des achats de faible montant qui peuvent pour certains correspondre à la satisfaction de

besoins nouveaux, sans relancer un nouvel appel d'offres. La continuité de l'approvisionnement hospitalier peut en conséquence ne plus être assurée, et ce cas de figure n'est pas théorique.

Propositions : Plusieurs propositions peuvent être faites tout en conservant le respect impératif de deux principes :

- 1- L'importance de la définition préalable des besoins. L'acheteur doit apprécier de manière anticipée et précise ses besoins.
- 2- L'acheteur doit éviter le « saucissonnage » des marchés et ne pas contourner le respect des seuils de mise en concurrence.

La solution la plus extrême mais la plus réaliste serait de supprimer toute référence à une nomenclature en gardant pour les marchés de travaux, la référence à la notion d'ouvrage ou d'opération, et pour les fournitures ou services les notions de prestations ou fournitures analogues.

D'autres propositions sont envisageables :

- Créer une nomenclature spécifique aux EPS, notamment pour les fournitures médicales et pharmaceutiques (consommables et équipements) et compléter la nomenclature actuelle pour d'autres catégories d'activités, dont certaines ne sont pas couvertes.
- Donner la possibilité aux EPS de disposer, pour chaque famille homogène, d'un montant d'achats relevant des dispositions des marchés sans formalités préalables, permettant de faire face à la diversité des achats hospitaliers.

#### **Article 28 - 32 - 33 : Les seuils**

Le constat : Si les seuils ont été relevés, leur application pratique est très fréquemment liée à l'utilisation de la nomenclature à travers les compteurs (à l'exception de l'opération unique).

Propositions : Le relèvement des seuils, en cours d'étude dans la perspective de la directive unique, donnerait une marge de manœuvre plus importante.

#### **Article 33 : Appel d'offres et négociation**

Le constat : L'appel d'offres est la procédure d'achat de droit commun. La négociation est impossible sauf cas particuliers (conception/réalisation, marchés sur performances...).

Cependant, plusieurs types de marchés spécifiques aux EPS font l'objet d'une réelle concurrence (équipements médicaux, fournitures médicales stériles...). Il s'agit de marchés complexes où une négociation « sous contrôle » de la Commission d'Appel d'Offres améliorerait systématiquement l'efficacité économique de l'achat.

Propositions : Après le classement des offres réalisé par la Commission d'Appel d'Offres, et dans l'hypothèse où deux ou plusieurs offres sont jugées équivalentes au vue des critères explicites et hiérarchisés du jugement des offres, il pourrait être demandé aux candidats concernés de faire de nouvelles propositions avec un nouveau délai de remise des offres.

#### **Article 35 : Marchés Négociés**

Le constat : Le recours à la procédure négociée sans publicité pour les marchés complémentaires est une procédure intéressante mais dont le montant est limité à 33%.

Propositions : Les Directives Européennes limitant ce montant à 50% du marché principal, il est demandé à bénéficiaire de ce seuil.

## Le cas particulier de la recherche et de l'innovation

Le constat: Dans certains EPS, et notamment les Centres Hospitaliers Universitaires, les délégations ou directions de la recherche clinique se sont fortement développées depuis quelques années.

Le fonctionnement au quotidien de ces protocoles suppose nécessairement l'achat et l'approvisionnement de fournitures et prestations de services spécifiques à la recherche et référencées dans la nomenclature recherche.

Afin de ne pas être confronté aux problèmes d'application de l'article 27 liés aux procédures et aux délais d'achat récurrents, qui sont totalement inadaptés au domaine de la recherche, il est proposé, à l'instar du décret 2002-251 du 22 février 2002 applicable aux établissements publics spécifiques et technologiques, des dispositions spécifiques aux achats de recherche clinique.

Propositions : Considérer un protocole de recherche comme un ensemble unique.  
Utiliser la nomenclature relative aux achats de recherche.  
L'article 35.III du Code des Marchés Publics (marchés négociés sans publicité préalable et sans mise en concurrence) pourrait être complété pour autoriser les EPS à acquérir des fournitures et prestations de service spécifiques à la recherche et à l'innovation.

### **Article 46 et 53 : Dossier de candidature des candidats**

Le constat: La fourniture, dans la 1<sup>ère</sup> enveloppe, des certificats mentionnés à l'article 46 n'est plus obligatoire mais remplacée par une déclaration sur l'honneur. Les certificats sont explicitement demandés cependant à la société retenue par la Commission d'Appels d'Offres, qui, si elle ne les fournit pas, est éliminée. La demande est alors faite au candidat suivant. Le problème dans ce cas de figure est qu'une société pré-retenue et qui pour différentes raisons ne souhaiterait pas l'être peut retirer son offre... en ne produisant pas les documents demandés.

Propositions : Pour éviter le risque mentionné ci-dessus, il serait intéressant que le MINEFI crée un site WEB où toutes les sociétés auraient l'obligation chaque année de fournir leurs attestations fiscales et sociales, et permettre aux acheteurs d'avoir systématiquement accès à ce site. Cette solution allègerait les demandes faites aux entreprises et supprimerait la possibilité pour un candidat de retirer son offre en ne fournissant pas les attestations.

### **Article 56 : Dématérialisation des procédures**

Le constat: Cet article est particulièrement important pour l'avenir. La dématérialisation des procédures d'achat et d'approvisionnement est source d'une meilleure efficacité, voire d'une productivité accrue des métiers d'achats et d'approvisionnement.

D'ores et déjà : l'utilisation du réseau intranet est possible pour les avis à la publication, les envois des cahiers des charges. Par ailleurs, l'approvisionnement en ligne est déjà une réalité dans certains EPS.

Propositions : Au-delà des enchères électroniques possible pour les fournitures courantes, il serait intéressant d'ouvrir celles-ci à des fournitures plus complexes à multicritères de décisions (dispositifs médicaux, molécules...) et dont les enjeux de prix sont plus significatifs.

## **Maîtrise d'ouvrage – maîtrise d'œuvre**

La relance de l'investissement hospitalier va donner aux EPS des moyens financiers nouveaux. Il n'est pas certain qu'ils puissent réaliser dans les délais convenus la réalisation des ouvrages. Aussi, il sera nécessaire de faciliter et encourager la maîtrise d'ouvrage déléguée qui probablement permettra d'avoir plus de réponses d'entreprises au moment de la consultation travaux.

Cependant, la maîtrise d'ouvrage déléguée suppose une forte compétence interne en ingénierie où une compétence régionale mutualisée entre les établissements, pour piloter et contrôler l'ensemble des opérations.

Des interrogations demeurent : que devient la loi MOP ? ne serait-il pas possible de dissocier des éléments de mission de maîtrise d'œuvre ou de compacter les délais de consultation ?

Il serait nécessaire de favoriser le recours à la conception-réalisation pourtant prévu dans le Code (art. 37), et trop souvent refusé systématiquement par la tutelle.

Que devient la convention de mandat ? La Communauté Européenne l'assimile à un marché public, le Code des Marchés actuel l'exclut de son champ de compétence (art. 3).

## **8) Expériences**

### **autour de la tarification à l'activité**

## **Rapporteur : Mme CARRAT**

**Groupe de Travail : Tarification à l'Activité dirigé par :  
Mme le Docteur Valérie CARRAT DOPH Institut Mutualiste Montsouris**

Monsieur	Bruno	AUBLET-CUVELIER	DIM CHU Clermont ferrand
Monsieur	Eric	EKONG	DOS
Monsieur	Gilles	LAUNAY	Directeur Adjoint CHU Montpellier
Monsieur	Jean François	NOURY	ATIH
Monsieur	Gérard	PARMENTIER	Secrétaire National UNPHPC
Monsieur	Gilles	POUTOUT	Assurance Maladie

# SYNTHESE DES REFLEXIONS SUR LA TARIFICATION AU FORFAIT (Février et Mars 2003)

---

La logique de la tarification à l'activité est double :

1. médicaliser les systèmes d'allocation de ressources
2. financer des prestations globales

La tarification à l'activité est en cours de mise en place. La question est posée de savoir comment développer cette démarche au-delà de l'hospitalisation.

Ne pas limiter l'application de la réforme à l'établissement de santé où a eu lieu le séjour, aurait en effet **3 grands avantages** :

- Responsabiliser l'ensemble des acteurs
- Favoriser leur collaboration
- Etendre le champ de l'innovation dans la gestion et l'organisation des soins
- Favoriser la prise en charge de la santé (prévention et continuité des soins) et non plus des seuls actes de soins.

**Deux approches pourraient être testées rapidement en complément de la tarification à l'activité :**

1. Financement d'un groupe d'acteurs (hospitaliers, libéraux ...) pour la prise en charge d'un **épisode de soins spécifique** sur une période prédéfinie (préparation, soins aigus, soins de suite et de rééducation, soins de ville, complications éventuelles).
  - a. **acte ponctuel**  
Ex : prise en charge chirurgicale avec allocation de ressources couvrant le pré- le per- et le post-hospitalier : insuffisance coronaire aiguë, prostatectomie, prothèse de hanche
  - b. **actes multiples ou séquence thérapeutique**  
Ex : prise en charge d'un cancer du sein d'un stade donné
2. Financement d'un groupe d'acteurs (hospitaliers, libéraux ...) pour la prise en charge de l'ensemble des pathologies d'une **population donnée** sur une période prédéfinie (préparation, soins aigus, soins de suite et de rééducation, soins de ville, complications éventuelles).  
Ex : périnatalité (obstétrique et nouveau-nés), insuffisance rénale terminale

Dans ces deux cas, une expérimentation régionalisée peut être organisée dans la logique des réformes en cours et en complément de celles-ci.

Les outils élémentaires pour mener à bien ces expérimentations existent\*. De plus, quelques réalisations de tarification forfaitaire peuvent servir d'exemple et de points de départ à ces expérimentations.

L'approche par population ou sous-population( point 2 décrit ci-dessus) est la plus ambitieuse. Une expérimentation pour une population donnée (obstétrique et périnatalité) est envisageable dès aujourd'hui (réseaux de soins, structuration règlementaire de l'offre, gamme raisonnable d'acteurs...)

Pour constituer une offre globale de santé, elle suppose de

- 2 Identifier une population circonscrite
- 3 Formaliser un cahier des charges contraignant garantissant une réponse de qualité aux besoins de l'ensemble de la population. Cette réponse doit faire l'objet d'une évaluation (ex : non-sélection des patients, résultats ...). Les contraintes exprimées ici doivent pouvoir éviter les risques déjà connus tels que possible subordination assureurs-offreurs, dérive financière..)
- 4 Susciter le regroupement d'acteurs divers et volontaires et les inciter financièrement à travailler de façon collaborative

**Caractéristiques et avantages des différentes approches :**

	EPISODE DE SOINS		POPULATION
	Centré sur un acte ponctuel	Séquence thérapeutique	
<b>Mise en oeuvre</b>			
1 Disponibilité des outils descriptifs*	+++	+++	+++
2 Simplicité de calcul du forfait	+++	++	+++
3 Simplicité d'application	+++	++	++
4 Simplicité de ventilation du forfait entre offreurs	+++	+++	+
<b>Impacts (dynamiques induites)</b>			
1 Impact prévention/santé		+	+++
2 Potentiel restructurant - incitation au travail par filières	+	++	+++
3 Efficience (coûts)	+	++	+++
4 Qualité de la prise en charge du patient	++	++	++
5 Qualité de la prise en charge de la population			+++
6 Exhaustivité de couverture des besoins de santé publique			+++

**Echelle :**

	:	sans effet/objet
+	:	faible
++	:	moyen
+++	:	fort

\* : classification commune des actes, groupage en GHM, chaînage des hospitalisations, Vitale

**Tout le monde souhaite l'organisation en réseaux. Portant les réseaux existants ont du mal à se pérenniser, entre autres du fait d'obstacles juridiques qui devront être levés. L' expérimentation des scénarios proposés ici, aurait l'avantage de donner une finalité claire à l'organisation en réseau d'acteurs de tous statuts, et favoriserait le développement de leurs effets " vertueux ".**

-----