
Sommaire

Avant-propos	7
Propositions de la commission	11
Introduction	15
Chapitre 1	
Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge	17
Les constats : la segmentation des prises en charge et les défauts de coordination	19
Des insuffisances dans l'offre de prise en charge : des besoins indéniables pour la prise en charge des personnes âgées et les soins de suite	19
Les défauts de coordination dans le parcours du patient	21
L'impact des soins non programmés	22
Les propositions pour mieux coordonner les prises en charge	23
Améliorer l'adéquation des prises en charge en favorisant le redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social	23
Mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation	25
Structurer la coordination des prises en charge	26
Développer une offre coordonnée de proximité	29
Améliorer l'organisation des soins non programmés	30
Chapitre 2	
Optimiser l'offre de soins hospitalière au niveau des territoires dans une optique de qualité et d'efficacité	35
Les constats : une organisation de l'offre de soins répondant insuffisamment aux besoins et aux exigences d'efficacité	37
Une succession de réformes n'ayant permis qu'une adaptation partielle de l'offre aux besoins	37
Une difficulté à penser les rôles respectifs des acteurs publics et privés	39

Les propositions pour mieux accompagner l'évolution de l'offre de soins	40
Clarifier la doctrine en matière d'organisation des soins hospitaliers	40
Favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics	43
Faire évoluer les conditions de participation des cliniques à l'offre de soins	45
Poursuivre les travaux relatifs aux critères de financement relatifs aux missions de service public	48

Chapitre 3

Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme **51**

Les constats : des rigidités rendant difficile la modernisation de l'hôpital public	53
La « nouvelle gouvernance » : la recherche d'un meilleur équilibre entre pouvoirs administratifs et médicaux à l'hôpital	53
Des craintes en termes d'attractivité de l'hôpital public	54
Des difficultés de gestion réelles	56
Des rigidités en matière de ressources humaines	57

Les propositions pour favoriser réactivité et responsabilité dans la gouvernance de l'hôpital public **58**

Faire évoluer les règles de gouvernance interne des hôpitaux publics	59
Donner de la souplesse aux règles de gestion	63
Centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficience et la qualité	67

Renforcer l'attractivité des métiers de l'hôpital **68**

Permettre aux hôpitaux de développer une gestion dynamique des ressources humaines	68
Offrir un cadre plus simple et plus souple pour les médecins	69
Ouvrir des perspectives au personnel non médical	71

Chapitre 4

Développer l'enseignement et la recherche **73**

Les constats : les lacunes de l'organisation de l'enseignement et de la recherche	75
Un émiettement et un défaut de pilotage	75
Un meilleur soutien pour la recherche	77
Un enseignement à faire évoluer	77

Les propositions pour renforcer l'enseignement et la recherche **77**

Renforcer le pilotage de l'enseignement et de la recherche	77
Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche	79
Faire évoluer l'enseignement	81
Développer l'appui à la recherche et le dynamisme en termes d'innovation	83

Fiches-propositions	87
Pertinence des recours à l'hôpital	89
Hôpital et fonctions sociales et médico-sociales	92
Organisation territoriale	95
Hospitalisation privée à statut commercial	98
Pilotage des communautés hospitalières de territoire et des centres hospitaliers régionaux	100
Attractivité des établissements publics de santé et des établissements participant au service public	103
Recherche et enseignement	107
Pièces jointes	113
Lettre de mission	115
Liste des membres de la commission	119
Liste des personnes auditionnées	121
Annexes	133
Annexe 1	
Les différentes catégories d'établissements de santé	135
Annexe 2	
Le pilotage de l'enseignement et de la recherche : proposition	137
Annexe 3	
Les capacités et la taille des établissements de santé	139
Annexe 4	
L'activité des établissements de santé	149
Annexe 5	
Éléments de comparaison internationale	159
Annexe 6	
Liste des sigles	169

Avant-propos

Le 16 octobre dernier à Bordeaux, le président de la République a demandé à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de nos concitoyens.

Il a confié à notre mission le soin de « faciliter » cette réflexion et de faire des propositions en ce sens. Composée de vingt-trois personnalités aux origines diverses, notre mission, par un engagement tout à fait exceptionnel de ses membres, a écouté, auditionné, analysé rapports et contributions ; elle a suscité des débats dans six régions.

Voici le fruit de son travail, qui n'est ni œuvre de cartographie, ni audit comptable, ni « un rapport de plus ».

Nous n'avons pas recherché, entre nous, le consensus sur tout, nous avons voulu faciliter, parfois un peu « forcer », des convergences sur lesquelles puissent s'appuyer les indispensables changements.

Ils nécessiteront d'oser :

- oser au-delà des intérêts, aussi légitimes soient-ils ;
- oser par-delà les habitudes, qu'on appelle parfois « acquis »...

Aujourd'hui, nous subissons trop souvent ; de fait, la démographie médicale, la sécurité sont les leviers des restructurations bien plus que les questions financières qui pourtant aujourd'hui sont aiguës. Il faut cesser de subir, il faut partager le courage de changer pour un enjeu essentiel de notre société : défendre un service public de santé partagé et solidaire en faveur de nos concitoyens.

Nous tenons à remercier le président de la République, le Premier ministre pour la confiance qu'ils nous ont témoignée, la ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative pour le soutien, dans le total respect de l'indépendance de la mission, qu'elle nous a apporté.

Au nom de toute la mission, ce rapport est dédié au Pr Cathelineau, l'un d'entre nous, qui, un matin de réunion, nous a quittés. Son esprit a continué de souffler.

Gérard Larcher

EXTRAITS DU DISCOURS DE NICOLAS SARKOZY ET ORIENTATIONS DE LA MISSION

Extraits du discours de Nicolas Sarkozy, président de la République, à Bordeaux le 16 octobre 2007	Les orientations de la mission
« <i>La pertinence des soins est une ardente obligation pour tous les actes de soins, hôpitaux, cliniques, professionnels installés en ville.</i> »	La permanence des soins et l'urgence : un centre d'appel unique, le 15. La maison de santé et l'hôpital local à la disposition des professionnels de santé libéraux dans certaines zones rurales ou périurbaines.
« <i>Une meilleure articulation entre les différents acteurs du soin est nécessaire pour les urgences, la permanence des soins, les soins de longue durée et la prise en charge des personnes âgées.</i> »	La prise en charge des personnes âgées et des handicapés : une ambition partagée entre le président du conseil général et le directeur de l'agence régionale de santé.
« <i>L'ouverture est une autre valeur de l'hôpital.</i> »	Une relation renforcée entre les professionnels de santé libéraux et les médecins hospitaliers pour chaque patient et évaluée régulièrement.
« <i>L'hôpital est un point d'ancrage sur le territoire.</i> »	Le territoire de santé : une organisation pertinente du système pour répondre aux besoins de santé.
« <i>Pour favoriser les coopérations au sein de l'hospitalisation publique, ne faudrait-il pas imaginer des réunions territoriales d'établissements (...) pour donner tout son sens à la recomposition hospitalière ?</i> » « <i>Ce qui est important, c'est la vision territoriale.</i> »	La communauté territoriale hospitalière publique : levier d'une hospitalisation publique cohérente proche de la population, garante de la qualité des soins sur un territoire et partenaire du privé.
« <i>Je veux que le directeur soit le patron reconnu, le seul.</i> » « <i>Le directeur doit être un manager d'excellence, formé et évalué régulièrement.</i> »	Une gouvernance médicale renforcée dans le directoire de l'hôpital. Un seul responsable à l'hôpital : le directeur de l'établissement, président du directoire, assisté d'un vice-président du directoire, président de la CME, sous le contrôle d'un conseil de surveillance. Le conseil de surveillance fixe des orientations stratégiques et veille aux équilibres financiers à partir de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses arrêté par le directoire.
« <i>Les solutions seront forcément des solutions de coopération sur le territoire.</i> » « <i>Les partenariats public-privé doivent devenir la règle.</i> »	La mission de service public confiée aux établissements publics comme privés, qu'ils soient lucratifs et non lucratifs. Des règles claires et transparentes.
« <i>L'autonomie doit se traduire par des décisions qui introduisent de la souplesse de gestion.</i> » « <i>Nous devons nous interroger sur l'évolution de la certification des établissements (...). Les résultats doivent être largement publiés.</i> »	Des règles de gestion assouplies pour les hôpitaux publics favorisant une émulation équilibrée avec les établissements privés.

<p><i>«La vision territoriale doit s'appliquer à la recherche et à la formation.»</i></p> <p><i>«Réfléchir à une politique qui apporte un soutien beaucoup plus fort aux équipes des CHU qui sont dans la compétition mondiale.»</i></p> <p><i>«L'hôpital doit tendre vers l'excellence... L'excellence dans l'enseignement, avec des études médicales et paramédicales qui préparent aux évolutions des métiers. L'excellence dans la recherche pour que l'hôpital contribue de tout son poids au rayonnement de la recherche française dans le monde.»</i></p>	<p>L'enseignement et la recherche médicale, une priorité qui s'appuie au sein des centres hospitaliers universitaires (CHU) sur l'excellence d'équipes professionnelles évaluées et labellisées.</p> <p>L'interrégion est le niveau pertinent du pilotage territorial.</p> <p>Un pilotage national qui permet l'émergence de pôles d'excellence de niveau international.</p>
--	--

Propositions de la commission

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Développer l'enseignement et la recherche

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

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

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

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

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

Introduction

Par lettre de mission du 12 octobre 2007, le président de la République et le Premier ministre ont chargé M. Gérard Larcher d'organiser une vaste concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé et d'établir un état des lieux servant de base à la concertation. La commission présidée par M. Larcher était chargée de piloter la mise en œuvre de la concertation et d'en réaliser la synthèse.

La commission a mené entre octobre 2007 et mars 2008 plus de deux cents auditions, effectuées en commission plénière ou de façon bilatérale. Des réunions régionales ont été organisées en mars dans six régions : Aquitaine, Basse-Normandie, Languedoc-Roussillon, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire.

Les travaux ont été structurés autour de six groupes de travail thématiques, qui ont contribué à l'établissement, en décembre 2007, de l'état des lieux qui a servi de base à la concertation, puis à l'élaboration des propositions. Les propositions ont été débattues en réunion plénière de la commission.

Le présent rapport assure la synthèse des travaux de la commission. Il est structuré autour de quatre grands thèmes qui rendent compte de la diversité des missions de l'hôpital et du champ embrassé :

- aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour une meilleure réponse aux besoins des patients et une continuité des prises en charge ;
- optimiser l'offre de soins hospitalière dans une logique de qualité et d'efficience ;
- préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme ;
- développer l'enseignement et la recherche.

Lors de ses travaux, la commission s'est montrée particulièrement attentive à apprécier le rôle de l'hôpital au sein de son environnement et les conditions dans lesquelles il peut contribuer à une meilleure coordination des soins. À cet égard, elle a souhaité porter un regard spécifique sur l'impact du vieillissement de la population sur ses missions et activités, compte tenu de l'importance des évolutions démographiques. Elle a compris l'hôpital comme l'ensemble des établissements de santé, que leur statut soit public ou privé (établissements privés à but non lucratif, cliniques).

La mise en place des agences régionales de santé (ARS) constituera un outil de mise en œuvre de certaines des mesures préconisées par la commission. D'autres peuvent être mises en œuvre dans le cadre actuel des agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

La psychiatrie, les hôpitaux publics de taille importante et l'adaptation du cadre applicable à l'outre-mer méritent une réflexion spécifique. Ils n'ont pas fait l'objet d'un traitement *ad hoc* et nécessiteront des études complémentaires, que la commission appelle de ses vœux.

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

Les évolutions sociologiques et démographiques et la spécialisation des soins hospitaliers rendent la coordination des soins indispensable entre la ville et l'hôpital. Cette coordination est importante pour tous les patients, mais sans doute plus encore pour les patients fragilisés, que ce soit en raison de leur âge, d'un handicap ou d'une situation sociale précaire.

Les constats : la segmentation des prises en charge et les défauts de coordination

Des insuffisances dans l'offre de prise en charge : des besoins indéniables pour la prise en charge des personnes âgées et les soins de suite

Malgré les efforts entrepris, **des insuffisances persistent** dans la prise en charge d'une partie de la population, souvent la plus fragile.

Ces insuffisances peuvent être **globales** : c'est le cas de l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation et des services de suite⁽¹⁾, qui ne couvrent qu'insuffisamment les besoins, comme le montrent des études régionales. La France est très en retrait par rapport à ses voisins⁽²⁾ pour les soins de suite.

Ces insuffisances sont aussi **territoriales** : on constate en effet de réelles disparités entre régions comme entre territoires.

On constate enfin une **insuffisante prise en compte des besoins des personnes**, notamment pour les **personnes âgées** pour lesquelles une meilleure qualité de prise en charge est une nécessité, dans un contexte de vieillissement de la population⁽³⁾. L'augmentation la plus spectaculaire concerne les plus de 75 ans ; la proportion de cette classe d'âge va croître plus vite que la population

(1) 91 170 lits dont 38 400 dans les hôpitaux publics, 28 500 dans les privés non lucratifs et 24 270 pour les privés lucratifs.

(2) Selon les données de l'OCDE, la France présente un déficit de soins de suite de 1 à 5 par rapport à l'Allemagne.

(3) Le vieillissement de la population française résulte pour l'essentiel d'un allongement de l'espérance de vie (plus de quatre ans en vingt ans). En 2010, les personnes de plus de 65 ans seront 10,4 millions, environ 15,5 millions en 2030 et près de 19 millions en 2050, soit 28 % de la population totale pour 16 % actuellement.

générale. L'effectif des 75 ans ou plus passera de 4,2 millions à 8,3 millions de personnes entre 2000 et 2030, et celui des 85 ans ou plus de 1,2 million à 2,4 millions.

Or la demande de soins est directement corrélée à l'âge : les personnes âgées déclarent en moyenne plus de 7 affections, y compris les problèmes dentaires et les troubles de la vue, ce qui explique un taux de recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, nettement plus élevé que pour la population générale⁽¹⁾. Leur durée de séjour est plus élevée⁽²⁾. En outre, les hospitalisations multiples sont plus nombreuses chez les personnes âgées (36 % au-delà de 80 ans)⁽³⁾. Le poids des maladies chroniques augmente également avec l'âge⁽⁴⁾.

Il est reconnu que **les personnes âgées fragiles ont besoin d'une pratique médicale adaptée à leurs pathologies multiples** et complexes. Pour ces pathologies, « il est difficile de faire la part entre l'aigu et le chronique, le physique et le psychique, les facteurs endogènes et les facteurs exogènes, les effets de la maladie et ceux du traitement, et parfois les soins curatifs et les soins palliatifs. La démarche médicale traditionnelle, centrée sur la maladie et ses mécanismes, montre ses limites. Elle demande à être complétée par une approche fonctionnelle pluridimensionnelle centrée sur le patient et prenant en compte ses capacités physiques, ses difficultés psychologiques et sociales. L'efficacité de la prise en charge globale a été démontrée ; la mise en place d'un programme médico-social personnalisé des soins se traduit par une réduction de la mortalité mais aussi, à moyen terme, des coûts, ainsi que par une diminution des placements en institution et par une amélioration de l'état fonctionnel des patients âgés⁽⁵⁾ ».

Face à ce constat, l'exercice de la gériatrie a connu une profonde évolution, avec la mise en place de projets médicaux intégrant cette approche dans le cadre des filières gériatriques⁽⁶⁾. Mais la prise en compte du grand âge dans l'organisation des soins hospitaliers ne peut se limiter à ces filières, pour pertinentes qu'elles soient. Il s'agit désormais de **« favoriser un véritable changement de comportement au sein des hôpitaux, qui ne peuvent faire l'économie d'une réflexion en amont et en aval : en amont, pour réduire l'afflux de patients âgés aux urgences et, en aval, pour permettre la sortie vers des structures adaptées⁽⁷⁾ »**.

(1) Le taux d'hospitalisation est de 325 pour 1 000 entre 55 et 64 ans, 440 entre 65 et 74 ans, 582 entre 75 et 84 ans et 625 au-delà de 84 ans.

(2) La durée moyenne de séjour en court séjour passe de 8,9 jours entre 65 et 74 ans à 12,7 jours pour les plus de 85 ans.

(3) Source DHOS, 2007.

(4) Si 33 % des 45-59 ans résidant à domicile souffrent d'une maladie chronique, cette proportion croît à plus de 50 % chez les 60-75 ans.

(5) Éric Molinié, *L'Hôpital public, bilan et perspectives* (rapport), Conseil économique et social, avril 2005, p. 131.

(6) Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique et n° 2007/17 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

(7) Éric Molinié, *op. cit.*, p. 131.

Ces insuffisances génèrent des **inadéquations de prise en charge**, qui **ne permettent pas à la population de bénéficier de la qualité de soins attendue** et qui occasionnent, de plus, des surcoûts pour la société.

Les défauts de coordination dans le parcours du patient

Le système de santé français peine à organiser le parcours du patient, qu'il s'agisse de **prises en charge successives** (ville, court séjour, moyen séjour, médico-social, domicile) ou de **prises en charges simultanées**. La coordination ne relève pas seulement de la mission du médecin généraliste et des autres soignants en ville mais elle doit également concerner l'hôpital.

S'agissant des **malades chroniques**, la continuité de la prise en charge du soin à l'éducation thérapeutique correspond à une donnée mal assimilée malgré des progrès récents. Toutes les études insistent aujourd'hui sur l'augmentation importante du nombre des maladies chroniques et le poids économique considérable qu'elles représentent. Pour les seules **affections de longue durée** (ALD) visées par le code de la Sécurité sociale, **8 millions de malades** sont recensés et ce nombre augmente de 5 % par an depuis dix ans. Les ALD génèrent près de 60 % des dépenses du régime général d'assurance-maladie⁽¹⁾.

Face à ce constat global, l'hôpital **n'organise pas encore l'accueil des personnes âgées et handicapées de manière spécifique**, quel que soit le mode d'entrée. Ceci suppose d'identifier les personnes «référentes ou aidantes», de développer les relations avec le médecin traitant, l'infirmier libéral ou la structure médico-sociale en charge de la personne, d'organiser le parcours de soins en relation avec les référents et les professionnels de santé habituellement en charge de la personne ; bonnes pratiques largement plus théoriques qu'appliquées au quotidien.

L'ambition des réseaux structurés, susceptibles d'assurer une coordination effective des soins⁽²⁾, n'a pas été atteinte, comme l'a montré l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁽³⁾. De plus, la multiplication des réseaux, qu'ils soient territoriaux ou spécialisés, conduit à un accroissement des coûts quand certains patients relèvent simultanément de plusieurs réseaux. Les mutualisations des fonctions communes entre réseaux restent encore insuffisantes, il faut les encourager.

Les relations du monde hospitalier avec les médecins traitants restent souvent difficiles : les généralistes ont des difficultés fréquentes à joindre leurs collègues hospitaliers, notamment publics, et à être informés en temps utile de la situation de leurs patients⁽⁴⁾.

(1) Avis sur les ALD de la Haute Autorité de santé (HAS) du 18 mai 2006.

(2) Telle que décrite par le HCAM dans son rapport 2005.

(3) Rapport IGAS 2006-22 relatif au contrôle du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la Dotation nationale des réseaux (DNDR).

(4) A. Potron et D. Sebag, *Le Point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital*, thèse de doctorat en médecine, université Joseph-Fourier, faculté de médecine de Grenoble, 2006.

Dans ces conditions, **une large part de la coordination des prises en charge repose sur le patient et sa famille** et le risque est grand de ruptures dans la prise en charge.

L'impact des soins non programmés

Les insuffisances dans la continuité des soins ont une incidence particulièrement forte sur la prise en charge des urgences⁽¹⁾ et sur l'activité de **soins non programmés**. Un recours trop important à l'hôpital pour les soins non programmés conduit à mobiliser des moyens trop coûteux et percuté l'activité programmée de l'hôpital.

Il faut souligner que, selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)⁽²⁾, la grande majorité des patients arrive aux urgences sans avoir recherché un avis médical préalable⁽³⁾ !

Des moyens très importants ont été affectés depuis dix ans aux services hospitaliers d'urgences⁽⁴⁾ sans que la population ait toujours le sentiment d'une amélioration du service rendu à due proportion, en particulier pour ce qui concerne le délai d'attente aux urgences – même si les services sont reconnus de bonne qualité.

La prise en charge en urgence de certaines pathologies telles que les **accidents vasculaires cérébraux (AVC)** doit être encore renforcée, en conciliant proximité et efficacité sur tout le territoire.

L'amélioration des soins non programmés appelle donc une réflexion globale, au-delà de la seule question de la permanence des soins : régulation, information de la population, transports sanitaires, mais aussi organisation interne de l'hôpital⁽⁵⁾.

(1) La gravité de la situation des patients admis aux urgences peut être évaluée sur la base de la classification clinique des malades des urgences (CCMU), qui comprend 5 classes (classe 1 : état clinique stable, pas de nécessité d'actes diagnostiques ou thérapeutiques complémentaires au service d'urgences ; classe 2 : état clinique jugé stable, nécessité d'actes thérapeutiques ou diagnostiques au service d'urgences ; classe 3 : état susceptible de s'aggraver au service d'urgences sans mise en jeu du pronostic vital ; classe 4 : pronostic vital engagé ; classe 5 : état nécessitant des manœuvres de réanimation).

(2) *Les Usagers des urgences, Études et résultats*, n° 212, DREES, janvier 2003 ; *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Études et résultats*, n° 215, DREES, janvier 2003.

(3) Parmi les motivations du recours aux urgences, les patients évoquent le plus souvent la crainte que le médecin de garde ne puisse répondre à la situation, notamment en termes de plateau technique et la possibilité d'accès direct aux urgences ; l'absence d'avance de frais est également mentionnée pour certains patients mais ce motif n'avait pas fait l'objet d'une analyse spécifique lors de cette étude en 2002.

(4) Le Plan urgences a bénéficié d'une enveloppe de 500 millions d'euros sur la période 2004-2008. Fin 2006, 380 millions d'euros avaient été affectés. Ils ont abouti à la création de 5 300 emplois, dont 4 000 postes non médicaux, 344 PARM et 900 emplois médicaux. 45 % de ces crédits ont été affectés aux services d'urgences proprement dits. Cf. Jean-Yves Grall, *Évaluation du Plan urgences 2004-2008*, ministère de la Santé et des Solidarités, janvier 2007.

(5) Comme le montrent les travaux de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) – organisation de l'accueil des patients en situation d'urgence, permanence des équipes médicales et gestion des lits.

Les propositions pour mieux coordonner les prises en charge

Améliorer l'adéquation des prises en charge en favorisant le redéploiement de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social

Comme le souligne une étude récente de la DREES⁽¹⁾, l'organisation des soins hospitaliers et les pratiques médicales ont une influence directe sur le recours aux soins. Le manque de structures d'aval ou d'alternative à l'hospitalisation conditionne l'utilisation des lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et la durée du séjour.

C'est dans cette perspective que doit se situer toute réflexion sur l'inadéquation des prises en charge, qui recouvrent aussi bien des inadéquations conjoncturelles (tensions momentanées entre besoin et offre) que des inadéquations structurelles causées par l'inadéquation de l'offre de soins par rapport aux besoins. Certaines études régionales, menées à partir d'études sur site par les ARH et les services de l'assurance-maladie, ont permis d'objectiver le phénomène et de définir les pistes d'amélioration dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

Si toute inadéquation ne peut être évitée (en raison de tensions conjoncturelles ou de polyopathologies impliquant des choix de prise en charge), la planification doit offrir un cadre de réponse stratégique et les recompositions, y compris vers le médico-social, une opportunité de meilleure réponse aux besoins de la population.

La faiblesse des **soins de suite conduit** à des inadéquations en court séjour⁽²⁾, et donc à des défauts de qualité⁽³⁾ et des surcoûts (différence des tarifs d'hospitalisation). Le développement insuffisant de services destinés au maintien ou au retour à domicile⁽⁴⁾ des malades chroniques conduit également à des inadéquations.

Ces situations illustrent une vision de la médecine donnant un **primat à sa dimension technique, au détriment de soins pourtant fondamentaux pour les patients** : médecine de réadaptation, gériatrie, suivi des maladies chroniques, prise en charge médico-sociale.

L'évolution du droit de l'autorisation, qui n'exige plus l'autonomisation juridique des structures médico-sociales créées par les établissements hospitaliers⁽⁵⁾, permet aujourd'hui aux établissements hospitaliers de procéder

(1) *Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020 et 2030*, DREES, février 2008.

(2) Dans des proportions variables selon les études et les régions.

(3) Étude ANAES 2004.

(4) De l'hospitalisation à domicile sous sa forme la plus lourde jusqu'à l'assistance médicale à domicile.

(5) Article L. 6111-3 du code de la santé publique.

plus facilement aux **transformations nécessaires des lits de court séjour sous-occupés en places d'hébergement médico-social** – établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou maisons d'accueil spécialisé (MAS)⁽¹⁾. Cette politique doit être **résolument soutenue**⁽²⁾.

De même, les **redéploiements de lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) vers les soins de suite et de réadaptation (SSR)** doivent être poursuivis. Ces déploiements doivent être vus comme une opportunité pour les hôpitaux de proximité de développer une offre de prise en charge attendue par la population. De vrais exemples de réussite existent.

Enfin, le développement d'une offre de prise en charge temporaire pour les personnes âgées pour offrir un répit aux aidants doit être encouragé.

Les objectifs de redéploiement des structures hospitalières sont clairs :

- centrer la mission de l'hôpital, pour le court séjour, sur la phase aiguë ;
- assurer l'adéquation entre les soins nécessités et la bonne structure de prise en charge par le développement de structures d'aval dont les capacités sont jugées insuffisantes ;
- optimiser les financements collectifs en limitant le surcoût des inadéquations⁽³⁾.

S'agissant des **moyens de favoriser la conversion** de structures hospitalières en structures médico-sociales, il s'agit d'afficher une volonté nationale forte et de mettre en place des éléments de politique qui reposent sur les principes suivants :

- éviter une approche uniforme (ratios) du potentiel national de conversion et préférer une **identification régionale fine des besoins**, par le biais des ARH/ARS ;
- **améliorer la programmation** en révisant les méthodes de programmation « personnes âgées » et « psychiatrie » dans les SROS par exemple et en mettant en place des liens forts entre programmation sanitaire et médico-sociale ;
- **développer des outils d'objectivation de la prise de décision publique** permettant un arbitrage sur des critères de choix rationnel entre aigu/suite, sanitaire/social sur un territoire identifié ;
- assurer la **fonctionnalité des enveloppes** au niveau régional.

(1) À l'exemple des opérations menées par l'AP-HP dans le Val-de-Marne (Paul-Brousse et Charles-Foix).

(2) Le Plan solidarité grand âge fixe comme objectif 3 lits de SSR pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

(3) Une note de la DHOS de novembre 2007 nuance les économies de ces opérations mais ne manifeste pas de désaccord global. Elle relève cependant que les études ne permettent pas d'affirmer et de quantifier le lien inadéquation/manque de structures d'aval, qu'il y a une inadéquation frictionnelle inévitable, qu'il faut raisonner en coûts marginaux et non en coûts moyens.

Favoriser le redéploiement de l'offre de court séjour vers les soins de suite et de réadaptation et le médico-social, par une identification fine des besoins, une harmonisation des programmations, le développement d'outils d'objectivation de la prise de décision publique et une fongibilité des enveloppes.

Mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation

Pour une partie des publics (personnes âgées, handicapés, malades en situation d'invalidité) la **coupure**, qui est autant institutionnelle que culturelle, **entre le domaine sanitaire et le domaine social et médico-social** représente un obstacle à une bonne coordination des prises en charge. En effet, les modes de prise en charge et les techniques d'interventions obéissent dans ces deux secteurs à des logiques différentes, alors que l'approche pluridisciplinaire devrait y être similaire.

Les défauts de continuité des soins concernent essentiellement les **personnes dont le parcours les mène de la ville à l'hospitalisation, puis vers le domicile ou une structure de suite** (quel que soit son statut) : personnes âgées, handicapées, mais aussi personnes atteintes d'affections invalidantes (personnes traumatisées ou victimes d'AVC⁽¹⁾ notamment). Il s'agit, au regard des spécificités de l'action médico-sociale, de lutter contre une vision essentiellement médicale de la personne (elle-même souvent ramenée à une vision éclatée par organe) pour **promouvoir une analyse « situationnelle »** intégrant les conditions de logements et les besoins d'accompagnement ou de facilitation de la vie quotidienne tenant compte du support familial ou relationnel (les « aidants »).

La mission Ritter, comme les travaux qui l'ont précédée, a bien documenté les facteurs conduisant à l'extension de la compétence des ARH au secteur médico-social (ARS). L'organisation des relations entre l'agence et les départements devra être précisée en tenant compte de deux facteurs :

– sur le plan de la **planification**, dans le champ du handicap et des personnes âgées (PRIAC⁽²⁾), les compétences de la DRASS pourraient être transférées à l'agence, en assurant le partenariat avec les conseils généraux et le pilotage national de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il sera nécessaire de construire une relation entre l'agence régionale et les conseils généraux permettant un décloisonnement entre les secteurs. Ceci suppose de régler des questions de zonage : le schéma gérontologique se fonde sur les pays alors que le SROS raisonne en termes de bassin de vie. Il s'agit aussi d'avoir une programmation cohérente entre l'État et le département pour favoriser les redéploiements des structures hospitalières et assurer une réponse adaptée aux besoins de la population. Dans cette perspective, l'amélioration de la program-

(1) Jean Bardet, *La Prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux*, rapport au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2007.

(2) PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie.

mation nécessite une décision conjointe entre l'agence et les conseils généraux, responsables des schémas départementaux ;

– s'agissant de la **tarification des établissements médico-sociaux** financés par l'assurance-maladie, un choix devra être fait entre le maintien de cette compétence à l'État – Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) – et une dévolution aux conseils généraux ; cette dernière option était proposée par le rapport du Conseil d'analyse stratégique sur les personnes âgées⁽¹⁾. Mais cette proposition était antérieure au choix d'une ARS. Le souci d'assurer la fongibilité de l'enveloppe plaide désormais pour une solution originale qui conduira à avoir au sein des équipes ARS des personnes ayant des compétences médico-sociales.

Les évolutions de l'offre de soins doivent ainsi déborder le strict cadre sanitaire pour intégrer la dimension sociale du système de santé dans un environnement marqué par le vieillissement de la population, la fragilité de certains patients et la précarité (fonction sociale de l'hôpital, accessibilité des établissements de santé et accueil des accompagnants, conditions d'hospitalisation des personnes âgées, filières courtes d'hospitalisation des personnes âgées, accompagnement du retour au domicile avec les professionnels libéraux et les structures associatives, communales et intercommunales).

Mieux intégrer la dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation, en promouvant une analyse « situationnelle » tenant compte de l'environnement du patient, dans le cadre d'ARS bien coordonnées avec les conseils généraux et compétentes en matière de tarification des établissements médico-sociaux.

Structurer la coordination des prises en charge

Les propositions de la commission en termes de parcours de soins, pour améliorer la relation ville/hôpital à la fois en amont et en aval, reposent sur la **mise en place d'une action globale politique, stratégique qui s'appuie sur une offre de services diversifiée**. L'organisation de la prise en charge médicale ultérieure (projet thérapeutique ou protocole de soins) est un impératif – qui donne d'ailleurs lieu à une procédure spécifique dans le cadre des ALD⁽²⁾. Il faut également souligner la multiplicité des intervenants – soins de suite, service de soins infirmiers à domicile, intervenants libéraux dans le cadre de l'assistance médicale à domicile, établissements d'hébergement pour personnes âgées, foyers d'accueil médicalisés ; maisons d'accueil spécialisées, services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), etc. – qui nécessitent un appui en évaluation et en orientation.

(1) Stéphane Le Bouler, *Bâtir le scénario du libre choix* (rapport), Centre d'analyse stratégique, juin 2006.

(2) À cet égard, voir les protocoles conçus par la Haute Autorité de santé. Il faut toutefois souligner que l'organisation de la prise en charge médicale ne devrait pas se limiter à la définition et à la prescription des prestations mais inclure un appui au patient en termes de coordination des soins.

La sortie des personnes hospitalisées doit être impérativement préparée **pendant la période d'hospitalisation** (que ce soit dans les services d'urgence ou de soins aigus ou dans les services de soins de suite et de réadaptation)⁽¹⁾.

Dans cette fonction, l'hôpital doit réviser son organisation interne afin de **désigner un coordonnateur des soins**⁽²⁾ au sein du service, susceptible d'être identifié et de répondre aux questions relatives à l'hospitalisation et aux conditions du retour à domicile. Les conditions du retour à domicile doivent également pouvoir être évaluées pour accompagner des retours précoces, notamment pour les prises en charge ambulatoires. À cet égard, le développement d'une **fonction de coordonnateur des soins** pourrait être exploré. Cette fonction, qui pourrait être exercée par un infirmier, devrait être clairement définie, professionnalisée et reconnue. Elle pourrait d'ailleurs être complétée, dans le champ libéral, par une réflexion sur l'intégration d'un honoraire de coordination dans la nomenclature des actes infirmiers.

Cet objectif correspond à une **évolution des missions de l'hôpital** qui doit apparaître dans les normes fixées dans la certification : comme le montre l'abaissement de la durée moyenne de séjour, l'hospitalisation est devenue en court séjour une fonction spécialisée. La préparation du retour à domicile suppose d'ouvrir l'hôpital sur la ville par une collaboration avec les structures de maintien à domicile permettant d'identifier, dès la phase d'hospitalisation, les besoins de la personne et sa capacité à retourner à son domicile, avec le soutien des paramédicaux et du pharmacien de ville désigné par le patient pour la prise en charge médico-technique et pour l'assistance médicale à domicile, le libre choix du patient devant être préservé. Il s'agit enfin de mobiliser les aides existantes : l'accès à la **prestation d'aide au retour après hospitalisation** de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse des travailleurs salariés (CNAV-TS), qui permet d'assurer une prise en charge rapide et adaptée, doit être facilité par un engagement fort des établissements et services sociaux des caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM).

Cela implique :

- de ne pas négliger l'accompagnement du domicile. L'exemple du CHU de Brest dans sa collaboration avec le Pact Arim mérite d'être généralisé ;
- de construire les réponses en termes de structures de soins et de dispositifs médico-sociaux d'aval (SSR, médico-social) avec le monde hospitalier. Des communautés hospitalières de territoire (*cf. infra*) pourraient être les référents sanitaires du dispositif ;
- de favoriser la **coordination** intersectorielle : développer de véritables filières gériatriques et gérontologiques, faciliter l'accès aux soins pour les personnes handicapées (notamment en cas d'urgence), développer les consultations pluridisciplinaires spécifiques (maladie d'Alzheimer) et prendre en compte la

(1) Voir la conférence de consensus de la SOFMER de septembre 2004 sur la sortie du monde hospitalier.

(2) Il s'agit de désigner une personne chargée de la coordination des soins au sein des services hospitaliers ; cette mesure ne porte pas sur la fonction de « coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique » prévue à l'article L. 6146-9 du code de la santé publique.

problématique sanitaire dans le champ médico-social (risques infectieux, santé bucco-dentaire, nutrition, prévention des chutes). L'expérience de certains réseaux de proximité peut être mobilisée ;

– initier une vision stratégique au niveau territorial, par la mise en place de **plates-formes transversales** ; l'une sous forme de guichet unique pour les usagers – maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), centres locaux d'information et de coordination (CLIC), préconisations du rapport Ménard – permettant l'information, l'évaluation et l'orientation, l'autre pour les institutions permettant de mutualiser l'observation, l'évaluation et la coordination des services, qui pourrait être expérimentée.

La désignation d'un référent pour l'organisation de la prise en charge ou le développement d'une fonction de coordination de soins ne doivent pas être confondus avec **l'identification claire de l'interlocuteur médical**, pour le patient, sa famille mais aussi les praticiens de ville. Les membres de la commission comme les personnes auditionnées ont souligné l'impératif, encore trop peu souvent rempli, de l'identification et de l'accessibilité de ce référent et relevé que cette tâche appartient à la responsabilité du médecin hospitalier.

À cet égard, des **mesures simples** ont été signalées :

– mise en place d'outils de communication entre les praticiens de ville et de l'hôpital : ligne téléphonique dédiée accessible aux médecins de ville, mise en place de messageries électroniques sécurisées permettant l'échange rapide de comptes rendus d'hospitalisation et de résultats d'examen ;

– intégration de cette dimension dans les documents stratégiques de l'hôpital : contrats de pôles, schéma directeur des systèmes d'information.

Les associations d'usagers ont insisté, à juste titre, sur la **nécessité d'intégrer la coordination des soins dans les dispositifs de certification et d'évaluation des pratiques professionnelles**.

L'amélioration (quantitative et/ou qualitative) du soutien logistique et administratif offert aux fonctions soignantes a été relevée, lors des auditions, comme une mesure importante pour l'amélioration de la coordination et le recentrage des soignants sur leur mission de soin.

Le développement d'indicateurs dans le cadre du projet Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière (COMPAQH) permettra enfin de disposer d'outils d'évaluation et d'améliorer l'information du grand public.

Mieux coordonner la prise en charge des patients en préparant la sortie dès le début de l'hospitalisation : désignation dans les services d'un responsable de la coordination des soins, qui pourrait être un infirmier, notamment chargé de développer des relations avec les intervenants du maintien à domicile ; prendre en compte cette exigence dans la certification ; développer des filières gériatriques et des plates-formes transversales ; veiller à l'accessibilité de l'interlocuteur médical pour le patient, sa famille et son médecin traitant ; favoriser l'accès à la prestation d'aide au retour après hospitalisation.

Développer une offre coordonnée de proximité

La diminution attendue du nombre de médecins dans les prochaines années, l'évolution des aspirations des médecins quant à leur mode d'exercice (féminisation, choix de pratiques plus collectives...), le défaut dans certains territoires d'offre financièrement accessible et les besoins liés aux pathologies chroniques doivent être pris en compte. L'offre de soins de proximité ne répond aujourd'hui que partiellement à ces enjeux. Elle repose sur différents dispositifs insuffisamment coordonnés entre eux (hôpitaux locaux, réseaux de santé, cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé...), inégalement répartis sur le territoire dans la mesure où ils sont souvent le fruit d'initiatives locales.

Les centres de santé disposent d'atouts : pratiques adaptées aux besoins des personnes en situation précaire (tiers payant), projet médical souvent construit autour de thèmes de santé publique, mais leur hétérogénéité ne permet pas d'affirmer l'existence de référentiels qualité et de projet médical de niveau homogène. Leur participation à la permanence des soins reste inégale. Un certain nombre rencontrent de réelles difficultés financières⁽¹⁾. Les maisons de santé, quant à elles, révèlent des pratiques hétérogènes : exercice pluridisciplinaire pour certaines, simple mutualisation de structure immobilière et de charges de fonctionnement pour d'autres.

La commission a souligné **l'intérêt d'une réflexion renouvelée sur les centres et maisons de santé**. Ces préconisations rejoignent celles qui figurent au rapport réalisé par le groupe de concertation dans le cadre de la première phase des États généraux de l'organisation de la santé (EGOS)⁽²⁾. C'est pourquoi la commission n'a pas développé plus avant ses préconisations sur ce champ. Elle a relevé l'intérêt du champ d'expérimentations ouvert par la loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2008 (art. 44), qui permettrait d'expérimenter des modes de financements des centres et de rémunération des personnels innovants.

Dans le cadre de ses travaux, la commission s'est montrée particulièrement attentive au rôle moteur que pourraient jouer les hôpitaux de proximité. Les **hôpitaux locaux** pourraient, ce faisant, offrir un cadre adapté au développement d'une offre ambulatoire et un lieu favorable au travail en équipe pour les professionnels. La commission souligne que les réflexions territoriales relatives aux centres ou maisons de santé doivent tenir compte du rôle important des hôpitaux locaux. Elle souligne notamment que la qualité d'établissement de santé des hôpitaux locaux est de nature à offrir un cadre intéressant pour soutenir des initiatives relatives au maintien à domicile.

Développer une offre coordonnée de proximité : poursuivre les travaux relatifs aux centres et maisons de santé engagés dans le cadre des EGOS ; prendre en compte le rôle des hôpitaux locaux dans le développement de ces centres et maisons de santé.

(1) Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé, *Rapport sur les centres de santé*, juin 2007.

(2) Dans le cadre des EGOS, le financement de 100 maisons de santé pluridisciplinaires a été annoncé par le ministre le 8 février dernier.

Améliorer l'organisation des soins non programmés

Mieux organiser la prise en charge des soins non programmés est un objectif important : d'une part, en raison de l'impact de la non-programmation sur le fonctionnement des services ; d'autre part, dans la mesure où les difficultés de coordination entre l'hôpital et la médecine de ville s'y expriment plus particulièrement. Il convient de distinguer les soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire (qui posent la question de l'adéquation des modalités de prise en charge) et ceux qui impliquent une hospitalisation, qui appellent une meilleure coordination entre acteurs.

La commission a tout particulièrement souhaité insister sur le **devoir que constitue, pour les médecins de ville, la participation à la permanence des soins.**

Investir l'autorité de régulation (ARS) d'une mission globale d'organisation de l'offre de soins non programmés

La commission a souligné l'intérêt des préconisations du rapport réalisé par Jean-Yves Grall⁽¹⁾ prolongeant les travaux menés par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale de l'administration (IGA)⁽²⁾ :

- proposer une réponse univoque et cohérente d'aide médicale à la population, incluant un conseil téléphonique, une orientation vers une consultation de médecine générale, un envoi de médecin, un envoi d'équipe du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), une orientation vers un service d'urgence, par le moyen de transport adapté. Intégrer la question de la garde pharmaceutique dans cette réponse ;
- unifier le pilotage de la permanence des soins, sous la responsabilité de l'ARS, incluant le financement (le pouvoir de réquisition restant, comme le recommandait le rapport Grall, du ressort du préfet, compte tenu de son rôle en matière d'ordre public et de son pouvoir général de police) ;
- compléter le SROS pour y inclure les cinq modalités de réponses précisées par le rapport Grall : régulation, structures autorisées pour l'activité d'urgences, SMUR, points fixes de consultation en médecine générale, secteurs d'intervention pour les effecteurs médicaux mobiles.

(1) Jean-Yves Grall, *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, août 2007.

(2) Philippe Blanchard, Marc Dupont, Roland Ollivier, Catherine Ferrier et Xavier Pretot, *Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, 2006, rapport n° IGAS 2006-019 IGA 006-07-02.

Mieux organiser l'amont du recours aux urgences : régulation et transport

Améliorer la régulation des urgences est une nécessité. L'importance d'une régulation conjointe et si possible sur un même lieu pour le Service d'aide médicale urgente (SAMU) et la permanence des soins ambulatoires⁽¹⁾ doit être réaffirmée, comme la nécessité de mieux informer la population sur le dispositif⁽²⁾.

Il faut organiser la régulation médicale de façon efficiente en fonction du contexte local : évaluation du nombre de médecins régulateurs nécessaires durant les périodes ouvrables ou la nuit profonde, possibilité dans certaines zones peu peuplées d'une régulation organisée à l'échelle interdépartementale. Ainsi, pour les petits départements dans lesquels le SAMU a une faible activité, la réponse pourrait être mutualisée, la nuit, entre plusieurs départements. Cela permettrait d'optimiser les ressources et de les redéployer aux heures de pointe. Le développement des outils de télécommunication et systèmes d'informations permettant un basculement des systèmes de gestion extra-hospitalières doit être également soutenu, en tenant compte des exigences de gestion des crises sanitaires.

L'organisation des **transports sanitaires** est une exigence forte. Elle doit être programmée en même temps que la répartition territoriale des sites hospitaliers de prise en charge des urgences. Cela doit aussi contribuer à un meilleur recours à l'offre de soins ambulatoire (maisons médicales de garde) pour les personnes privées de moyens de transport.

Mutualiser l'organisation de la prise en charge des soins non programmés au niveau territorial

La **mutualisation des ressources** mises en œuvre doit être vue comme une obligation dans un contexte de rareté de certaines ressources médicales.

Cela implique de rechercher, lorsque cela est possible, une **coopération public-privé**, comme l'ont souligné les réunions régionales, notamment pour l'imagerie : sur certains territoires, la permanence est assurée par un nombre restreint de radiologues hospitaliers, sans participation des radiologues exerçant dans les cliniques qui ne sont pas dotées de service d'urgences.

Les contraintes liées à la permanence, le vieillissement de certains praticiens et leur nombre limité dans certains territoires⁽³⁾ plaident en facteur

(1) Ce qui n'implique pas de renoncer aux formes de régulation exercées par les structures spécialisées dans les soins ambulatoires non programmés de type SOS Médecins.

(2) Le rapport Grall soulignait la nécessité d'offrir une réponse aux demandes d'avis et/ou d'intervention, l'utilisateur ne pouvant pas forcément apprécier l'urgence, la gravité ni même la pertinence de l'intervention. Cf. Jean-Yves Grall, *Évaluation du Plan urgences*, ministère de la Santé et des Solidarités, janvier 2007, et *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, ministère de la Santé et des Solidarités, février 2007.

(3) Comme l'a souligné la Fédération hospitalière de France dans une récente cartographie.

d'une **mutualisation des gardes et des astreintes entre les praticiens des différents établissements, quel que soit leur statut**, comme cela se pratique déjà parfois (par exemple en obstétrique). Dans ce cadre, l'accessibilité financière (secteur 1) doit être garantie au patient.

Adapter l'organisation de la prise en charge des soins non programmés à l'hôpital

La Mission d'évaluation et d'audit hospitalier (MEAH) a formulé des recommandations pour l'organisation des services d'urgences et le management des lits. Celles-ci doivent être suivies d'effet.

Des modalités d'accès direct aux services hospitaliers sans passage par les urgences pour des pathologies ou des publics spécifiques doivent également être organisées :

- organisation de l'hospitalisation directe sans passage par les urgences dans les unités neurovasculaires ou cardiologiques lorsqu'un diagnostic a été posé dans le cadre d'une intervention médicale ;
- facilitation de l'hospitalisation directe de ses patients par le médecin généraliste. Si l'accès direct au service compétent est déjà la règle grâce à l'orientation par le 15, une telle orientation par le médecin généraliste reste rare. Elle fonctionne mieux avec les cliniques mais reste dépendante du réseau personnel du médecin et n'est pas organisée en système ;
- développement d'un accès direct en consultations de spécialité non programmées.

Les modalités de financement des services d'urgences sont favorables à de telles pratiques, le passage par un service d'urgences n'apportant aucun financement complémentaire en cas d'hospitalisation⁽¹⁾. Pourtant, il n'est toutefois pas rare que les services hospitaliers préfèrent que l'orientation des patients soit assurée par l'intermédiaire du service des urgences.

Au sein des services d'urgences, les «unités sas»⁽²⁾ peuvent contribuer à éviter le maintien des patients dans les services d'urgences ou l'hospitalisation dans un service non adapté, sous réserve d'une stricte limitation de l'hospitalisation dans ces lits. Toutefois, il faut souligner que l'amélioration du management des lits et une souplesse dans l'attribution des lits d'hospitalisation entre unités⁽³⁾ devraient limiter le recours à une telle option.

(1) Les hôpitaux bénéficient d'un financement forfaitaire pour le fonctionnement de leurs services d'urgences, auquel s'ajoute soit un financement de l'activité du service d'urgences si le patient n'est pas hospitalisé, soit le tarif du GHS si le patient est hospitalisé (hors honoraires lorsque le service est géré par une clinique).

(2) Les lits de ZHTCD visent quant à eux à permettre de garder en observation des personnes ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant une surveillance avant retour à domicile.

(3) À l'instar de la pratique de certains établissements privés dans lesquels les lits ne sont pas réservés *in nominem* aux différentes unités, la répartition pouvant varier en fonction des besoins des patients hospitalisés. La souplesse du dispositif ne peut toutefois être garantie qu'à condition d'adapter l'organisation et sous réserve des contraintes immobilières.

Améliorer l'organisation des soins non programmés : confier à l'ARS une mission globale d'organisation de l'offre de soins non programmés ; réaffirmer la nécessité d'une régulation SAMU/permanence des soins ambulatoire sur un même lieu et d'une offre de transports adaptée ; mutualiser les gardes et astreintes entre les praticiens des différents établissements de santé d'un même territoire ; adapter l'organisation interne de l'hôpital (management des lits, consultations de spécialités non programmées, hospitalisation directe de ses patients par le médecin traitant).

**Optimiser
l'offre de soins
hospitalière
au niveau
des territoires
dans une optique
de qualité
et d'efficience**

L'offre de soins hospitalière a connu des évolutions importantes au cours des quinze dernières années : recomposition des établissements privés, accent mis sur les exigences de sécurité, développement de coopérations entre établissements. L'amélioration de l'organisation des soins au niveau des territoires apparaît comme un enjeu majeur pour améliorer la réponse aux besoins et développer l'efficacité du système de santé.

Les constats : une organisation de l'offre de soins répondant insuffisamment aux besoins et aux exigences d'efficacité

Une succession de réformes n'ayant permis qu'une adaptation partielle de l'offre aux besoins

La nécessité de coordonner l'offre de soins hospitaliers et l'impact de l'offre sur la consommation de soins ont conduit les pouvoirs publics à contrôler l'implantation des équipements et des activités. La **planification** a connu des **réformes successives**, témoignant d'une logique de plus en plus sophistiquée. Initialement conçue comme un encadrement quantitatif des installations et équipements (ratios en termes d'équipement par rapport à la population), la planification est désormais conçue comme une régulation des activités (définition d'objectifs d'implantation et de volumes d'activité cibles, évalués au niveau de territoires de santé définis par l'ARH).

La planification repose aujourd'hui sur **deux outils** :

- le **schéma**, le plus souvent régional, **d'organisation des soins** est un instrument de stratégie fixant la répartition territoriale des implantations et des activités de soins. Il comprend une annexe, également opposable, déterminant les implantations ainsi que les créations, regroupements, transformations ou suppressions d'activités nécessaires. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) passés avec chaque établissement de santé déclinent ces objectifs régionaux (notamment par la définition d'objectifs quantifiés de l'offre de soins) ;
- les **autorisations**, portant sur des équipements⁽¹⁾ ou sur des activités et délivrées pour une durée déterminée, sont conditionnées au respect des objectifs du

(1) Les créations, transformations, suppressions de lits et places ne sont plus soumis à autorisation.

SROS et des règles techniques de fonctionnement ; elles conditionnent l'admission des assurés sociaux.

Tous les établissements de santé, quel que soit leur statut, doivent donc définir leur stratégie d'activité dans le cadre de ce schéma : positionnement en termes d'activités, coopérations.

La planification de l'offre de soins a conduit, depuis 1992, à une **réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation complète** (– 100 000 lits environ, soit – 18 %, la réduction étant de 22 % en MCO), corrélée à l'augmentation des capacités d'hospitalisation partielle⁽¹⁾. Les autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ont connu une évolution similaire.

Toutefois, la recomposition de l'offre de soins n'a été que partielle. Les regroupements d'hôpitaux ont été limités dans le secteur public, à la différence du privé. La recomposition des sites d'obstétrique a été nettement plus marquée que celle des sites de chirurgie. L'importance des différences régionales témoigne d'un degré de priorité contrasté donné aux recompositions en fonction des régions.

Des questions importantes subsistent :

- certains besoins ne sont pas suffisamment pris en charge (soins de suite et médecine de réadaptation, gériatrie, avec des tensions sur des activités telles que la pédiatrie, la radiologie, l'ophtalmologie...) et l'offre est inégalement répartie sur le territoire. Par ailleurs, de nombreux interlocuteurs ont souligné la difficulté à valoriser les soins aux personnes par rapport aux actes techniques ;
- l'exigence de sécurité et de qualité impose dans certains cas de repenser l'organisation de la prise en charge, notamment chirurgicale⁽²⁾ ;
- sur certains territoires, l'offre de soins est morcelée et marquée par une situation de concurrence entre établissements, y compris entre hôpitaux publics, parfois délétère et certainement inflationniste ;
- enfin, pour certains établissements, une stratégie d'activité insuffisamment en phase avec les besoins de la population⁽³⁾ se traduit par une perte d'attractivité à l'égard des médecins et une activité insuffisante corrélée à des difficultés financières.

Il importe donc de pouvoir accompagner les évolutions du système de santé afin de garantir le maintien de leur dynamisme et une meilleure réponse aux besoins.

(1) Source : SAE, DREES.

(2) *L'Évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, présenté par Guy Vallencien avec le concours du Conseil national de la chirurgie, avril 2006.

(3) Comme l'a souligné le rapport IGAS-CGES relatif aux contrats de retour à l'équilibre financier : Thierry Breton, Christophe Lannelongue, Hervé Léost, avec le concours de conseillers généraux des établissements de santé, *Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A*, n° 2007-164P, janvier 2008.

Une difficulté à penser les rôles respectifs des acteurs publics et privés

Le code de la santé publique reconnaît à certains établissements de santé un **rôle particulier de «service public hospitalier»**. Les missions du service public telles qu'elles découlent du code sont celles de tout établissement de santé, auxquelles s'ajoutent des missions d'enseignement et de recherche, de lutte contre l'exclusion sociale et de soins aux détenus⁽¹⁾. Le service public se caractérise essentiellement par des obligations spécifiques⁽²⁾ : égal accès aux soins, accueil de jour comme de nuit ou admission dans un autre établissement, continuité des soins en veillant aux conditions d'existence à l'issue de l'hospitalisation, absence de discrimination en matière de soins dispensés.

Les conditions de participation à l'exécution du service public hospitalier diffèrent selon le statut de l'établissement :

- elle est de droit pour les hôpitaux publics et les centres de lutte contre le cancer⁽³⁾ ;
- peuvent être admis à participer à son exécution les hôpitaux privés à but non lucratif, à leur demande et sur décision du directeur de l'ARH, sous réserve de conditions d'organisation et de fonctionnement et d'élaboration d'un projet d'établissement⁽⁴⁾ ; ils sont alors « participants au service public hospitalier » (PSPH) ;
- les conditions sont plus restrictives pour les autres établissements privés : la concession pour l'exécution du service public hospitalier impose le respect des obligations déjà citées et protège le concessionnaire contre la création ou l'extension de services d'hospitalisation de même nature et lui ouvre le droit à des subventions d'équipement ; l'accord d'association au fonctionnement du service public hospitalier est passé avec un hôpital public pour la réalisation d'un ou plusieurs objectifs déterminés⁽⁵⁾. Ces dispositifs ont eu un succès modéré.

Le système **ne met donc pas en concurrence les établissements de santé pour l'exécution du service public hospitalier**, à la différence de la plupart des services publics⁽⁶⁾. Le service public est essentiellement conçu comme une prérogative de l'hôpital public, avec l'apport des établissements PSPH.

L'admission des assurés sociaux (et donc la prise en charge de leurs soins par l'assurance-maladie) **ne découle pas de la participation au service public hospitalier** mais des autorisations délivrées ainsi que, pour les honoraires des praticiens des cliniques, de l'adhésion aux conventions médicales.

(1) Art. L. 6112-1 du code de la santé publique.

(2) Art. L. 6112-3 du code de la santé publique.

(3) Art. L. 6112-2 du code de la santé publique.

(4) Art. L. 6161-6 du code de la santé publique.

(5) Art. L. 6161-9 et L. 6161-10 du code de la santé publique.

(6) Le juge administratif a toutefois jugé que la concession de service public hospitalier accordée par l'État à un établissement privé est une délégation de service public soumise aux conditions de publicité de la loi Sapin (CAA Paris, 27 juin 2005, Centre cardiologique du Nord).

Ce système connaît **plusieurs limites** :

- les conditions variables de participation au service public hospitalier ainsi que son caractère volontaire pour les établissements privés ne correspondent plus toujours aux besoins d'accessibilité de la population. **Le rôle de l'hospitalisation privée, comme acteur essentiel d'un territoire ou complément de l'hôpital public, n'est pas explicité** ;
- le **respect des obligations de service public hospitalier** n'est qu'insuffisamment vérifié tandis que le cadre de la concession apparaît obsolète pour penser la participation des cliniques au service public.
- le cadre de **compensation financière** des obligations et missions de service public mérite d'être précisé : absence d'exacte superposition entre les missions d'intérêt général (MIG) et les missions de service public, critères d'objectivation des MIG encore incomplets (malgré des progrès récents) ;
- l'**accessibilité financière** (dépassements d'honoraires pour les praticiens libéraux) n'est pas explicitement incluse dans les contours du service public hospitalier.

Les propositions pour mieux accompagner l'évolution de l'offre de soins

Clarifier la doctrine en matière d'organisation des soins hospitaliers

Accompagner l'évolution de l'offre de soins exige donc de **tenir compte d'abord des besoins de la population, des exigences de qualité (niveaux de recours) et de mener une analyse économique**. Il ne s'agit pas de promouvoir une organisation uniforme mais de privilégier une approche pragmatique et exigeante.

Quelle analyse des besoins ?

L'organisation des soins ne peut que tenir compte des problématiques générales d'aménagement du territoire (bassins de vie et d'emploi, zones d'attractivité, transports...). Il convient résolument de **penser cette organisation à partir des besoins et non pas de l'offre** ou des structures existantes.

Pour **s'ancrer dans l'avenir, un hôpital doit répondre à des besoins** et s'inscrire dans une offre de soins graduée, ce qui exige une analyse territoriale pertinente, tenant compte des flux de population et des bassins d'emploi, et graduée selon les activités⁽¹⁾.

(1) Voir par exemple les travaux menés en géographie de la santé : E. Vigneron, *Santé publique et aménagement du territoire*, ADSP, n° 29, 1999 ; S. Haas et E. Vigneron, *Évaluations et territoires*, DIACT, La Documentation française, 2007 ; E. Vigneron, *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*, DATAR, La Documentation française, 2004.

Les travaux de géographie et d'économie de la santé fournissent à cet égard des analyses permettant d'illustrer les bassins de population pertinents en fonction des activités dans une logique de gradation des soins.

Quels rapprochements d'activité dans le secteur public ?

La France se caractérise par son **nombre important d'hôpitaux publics**. Certains hôpitaux publics, du fait de leur taille ou de leur positionnement, peinent à garantir leur attractivité et se trouvent ainsi mis en danger. **Les rapprochements peuvent constituer une réponse pertinente, sous certaines conditions.**

Les rapprochements d'activités doivent tenir compte d'exigences de qualité, mais aussi de pertinence économique. Ainsi, si des regroupements peuvent offrir des avantages en termes de mutualisations, d'économies de gamme et d'économies d'échelles, ils ne doivent pas non plus conduire à des déséconomies d'échelles. Les études disponibles⁽¹⁾ tendent à montrer que des économies d'échelles sont réalisées à des niveaux assez bas (200 lits environ) et que les déséconomies d'échelles deviennent importantes au-delà de 650 lits. La pertinence des rapprochements doit donc s'apprécier au cas par cas.

Au-delà des regroupements, **l'approche doit également être conduite en termes de spécialisation.** Les apports de la spécialisation en termes de qualité ont été largement documentés. En matière de chirurgie notamment, il importe de prioriser clairement les objectifs : **la sécurité du patient prime sur la proximité.**

Quel rôle pour l'hospitalisation privée ?

Repenser le rôle des cliniques implique de préciser leur rôle dans le service public hospitalier, sous réserve naturellement du respect de contraintes de service public et d'accessibilité financière.

Les cliniques privées ne peuvent aujourd'hui apparaître, sauf situation particulière, comme un simple complément à l'offre de soins du service public hospitalier. La place qu'elles occupent désormais sur certains segments a fortement scellé leur inscription dans l'offre de soins : près des deux tiers de l'activité de chirurgie (et plus de 70 % pour l'hospitalisation partielle)⁽²⁾ ; la moitié des séances de radiothérapie et un tiers des séances de chimiothérapie⁽³⁾ ;

(1) Par exemple, V. Aletras, A. Jones et T.A. Sheldon, *Economies of Scale and Scope* ; B. Ferguson et M. Goodard, "The Case For and Against Mergers", in B. Ferguson, T. Sheldon et J. Posnett, *Concentration and Choice in Health Care*, Glasgow, Royal Society Medicine Press, 1997.

(2) En 2005, 58 % des séjours relevant d'une catégorie majeure de diagnostic de nature chirurgicale ont été pris en charge par les cliniques (51 % pour l'hospitalisation complète, 72 % pour l'hospitalisation partielle). Source : DREES, PMSI-MCO.

(3) En 2005, les cliniques ont assuré 32 % des séances de chimiothérapie et 51 % des séances de radiothérapie. Source : DREES, SAE.

un tiers des journées d'accueil en soins de suite et de réadaptation⁽¹⁾. Leur participation à la prise en charge des urgences (10 % des passages aux urgences⁽²⁾) et le développement d'actions de santé publique au titre des missions d'intérêt général marquent une nouvelle étape de leur évolution.

La situation doit être appréhendée de façon différente selon les conditions géographiques.

Pour des bassins de population de taille restreinte, l'existence de plusieurs établissements de santé en concurrence conduit à des doublons sans offrir l'envergure qu'appellent des investissements souvent coûteux, tandis que les services n'atteignent pas la taille critique nécessaire pour assurer un service de qualité. **La recherche de complémentarités et la spécialisation des activités** apparaissent donc comme une nécessité.

Dans certains cas et pour certaines activités, l'hospitalisation privée peut alors offrir une alternative à l'hôpital public à la condition que soient strictement **garantis le respect d'obligations de service public et l'accessibilité financière** pour les patients. C'est ici que le cadre statutaire de l'hospitalisation privée doit être adapté, y compris pour les médecins – les travaux de la commission présidée par Alain Bacquet⁽³⁾ avaient déjà recommandé que dans les situations de monopole de fait une partie des honoraires des médecins soit facturée en secteur 1.

Pour des bassins de population suffisamment importants, au contraire, la présence de plusieurs établissements accroît la liberté de choix et peut représenter un aiguillon pour l'amélioration de l'efficacité et de la qualité. Cette logique est d'ailleurs à l'œuvre dans le rapprochement des règles de financement et d'autorisation des différentes catégories d'établissements. Cela n'exclut pas des partenariats public-privé pour certains investissements particulièrement coûteux.

Dans ces conditions, complémentarité et concurrence entre établissements doivent se combiner pour prendre en compte les exigences de qualité et d'efficacité économique et pour que chaque patient puisse avoir accès à au moins un établissement lui garantissant qualité, service public et accessibilité financière. Sous réserve d'une adaptation de ses contraintes, l'hospitalisation privée à statut commercial représente l'un des acteurs de ce service à la population.

Comment accompagner l'organisation des soins ?

Les outils d'accompagnement à la recomposition sont variés : réglementation quantitative par indices, réglementation qualitative par normes et seuils d'activité, promotion de rapprochements et de coopérations public-public

(1) Source : DREES, SAE.

(2) En 2004, les établissements financés hors dotation globale – cliniques pour l'essentiel – représentaient 17 % des sites d'urgences et 10 % des passages aux urgences. Source : DREES, SAE.

(3) Rapport IGAS n° RM 199054 P, *Groupe de travail sur les coopérations hospitalières et l'évolution du secteur privé lucratif*.

et public-privé, incitations économiques par le biais de la tarification... Ces outils ne s'opposent pas mais se complètent.

Il est aujourd'hui nécessaire **d'imaginer des incitations** innovantes pour accompagner les adaptations de l'offre de soins. Les établissements de santé privés, cliniques et PSPH, qui y sont poussés par leur mode de gestion, se sont déjà largement recomposés. C'est pourquoi il est nécessaire d'inciter au **développement de complémentarités** entre hôpitaux publics.

Clarifier la doctrine pour l'organisation des soins hospitaliers : fonder l'analyse sur les besoins et non sur les structures existantes ; conduire des rapprochements entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de sécurité, ainsi que de pertinence économique ; tenir compte du rôle de l'hospitalisation privée à statut commercial.

Favoriser le développement de complémentarités entre hôpitaux publics

Des rapprochements entre hôpitaux publics doivent être encouragés pour développer des complémentarités, autour d'un projet pertinent en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population.

Il permet d'éviter des concurrences néfastes et de développer de nouvelles activités (SSR notamment). Ces rapprochements doivent être fondés sur **une logique de stratégie médicale, essentielle pour l'avenir des hôpitaux publics**. Or les hôpitaux sont souvent attachés à leur identité locale tandis que les formes de coopérations existantes favorisent généralement des projets fondés sur des moyens (plateaux techniques) sans inciter au développement de stratégies cohérentes. Sur le plan des politiques locales, l'intercommunalité a permis de surmonter ces difficultés pour développer des stratégies partagées à l'échelle des agglomérations ou des territoires.

Ces rapprochements public-public ne s'opposent pas au développement de coopérations public-privé : elles offrent une réponse à des situations de concurrence entre hôpitaux publics dans une logique de spécialisation et de complémentarité.

Il s'agit donc d'inciter les hôpitaux publics à **se rapprocher pour former des communautés hospitalières de territoire**⁽¹⁾, autour d'un socle en termes de plateau technique et de compétences médicales.

Ces communautés devront définir un **projet commun** pour leurs activités, définissant clairement les complémentarités et les spécialisations d'activité recherchées. Pour ce faire, elles devront disposer de compétences stratégiques : définition du projet stratégique, incluant l'évolution des activités

(1) Il faut préciser que le périmètre de la communauté hospitalière de territoire ne sera pas basé sur les territoires des intercommunalités.

médicales, de la formation, des systèmes d'information et des politiques de coopération et de réseaux, politique de qualité. Elles pourraient assurer la gestion des autorisations. Le projet stratégique de la communauté devrait naturellement être conforme aux orientations déterminées par le SROS.

Il est crucial que ces communautés aient un périmètre pertinent (cohérence des activités de ses membres). Le rôle de l'ARH/ARS sera essentiel pour veiller à la cohérence du projet. Les modalités de création des établissements publics de coopération intercommunale pourraient offrir un exemple intéressant.

Elles devront se voir **déléguer des compétences** par les établissements de la communauté, dans une optique de mutualisation : par exemple, gestion des ressources humaines (personnel médical et d'encadrement), politique de formation continue, information médicale, logistique, politique d'investissement. C'est au niveau des activités cliniques que des mutualisations doivent être recherchées : elles constituent l'activité essentielle de l'hôpital et sont, comme telles, à l'origine de ses recettes et de la majorité de ses coûts. À l'instar de l'intercommunalité, certaines compétences pourront être obligatoires tandis que d'autres seront optionnelles.

L'organisation institutionnelle⁽¹⁾ pourrait avec souplesse s'inspirer de l'organisation intercommunale (instance délibérante, voire représentation médicale), en évitant au maximum la démultiplication des structures et en évitant de créer des échelons supplémentaires. Une direction commune permettrait d'accroître la cohérence du projet.

Il conviendra, au-delà de l'intérêt intrinsèque du projet, **de se montrer fortement incitatif pour accompagner ces rapprochements**. L'utilisation des enveloppes (aides à la contractualisation, fonds de modernisation, ainsi qu'aides à l'investissement) pourrait en tenir compte pour accorder une bonification aux communautés hospitalières de territoire⁽²⁾. Il conviendra d'évaluer ce dispositif dans les deux ans.

Accompagner les rapprochements d'hôpitaux publics par la création de communautés hospitalières de territoire, fondées sur un projet d'activités médicales communes et dotées de compétences stratégiques ; encourager ces rapprochements par des incitations fortes.

(1) Sous réserve d'adaptations, la possibilité offerte par la LFSS 2008 de créer des GCS de territoires pourrait représenter une opportunité. Les procédures de création de communautés de communes et de communautés d'agglomérations pourraient utilement inspirer les modalités de création des communautés hospitalières de territoire.

(2) Il est ainsi envisageable de conditionner certaines aides.

Faire évoluer les conditions de participation des cliniques à l'offre de soins

Le rôle joué par les cliniques implique d'aménager les conditions de leur participation à l'offre de soins. La conception de l'activité sous forme de « clinique ouverte⁽¹⁾ » est devenue obsolète, comme le montre le développement d'activités d'urgences : les urgences imposent une permanence médicale induisant une rémunération forfaitaire ; elles impliquent généralement, dans les faits, une facturation au tarif du secteur 1 pour les actes pratiqués dans ce cadre. Il s'agit donc de repenser les relations entre les cliniques et l'autorité de régulation (ARH/ARS).

Préciser les conditions de prise en charge du service public par les cliniques

Le droit hospitalier utilise classiquement la concession de service public (cf. *supra*), le dispositif de « participation au service public hospitalier » n'étant pas ouvert aux cliniques. C'est ainsi que le transfert, dans le cadre d'une opération de restructuration, d'une activité chirurgicale à une clinique, qui détient de ce fait un monopole pour cette activité, légitime dès lors de la soumettre à des obligations de service public. Tel est le cadre offert par la concession de service public prévue à l'article L. 6122-9 du code de la santé publique (CSP).

Or, malgré son intérêt, **ce cadre n'a été utilisé que marginalement** : les observateurs ne dénombrent qu'une trentaine de contrats de concession signés depuis les années 1990⁽²⁾ et la profession interrogée en a recensé moins d'une douzaine.

De plus, **le contenu de ce contrat de concession ne répond plus aux besoins**. Il ne permet pas, en effet, de résoudre la difficulté essentielle des dépassements d'honoraires. Il n'est pas non plus certain qu'il garantisse le respect effectif de strictes obligations de service public, notamment pour les conditions d'accès des patients ou la permanence des soins. Or l'absence pour certaines activités d'un établissement du service public hospitalier rend indispensable de **garantir, pour les patients des cliniques, un accès aux soins équivalent à celui du secteur public hospitalier**.

Par ailleurs, le contrat de concession comporte l'avantage pour le concessionnaire d'un engagement de l'État de n'autoriser ni d'admettre aucune création ou extension d'un autre établissement de santé dans une zone déterminée par ce contrat aussi longtemps « que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ». Cette clause conduit à paralyser l'action du

(1) Il n'est pas fait ici référence à la notion de clinique ouverte telle qu'elle est définie, dans le cas des hôpitaux publics, par le code de la santé publique, mais à la dissociation entre, d'une part, une clinique propriétaire des installations et plateaux techniques, et, d'autre part, les médecins exerçant dans le cadre d'une activité libérale.

(2) M. Cormier, *Mutations et enjeux des coopérations hospitalières*, AJDA, 27 février 2006.

planificateur sans constituer une contrepartie particulièrement recherchée de la part des cliniques.

Il convient donc de définir de nouveaux outils. **L'intérêt et le pragmatisme d'une voie contractuelle** doivent être soulignés, qu'il s'agisse de rénover la concession de service public hospitalier⁽¹⁾ ou de définir un contrat *ad hoc* de service public hospitalier, susceptible de garantir aussi bien les exigences de service public nécessaires aux patients que les droits de l'établissement signataire.

Ce nouveau cadre doit intégrer des **garanties pour l'accès aux soins au tarif du secteur 1**. À défaut d'une disposition législative établissant une telle obligation, le contrat qui lie l'établissement à l'ARH/ARS et qui fonde la prise en charge des soins par l'assurance-maladie serait complété par l'introduction d'une clause garantissant que l'établissement privé concessionnaire et les praticiens libéraux y exerçant pratiquent un quota d'actes en secteur 1 dans la discipline faisant l'objet du contrat de concession. Le droit applicable au contrat et à l'autorisation devrait également sanctionner explicitement le respect de ces clauses.

Cet avantage notable devrait s'accompagner de clauses assurant la pérennité du service public, notamment sous la forme de pénalités sévères en cas de manquement. Ce n'est qu'à cette condition que le dispositif projeté pourrait s'inscrire dans le paysage institutionnel

Preciser les conditions d'adhésion des médecins à ces missions et obligations

L'adhésion des médecins des cliniques – qui sont pour l'essentiel des praticiens libéraux relevant de relations conventionnelles avec l'assurance-maladie – **est une condition essentielle et nécessaire** de la réussite de cette modernisation des relations entre cliniques et régulateur. En effet, les cliniques ne sauraient en l'état actuel du droit contractualiser au nom de leurs médecins libéraux. L'expérience témoigne de réussites liées à l'engagement volontaire des praticiens mais le cadre doit être sécurisé.

Une première option serait de prévoir une **convention tripartite** : l'avantage serait de favoriser l'adhésion des médecins au processus contractuel engagé avec l'ARH/ARS. Une telle solution ne saurait être exclue en cas de contrat comportant des obligations de service public, si l'on considère que les obligations relatives à la facturation des honoraires médicaux exigent un engagement formel des médecins.

Une autre voie serait de rechercher l'adhésion des médecins **via la conférence médicale d'établissement (CME)**. Comme pour le contrat de bon

(1) La cour administrative d'appel de Paris (2005, Centre cardiologique du Nord) a estimé que la concession de service public hospitalier s'assimilait à une délégation de service public et qu'elle devait par conséquent faire l'objet d'une publicité préalable. La portée de cette jurisprudence peut toutefois être limitée en cas de situation de monopole.

usage du médicament, qui lie l'établissement à l'ARH, la signature du président de la conférence médicale pourrait être exigée.

Cette évolution du cadre contractuel conduirait sans aucun doute à **étendre les compétences de la CME** à l'ensemble des questions qui engagent les médecins : projet médical, contrat de bon usage, contrat de modération des honoraires mentionné ci-dessus, droit d'alerte médical. Cette extension ne devrait pas conduire à interférer avec les compétences propres du conseil d'administration⁽¹⁾ de ces sociétés commerciales ni à transformer cette conférence en instance de concertation ou de consultation obligatoirement consultée pour avis pour des questions non spécifiquement médicales.

Veiller aux conditions de concurrence en cas de concentration

Face aux concentrations susceptibles de déséquilibrer l'offre de soins, deux dispositifs devraient être mobilisés.

En amont des opérations de rachat et de concentration, l'article L. 430 du code du commerce organise une **procédure de notification préalable**, classique dans le domaine du secteur de la santé, comme le montre le volume non négligeable de décisions prises par le ministre de l'Économie⁽²⁾.

Cette procédure, même si elle est couramment utilisée pour les établissements de santé, **mérite d'être précisée**. Il est en effet important sur le plan économique de mieux définir le marché pertinent pour apprécier l'impact de la concentration. Dans le domaine des soins hospitaliers, l'analyse doit pouvoir s'appuyer sur les éléments de planification qui tiennent compte de la bonne adéquation entre les besoins exprimés et les équipements installés, pour laquelle l'analyse territoriale est un élément déterminant. Le marché peut être régional ou interrégional (cas de la neurochirurgie par exemple) mais aussi infrarégional par rapport aux territoires de santé. Mais une analyse par activité et sous-activité doit aussi être menée (par exemple, pour les prothèses par rapport à la chirurgie orthopédique). Il s'agit de promouvoir une **définition du segment de marché** susceptible de subir l'effet négatif de la concentration. Or les enquêtes actuelles s'appuient sur une analyse assez large du marché pertinent, selon une position constante de l'administration⁽³⁾.

Seule la **participation de l'ARH/ARS à l'enquête** serait de nature à professionnaliser l'analyse, éviter des effets déstabilisateurs sur l'offre de soins et offrir les éléments nécessaires pour adopter une segmentation plus fine des marchés de la santé. Au surplus, cette évolution permettrait de

(1) En particulier lorsque l'actionnariat est médical.

(2) Lettres C2007-80 du 24 juillet 2007 au conseil de la société Vitalia Développement, C2005-14 au conseil de la Générale santé, lettre du 4 décembre 2003 aux conseils de la société Capiro Santé pour les plus récentes.

(3) Dans ses décisions (lettre du 20 mai 2003 relative à l'hôpital-clinique Claude-Bernard et du 4 décembre 2003), le ministre de l'Économie n'excluait toutefois pas la possibilité d'une segmentation des marchés «par groupes d'activités spécialisées» au sein de chaque grande discipline tarifaire.

renforcer la cohérence de l'action publique, l'ARH/ARS continuant d'autoriser les regroupements.

L'horizon temporel des investisseurs peut être de relativement court terme. L'importance de l'hospitalisation privée dans l'offre de soins implique une **consolidation du secteur**, ce qui implique la recherche de financements longs. La mobilisation des actifs immobiliers pourrait être envisagée sous des formes multiples : SCI, cantonnement des actifs immobiliers avec compte séparé mais maintien au bilan ou recours à des baux emphytéotiques.

L'engagement des grandes institutions financières, telles que la Caisse des dépôts, sous forme de mise en œuvre d'un fonds d'investissement coté devrait être étudié, de même que celui de la Mutualité ou des groupes d'assurances.

Enfin, dès lors que les coopératives médicales n'ont pas rencontré le succès escompté, la recherche de solutions fiscales destinées à favoriser **l'actionnariat médical** et des personnels est un impératif.

Définir un nouveau cadre contractuel de prise en charge du service public hospitalier par les cliniques, en intégrant des garanties en termes d'accessibilité financière et précisant les pénalités ; permettre l'adhésion des médecins à ces missions et obligations par une extension des compétences de la CME.

Veiller aux conditions de concurrence en cas de concentration par un meilleur usage de la procédure de notification préalable : définition plus précise des segments de marché, association des ARH/ARS à la procédure.

Favoriser la consolidation du secteur par la recherche de financements longs et de solutions adaptées à l'actionnariat médical.

Poursuivre les travaux relatifs aux critères de financement relatifs aux missions de service public

L'avenir du service public hospitalier (hôpitaux publics et PSPH), la prise en charge par les cliniques de nouvelles missions et la réussite de la réforme du financement rendent cruciale une **définition précise des financements correspondant au service public hospitalier**, dans ses missions comme ses obligations. Il en va notamment ainsi des missions d'intérêt général (MIG), qui participent du financement des missions de service public hospitalier⁽¹⁾.

(1) En application de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont pour objet de financer des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique (actions relevant du service public hospitalier et notamment l'enseignement, la recherche, la médecine préventive, l'éducation pour la santé, la lutte contre l'exclusion sociale...); des engagements relatifs à la mise en

Or la définition précise des critères de définition du montant des MIG n'est pas encore achevée. Leur répartition initiale s'est effectuée en fonction de coûts historiques déclarés et les travaux effectués par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) – proposition aux ARH de méthodes de chiffrage sur certaines MIG, réforme du dispositif d'attribution des missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) –, malgré leur ampleur, ne permettent pas encore de couvrir l'ensemble du champ des MIG. Bien que les études préliminaires, en concertation avec les fédérations hospitalières, aient connu de réelles avancées, le financement de certains facteurs pouvant expliquer des écarts de coûts, tels que la précarité ou la non-programmation des activités, n'est pas encore identifié. L'avancement de ces travaux constitue un préalable à la mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Ces éléments expliquent **l'importance de l'aboutissement des travaux** engagés par le ministère **de définition de critères de calcul et d'objectivation des surcoûts.**

Poursuivre les travaux de meilleure définition du montant des MIG et d'objectivation des facteurs explicatifs d'écarts de coûts.

œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS); des engagements visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire; des engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements; des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. En pratique, elles financent les activités ne relevant pas d'une tarification à l'activité, comme le souligne la DHOS (circulaires budgétaires 2005 et 2006).

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

L'hôpital public a de vrais atouts : une activité diversifiée, des pôles d'excellence, un personnel investi et motivé par les valeurs du service public. Son rôle dans l'offre de soins est majeur. Il rencontre toutefois de réelles difficultés. Une situation de concurrence de fait avec les autres offreurs de soins, rendue accrue par la convergence des modes de financement, exige de veiller au maintien de son dynamisme et de renforcer sa capacité d'adaptation.

Les constats : des rigidités rendant difficile la modernisation de l'hôpital public

La « nouvelle gouvernance » : la recherche d'un meilleur équilibre entre pouvoirs administratifs et médicaux à l'hôpital

La recherche de partenariats constructifs et le partage des approches, notamment entre direction et présidence de CME, est l'une des évolutions les plus intéressantes de ces dernières années. Les apports de la « nouvelle gouvernance » ne doivent pas être compromis et le « pilotage médico-économique » doit être conforté. Les stratégies doivent être bâties avec le corps médical.

Toutefois, le caractère encore inachevé de la réforme se révèle dans les difficultés de construction des pôles, parfois insuffisamment centrés sur un projet cohérent en termes d'activité médicale, et surtout dans les limites de la déconcentration. La complexité des structures et des procédures, la distance entre les agents et les lieux de décision sont des traits marquants de l'organisation actuelle.

En termes de gouvernance :

- le conseil d'administration peut se trouver placé dans des situations d'arbitrage difficiles entre des objectifs parfois contradictoires : importance de l'hôpital public dans l'emploi local, importance symbolique de l'hôpital dans la présence locale des services publics, santé financière de l'hôpital. Le conseil d'administration ne porte pas la responsabilité financière de son établissement ;
- le directeur est nommé et évalué par l'État ; son évaluation ne prend qu'insuffisamment en compte la recherche d'efficacité de son établissement⁽¹⁾ ;

(1) Rapport IGAS-IGF sur le pilotage de l'efficacité hospitalière par les ARH, avril 2007.

– le conseil exécutif, créé par l’ordonnance du 2 mai 2005, est un organe intéressant mais qui n’a pas levé certaines ambiguïtés de son rôle, entre lieu de concertation et de décision, du fait de sa composition : il peut comprendre jusqu’à 16 membres, il associe à parité la direction et les médecins.

Des craintes en termes d’attractivité de l’hôpital public

Il existe désormais des **craintes quant à la capacité de l’hôpital public à attirer et conserver les praticiens**. Or, la capacité de l’hôpital à attirer les praticiens conditionne son avenir. Il est particulièrement important, dans cette optique, de **prendre en compte les aspirations des jeunes générations de médecins** afin de les attirer et les conserver à l’hôpital public. Il importe également de conserver à l’hôpital public l’ensemble des spécialités, y compris chirurgicales, sans se limiter aux fonctions de recours. Ce point est particulièrement important pour la formation des étudiants en médecine et participe de la qualité du système de santé français au plan international, dans un contexte qui devrait voir se renforcer la mobilité des professionnels.

En termes d’activités, la part relative des différentes catégories d’établissements est restée globalement stable⁽¹⁾. Toutefois, les évolutions de la répartition de l’activité sont contrastées au sein de chacune des disciplines : pour l’hôpital public, en médecine, augmentation continue pour l’hospitalisation complète mais diminution pour l’hospitalisation partielle ; en chirurgie, augmentation pour l’hospitalisation complète et stabilité pour l’hospitalisation partielle ; en obstétrique, augmentation pour l’hospitalisation complète et légère diminution pour l’hospitalisation partielle. Toutefois, dans la mesure où le volume total de l’activité chirurgicale a augmenté, le nombre d’actes réalisés par les cliniques a augmenté de façon plus importante que celui de l’hôpital public. Ces données démontrent par ailleurs l’enjeu crucial que représentent les activités d’hospitalisation partielle.

Nombre d’hôpitaux publics indiquent être confrontés au départ de certains de leurs praticiens (en chirurgie et radiologie⁽²⁾ notamment), rendant vacants les postes dans certaines spécialités, y compris pour des hôpitaux de taille importante, voire pour des CHU. Cette perspective est préoccupante et semble s’accélérer, du point de vue de nombre de professionnels éclairés.

Pour les médecins

Les organisations représentant les médecins ont analysé les facteurs nuisant à l’attractivité de l’hôpital public. Un paradoxe a été souligné : bien que tous les étudiants suivent leur formation à l’hôpital public, nombre d’entre eux

(1) Cf. données fournies en annexe.

(2) En 2005, 4 000 radiologues exerçaient comme salariés (hôpitaux publics ou privés à but non lucratif) et 3 000 à titre libéral. Yvon Berland, *Mission relative à la démographie médicale hospitalière*, septembre 2006.

ne souhaitent pas y exercer et des emplois de praticiens hospitaliers (PH) restent vacants⁽¹⁾.

En ce qui concerne les rémunérations, il faut relever la difficulté de la comparaison. Comme l'avait souligné le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)⁽²⁾, les connaissances sur le revenu total des médecins libéraux sont lacunaires (charges, activités salariées annexes, variations en fonction du secteur conventionnel et de la spécialité). Il en va de même pour les éléments annexes de la rémunération des praticiens hospitaliers (gardes et astreintes notamment). Les cumuls entre activité libérale et salariée sont également fréquents⁽³⁾. Une étude de la DREES, issue de l'enquête Revenus fiscaux de l'INSEE, indique que les médecins hospitaliers salariés perçoivent en moyenne 80 % des revenus des médecins libéraux. Toutefois, cette étude ne distingue pas les médecins de l'hôpital public des médecins exerçant en PSPH, ni les différentes spécialités⁽⁴⁾. L'étude du HCAAM précitée indique que les écarts ne seraient en moyenne pas perceptibles en début de carrière mais se creuseraient au-delà de 35 ans. Enfin, la comparaison n'a de sens que spécialité par spécialité, compte tenu des grands écarts qui existent au sein des revenus des professionnels libéraux⁽⁵⁾. Des travaux complémentaires sur ce sujet sont donc nécessaires.

Au-delà du seul montant de la rémunération, **l'absence d'impact sur la rémunération de la qualité et de la quantité du travail fourni est un point essentiel.** La valorisation de l'activité clinique est ainsi apparue comme un enjeu de motivation important.

Enfin, **si la rémunération est un facteur important d'attractivité, il n'est pas le seul : complexité des circuits de décision, lourdeur de l'organisation et éloignement des centres de décision sont des éléments qui expliquent aussi la défiance des médecins par rapport à l'organisation hospitalière publique.** Dans certaines spécialités (radiologie notamment), l'accès à un matériel de haut niveau est également un élément important. *A contrario*,

(1) Au 1^{er} janvier 2005, 16 % des postes de PH plein temps et 30 % des postes de PH temps partiel étaient vacants. Ces données n'incluent toutefois pas les postes vacants mais occupés par des médecins contractuels, estimés à 8 % du temps médical total par un rapport de l'IGAS en 2003. Il faut également souligner qu'entre 1998 et 2005 les effectifs médicaux ont augmenté de 13 % dans les CHU, de 23 % dans les CH et de 12 % dans les CHS, avec des variations importantes selon les régions. Source : Yvon Berland, *op. cit.*

(2) Avis sur les conditions d'exercice et le revenu des médecins libéraux adopté par le HCAAM le 24 mai 2007.

(3) 40 % des médecins libéraux perçoivent aussi des salaires tandis que 20 % des médecins hospitaliers ont une activité libérale, selon une étude de la DREES. *Comparaison des revenus des médecins avec ceux des autres cadres, Études et Résultats*, n° 578, DREES, juin 2007.

(4) *Ibid.*

(5) Selon la DREES, le revenu libéral annuel moyen s'établissait en 2004 à 196 000 € pour un radiologue, 150 000 € pour un anesthésiste, 115 000 € pour un chirurgien (toutes spécialités chirurgicales confondues), 90 000 € pour un gastro-entérologue, 68 000 € pour un rhumatologue. *Les Revenus libéraux des médecins en 2003 et 2004, Études et Résultats*, n° 457, DREES, janvier 2006.

la possibilité d'assurer des missions d'enseignement et de recherche représente un facteur d'attractivité.

Pour les autres professionnels du soin

Malgré une opinion très positive portée par la population sur les métiers de la santé et tout particulièrement sur les professionnels de l'hôpital, nombre de professionnels font part d'un **sentiment de malaise** : charge de travail, organisation du travail, répartition du temps de travail entre tâches administratives et fonction de soin, nature et répartition des tâches entre les différents professionnels de santé, impact sur les organisations de la mise en place des 35 heures, évolution de la relation au patient, ampleur des réformes et des restructurations constituent des éléments d'inquiétude pour les professionnels.

Les attentes des professionnels du soin en termes d'évolution professionnelle dans leur domaine de compétence sont des éléments forts du malaise actuel. Les perspectives actuelles d'évolution professionnelle portent essentiellement sur des fonctions d'encadrement administratif, ce qui n'est pas suffisant. La nécessité de favoriser les mobilités afin d'aménager les carrières et profils de poste dans le temps doit être réaffirmée.

Selon deux études de la DREES⁽¹⁾, le personnel soignant de l'hôpital public estime faire face à un accroissement des efforts d'attention requis par le travail et du rythme de travail et se montre plus critique que le personnel des cliniques quant à l'environnement de travail (locaux, bruit...). Les infirmiers soulignent tout particulièrement la charge mentale en même temps que le poids des contraintes physiques.

Des difficultés de gestion réelles

La mise en place puis la montée en charge de la tarification à l'activité (T2A) ont constitué un puissant révélateur des difficultés de certains hôpitaux, en particulier pour les établissements en déficit perdants à la T2A. Il apparaît que ce sont les établissements les plus importants qui ont les déficits les plus significatifs. Ce constat interroge quant à la capacité de ces établissements à investir.

Une mission récente de l'IGAS⁽²⁾ a souligné les **obstacles structurels au retour à une situation plus saine** : une réflexion insuffisante sur les causes des difficultés (analyse insuffisante de l'activité médicale, réponse trop limitée à l'éparpillement des établissements, équipes de direction insuffisamment armées); elle a également souligné les rigidités qui prévalent en matière de gestion du personnel. Les analyses menées par la MEAH révèlent d'importants

(1) *Les Conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, Études et résultats*, n° 335, DREES, août 2004; *Les Conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail, Études et résultats*, n° 373, DREES, février 2005.

(2) Rapport IGAS n° 2007-164P.

différentiels de productivité avec le secteur privé, même si des différences intra-sectorielles subsistent.

Au total, ces difficultés constituent un **signal d'alerte** important : elles révèlent la fragilité du secteur hospitalier public. Le sentiment a prévalu, au cours des travaux, que l'hôpital public se trouvait face à un défi crucial pour son avenir : des leviers qui lui seront donnés pour faire évoluer son activité et son fonctionnement interne et de leur utilisation dépendront son aptitude à maintenir le rôle fondamental qui est le sien dans l'offre de soins aujourd'hui.

Trois enjeux doivent être plus particulièrement soulignés face à ce constat :

- l'importance cruciale de l'adaptation des activités à l'évolution des besoins de la population, qui doit constituer la pierre angulaire de l'action ;
- la recherche de complémentarités accrues entre hôpitaux publics, face à une situation parfois marquée par un émiettement et une concurrence délétère, mais aussi de partenariats avec les hôpitaux privés pour développer une offre de services plus performante ;
- l'adaptation des modalités de gestion et de gouvernance interne pour permettre aux établissements de faire face à l'ampleur de ces défis.

Le dynamisme de l'hôpital public relève d'une responsabilité collective : responsabilité en termes de pilotage du système de santé ; responsabilité des dirigeants d'établissements ; responsabilité des professionnels dont la motivation et l'investissement constituent la richesse essentielle de l'hôpital public. C'est pourquoi il convient de promouvoir des évolutions susceptibles d'accompagner la modernisation des hôpitaux publics, sans négliger les autres acteurs de l'hospitalisation (PSPH et cliniques).

Des rigidités en matière de ressources humaines

La gestion des ressources humaines à l'hôpital constitue l'un des axes forts d'évolution pour l'hôpital public. D'une part, l'hôpital s'apprête à connaître, comme les autres secteurs d'activité, un tournant démographique : départs à la retraite, mais aussi impact de l'âge des agents sur la gestion des conditions de travail. D'autre part, la masse salariale représente plus de 70 % des dépenses de l'hôpital public.

Or la gestion du personnel hospitalier souffre de **rigidités**, qui rendent plus ardue la **mutabilité du service public hospitalier** :

- difficultés à faire évoluer rapidement les ressources humaines pour s'adapter aux évolutions de la structure de l'activité de l'établissement et à ses priorités, auxquelles s'ajoute l'impact des plans de santé publique ;
- centralisation des nominations et des recrutements pour le personnel médical (ainsi d'ailleurs que pour le personnel de direction) ;
- faiblesse des politiques d'intéressement.

La Cour des comptes⁽¹⁾ soulignait l'existence de plus d'une vingtaine de catégories de personnels médicaux : 11 catégories de personnels hospitalo-universitaires (titulaires permanents, titulaires temporaires, non titulaires); 10 catégories de personnels hospitaliers (titulaires ou temporaires, à temps plein ou partiel); personnels en formation (internes et faisant fonction d'internes) – le tout pour un total de 12 décrets statutaires. Elle recensait 24 décrets statutaires pour le personnel non médical.

De plus, les **politiques d'accompagnement à une gestion active des ressources humaines** restent encore trop limitées, notamment pour les établissements en difficulté ou mettant en œuvre une politique d'évolution de leur activité, comme l'a souligné l'IGAS⁽²⁾. Pour la gestion des ressources humaines médicales, la création récente du **Centre national de gestion (CNG)** représente une évolution positive, encore en cours de montée en charge. La position de recherche d'affectation récemment introduite dans le statut des PH est l'opportunité d'un coaching et d'un accompagnement actif pour les professionnels désireux d'un repositionnement professionnel.

En ce qui concerne les **politiques d'intéressement**, celles-ci sont encore trop limitées. La détermination de modalités d'intéressement collectif est déjà possible (la politique d'intéressement fait d'ailleurs partie des compétences du conseil d'administration); la mise en place des pôles constitue une opportunité de valorisation de l'investissement des agents plus près du terrain. Toutefois, ces possibilités restent encore peu usitées. La mise en place d'une part variable de rémunération (part variable complémentaire) est actuellement limitée aux seuls chirurgiens et le système mis en place ne répond pas aux objectifs attendus.

Les propositions pour favoriser réactivité et responsabilité dans la gouvernance de l'hôpital public

Les règles d'organisation applicables à l'hôpital public doivent changer pour favoriser les évolutions rapides attendues.

Ce sont les règles attachées à la nature d'établissement public de santé, et non la nature juridique de l'hôpital public, qui doivent être adaptées, dans un souci de pragmatisme. Il s'agit donc, compte tenu de la particularité de la mission dévolue aux établissements publics de santé, d'adapter les règles qui leur sont applicables dans le sens d'un statut *ad hoc*.

(1) *Les Personnels des établissements publics de santé*, Cour des comptes, mai 2006.

(2) Rapport IGAS n° 2007-164P précité.

Cette évolution **ne doit pas compromettre la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance**, qui constitue une bonne réforme à laquelle il faut laisser le temps de se mettre en place.

Les pistes d'évolution qui doivent favoriser le dynamisme et l'adaptabilité de l'hôpital public sont les suivantes : la gouvernance interne ; les règles de gestion ; les outils en termes de ressources humaines.

Faire évoluer les règles de gouvernance interne des hôpitaux publics

Les évolutions qui sont proposées n'ont pas pour objectif de remettre en cause la « nouvelle gouvernance », mais de permettre un **meilleur exercice par chacun de ses responsabilités**, cette réflexion impliquant de préciser les rôles de l'ensemble des acteurs, au premier rang desquels le directeur, le conseil d'administration et le conseil exécutif.

Les organes décisionnels

Cela implique une clarification des rôles. Il est proposé une évolution équilibrée fondée sur trois piliers complémentaires :

- un directeur conforté et responsabilisé ;
- un organe délibérant recentré sur la définition d'orientations stratégiques ;
- un conseil exécutif resserré impliquant fortement les médecins.

Le **conseil d'administration** n'a, à l'heure actuelle, que des compétences d'attribution, la compétence générale étant détenue par le directeur, qui est l'exécutif de l'établissement. La réforme de 2005 a entrepris de recentrer les compétences du conseil sur des fonctions stratégiques. Son rôle est toutefois rendu difficile dans la mesure où ses membres peuvent être amenés à concilier une compétence relative à l'intérêt de l'établissement, une responsabilité pour le dynamisme des territoires dont ils peuvent avoir la charge, pour certains d'entre eux, en tant qu'élus, et une absence de responsabilité financière réelle à l'égard de l'établissement, bien qu'ils délibèrent sur le budget.

Il faut, en poursuivant les évolutions déjà engagées :

- diversifier la composition du conseil, pour mieux prendre en compte, aux côtés des intérêts des territoires, des usagers et du personnel, la société civile, les professionnels libéraux et les financeurs ;
- introduire, au sein du conseil de surveillance, un représentant de l'assurance-maladie disposant d'un droit d'évocation sur la politique de gestion du risque engagée par l'ARS au sein du territoire. Ce dispositif serait mis en place dans le cadre du pilotage par l'ARS dotée d'une compétence globale sur la gestion du risque ;
- adopter le principe d'une élection du président, en leur sein, par les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées ; cette proposition diffère à cet égard légèrement de celle de l'Association des maires de France, qui souhaite un élu local pour président ;
- recentrer ses missions sur la définition de principes et d'orientations, dont la mise en œuvre relèverait de la compétence de la direction.

Afin de marquer cette évolution, doit être substitué au conseil d'administration un **conseil de surveillance**.

Le management des hôpitaux publics pose une autre question fondamentale : l'hôpital public a besoin de directeurs responsabilisés et recrutés de manière à garantir leur adéquation au poste occupé.

Les **conditions de recrutement et d'affectation des directeurs d'hôpitaux** doivent permettre à l'hôpital public de pouvoir compter sur les hommes et les femmes dont il a besoin grâce à une dynamisation de leur gestion ; la mise en place du Centre national de gestion (CNG) ouvre des possibilités en ce sens :

- enrichir les parcours par le développement de **mobilités hors du corps des directeurs**, et corrélativement, **diversifier les viviers** de recrutement des chefs d'établissement. Ainsi, des cadres issus du privé, des médecins ou toute autre personne qualifiée pourrait, après validation par un comité de sélection, prendre la direction d'un établissement, pour des objectifs et une durée déterminés ;
- renforcer la mission de **gestion dynamique des ressources humaines** du CNG : précision des profils de poste et des critères managériaux en amont du recrutement, politique de recrutement active sur la base de ces profils de poste permettant de proposer une courte liste⁽¹⁾ de candidats en amont des nominations ;
- rendre plus efficaces les **conditions de nomination**, et conséquemment de cessation de fonctions, des chefs d'établissement : établissement systématique de lettres de mission ou de contrats d'objectifs précisant notamment les objectifs d'équilibre financier ; examen des candidatures par le conseil de surveillance avec possibilité d'opposition à la nomination à la majorité qualifiée, dans les deux premiers collèges ; simplification de la nomination, assurée, sur proposition du président du conseil de surveillance, par le directeur d'ARS avec faculté de recours au niveau ministériel – sauf pour les directeurs généraux déjà nommés par décret ; par corrélation possibilité pour le directeur d'ARS de demander le placement du directeur en position de recherche d'affectation. Les DG de CHU seraient nommés par décret en Conseil des ministres afin de bien marquer la responsabilité qui leur incombe. L'ouverture du recrutement leur serait bien entendu appliquée ;
- améliorer l'accompagnement des directeurs, en lien avec le CNG et l'École des hautes études de la santé publique (EHESP) : développement des bilans de compétence, formation d'adaptation à l'emploi ;
- valoriser les résultats obtenus en termes de carrière.

Dans ce cadre, le **conseil exécutif** mis en place par la réforme de 2005 mérite une approche particulière : il est en effet l'instance de formation d'une équipe de direction composée de cadres administratifs et de cadres médicaux. En cohérence avec les autres évolutions proposées, il s'agit de :

- **resserrer sa composition** afin de mieux valoriser sa fonction exécutive, en centrant sa dimension médicale autour des responsables de pôles, responsables du management de l'activité clinique qui est l'objet même de l'hôpital, ainsi que du directeur des soins. Le principe de parité entre administratifs et médecins n'apparaît pas fondamental ;

(1) Nécessairement courte.

– consacrer le rôle essentiel du **président de CME** qui serait désormais le vice-président du directoire – ce qui impliquerait *a contrario* de préciser les conditions de valorisation et de sanction de l'exercice de cette responsabilité – en tenant compte en termes de statut et de formation de l'importance de cette fonction.

Afin de marquer cette évolution, le conseil exécutif peut devenir un **directoire**, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement.

La possibilité de nommer au sein de l'équipe de direction un directeur scientifique, également chargé de l'animation de la politique de recherche, doit être maintenue.

La déconcentration

La pleine utilisation des possibilités offertes par la nouvelle gouvernance est essentielle pour raccourcir les chaînes hiérarchiques et les circuits décisionnels. Il faut aller au bout de la logique : déconcentration des décisions, responsabilisation des services cliniques et médico-techniques.

Les évolutions récentes, notamment l'affectation du personnel médical au sein des pôles et l'évolution de l'organisation des unités cliniques (notion d'unités au sein des pôles confiées à des responsables plutôt que de services⁽¹⁾), offrent des perspectives intéressantes.

Les potentialités offertes par la contractualisation interne et les délégations de gestion doivent être pleinement utilisées, et ce d'autant plus que la taille de l'hôpital est importante⁽²⁾. Dans sa mise en œuvre, cette réforme ne doit pas conduire à la mise en place d'un échelon supplémentaire sans déconcentration, mais à une meilleure déconcentration décisionnelle au niveau des pôles, eux-mêmes constitués d'unités fonctionnelles qui sont les lieux adéquats du management opérationnel.

La liberté d'organisation des hôpitaux publics

Le code de la santé publique définit très précisément, sans doute trop précisément, l'organisation interne de l'hôpital : structuration en pôles, expression du personnel au sein des pôles, organisation des commissions chargées de mettre en œuvre les obligations de l'hôpital, notamment en matière de sécurité et de qualité des soins. Ces obligations s'imposent à tous les établissements, quelle que soit leur taille.

L'organisation en pôles, si elle est adaptée aux établissements d'importance, ne l'est pas forcément pour des établissements de taille restreinte. Ces établissements devraient pouvoir expérimenter la mise en place de pôles

(1) Il faut toutefois souligner, à cet égard, que l'accueil des internes est organisé dans les « services », qui sont seuls agréés, seuls les chefs de service ayant autorité sur un service pouvant recevoir un agrément. Sans doute l'agrément des unités fonctionnelles permettrait-il une meilleure cohérence du système.

(2) Cf. données en annexe sur la taille des hôpitaux.

communs à plusieurs établissements, dans le cadre des communautés hospitalières de territoire.

L'extrême précision des dispositions relatives à l'organisation interne conduit, de plus, à un formalisme et à un lourd impact en termes de procédures. Il importe de privilégier les objectifs aux procédures et aux structures.

C'est pourquoi il convient de **simplifier le cadre juridique de l'organisation des hôpitaux publics**. Seules doivent être précisément définies les instances décisionnelles de l'hôpital – conseil de surveillance, directeur, directoire – et les instances chargées de l'expression du personnel – comité technique d'établissement (CTE), commission médicale d'établissement (CME), comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques –, ainsi que leurs compétences respectives. Les autres instances de l'hôpital doivent être laissées à la liberté des établissements et doivent relever du règlement intérieur.

Le cas des établissements de taille importante

Il faut souligner le caractère spécifique de la gestion des **très grands établissements** : Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), hospices civils de Lyon (HCL) et Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), ainsi que les grands CHR et CHU. On observera à cet égard le risque de déséconomies d'échelles au-delà de 600 ou 650 lits (*cf.* études précitées) lorsque l'organisation est insuffisamment déconcentrée. Peu nombreuses sont d'ailleurs les cliniques qui ont atteint une telle taille.

La question des très grands établissements mérite des études complémentaires spécifiques. En tout état de cause, la question de la déconcentration de leur fonctionnement doit être explicitement posée.

Pour les CHR et CHU, une forte déconcentration au niveau des pôles peut ainsi offrir un cadre adéquat. Cependant, une alternative serait, pour les très gros établissements et les assistances publiques, d'expérimenter une organisation filialisée, comprenant un siège et des établissements eux-mêmes dotés de la personnalité morale – tenant compte de la structuration universitaire lorsqu'à un établissement correspondent plusieurs universités.

De façon générale, le développement des systèmes d'information comme outils de pilotage (suivi de l'activité, mise en place d'une comptabilité analytique, mais aussi gestion du dossier patient y compris sous l'angle du médicament) est une nécessité. Un tel développement est d'autant plus nécessaire pour les établissements de taille importante.

Adapter les règles de gouvernance de l'hôpital public : transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance, doté d'un président élu en son sein ; pour les directeurs, diversifier les viviers de recrutement, développer une gestion dynamique des ressources humaines et rendre plus efficaces les conditions de nomination ; transformer le conseil exécutif en directoire, instance resserrée présidée par le directeur et vice-présidée par le président de la CME.

Simplifier le cadre juridique de l'organisation interne de l'hôpital public.

Déconcentrer le fonctionnement et mener des études complémentaires spécifiques pour les très grands établissements.

Donner de la souplesse aux règles de gestion

En matière d'achats publics

Les achats publics découlent de **deux régimes juridiques différents**, inscrits dans le **cadre fixé par le droit communautaire**⁽¹⁾ :

- le code des marchés publics⁽²⁾, applicable à État et ses établissements publics autres qu'industriels et commerciaux (EPIC), les collectivités territoriales et leurs établissements publics. C'est le cadre applicable aux hôpitaux publics ;
- l'ordonnance du 6 juin 2005 et ses décrets d'application fixant les règles applicables aux marchés passés par les pouvoirs adjudicateurs (au sens du droit communautaire) non soumis au code des marchés publics.

Les organismes visés par l'ordonnance du 6 juin 2005 comprennent les organismes de droit privé ou de droit public autres que ceux qui sont soumis au code des marchés publics, qui sont dotés de la personnalité juridique et ont été créés pour satisfaire spécifiquement des besoins d'intérêt général ayant un caractère autre qu'industriel et commercial. En ce qui concerne le domaine hospitalier, peuvent, sous conditions, relever de cette catégorie les groupements de coopération sanitaire (GCS) et les groupements d'intérêt public (GIP) ainsi que les établissements de santé privés à but non lucratif.

En ce qui concerne les GIP et GCS, des GIP ou GCS « achats » pourraient offrir la possibilité aux hôpitaux publics de bénéficier d'achats sous le régime du décret du 30 décembre 2005 – il en irait de même pour des GCS de territoire dotés d'une compétence en matière d'achats⁽³⁾.

Les achats hospitaliers représentent, en France, plus de 13 milliards d'euros par an⁽⁴⁾. Parmi les dix plus gros acheteurs publics figurent quatre établissements publics de santé : l'AP-HP, l'AP-HM, les HCL et le CHU de Nancy⁽⁵⁾. L'amélioration des achats des hôpitaux publics représente donc un axe important de leur efficacité.

Les réformes récentes du code des marchés publics ont permis des avancées : introduction de nouvelles procédures de marchés (dont le système d'acquisition dynamique, permettant un processus électronique pour des achats

(1) Directives n° 2004/17 et 2002/18 adoptées le 31 mars 2004.

(2) Décret n° 2006-975 du 1^{er} août 2006 portant code des marchés publics.

(3) Sous conditions liées à la composition du GIP ou du GCS.

(4) Source : DHOS.

(5) Source : données de l'Observatoire économique des achats publics citées par le rapport relatif à l'accès des PME aux marchés publics, remis le 7 décembre 2007 par Lionel Stoleru, ancien ministre, au président de la République.

d'usage courant), réduction des délais de réception des candidatures et des offres en cas de procédure dématérialisée, nouvelles dispositions relatives aux groupements de commande. Selon la DHOS, les marchés de conception et de réalisation ont permis un gain de temps dans le lancement des opérations financées par le Plan hôpital 2007.

En accord avec le rapport de M. Stoleru, les institutions auditionnées ont estimé préjudiciable à l'hôpital public le maintien de l'application aux hôpitaux publics du code des marchés publics, estimant qu'elle était source de surcoûts et d'un allongement des délais de l'achat public et soulignant la différence des contraintes juridiques applicables aux différentes catégories des établissements de santé.

Dans ces conditions, il paraît intéressant d'**appliquer aux hôpitaux publics le régime de l'ordonnance du 6 juin 2005**. Une alternative à cette hypothèse, en cas de difficultés de mise en œuvre, consisterait à développer encore, pour les achats hospitaliers, le recours à des structures de coopération non soumises au code des marchés publics.

En matière de dépense

Les délais de paiement peuvent représenter une source de fragilisation pour les fournisseurs. Selon l'Observatoire des délais de paiement, « les collectivités publiques ont amélioré leurs comportements de paiement, avec un délai global moyen de 32 jours pour l'État, et une cible de 28 jours en 2008. Mais ce chiffre encourageant, qui traduit la prise de conscience du problème, ne doit pas cacher les disparités de règlement selon les régions et les acteurs, notamment avec la situation préoccupante de certains hôpitaux et le recours fréquent aux suspensions de paiement⁽¹⁾. »

Pour le secteur public, il convient de distinguer le délai global de paiement, qui court de la réception (ou l'acceptation) de la facture au paiement, et le délai moyen de paiement, qui mesure le délai imputable au Trésor public (de la réception du mandat de paiement au visa du comptable). Le délai global de paiement (35 jours) est dans l'ensemble comparable à celui de l'État pour le secteur public local (collectivités locales et hôpitaux), mais le délai imputable au comptable est plus important pour le secteur public local (7,1 jours en 2006)⁽²⁾. L'essentiel des suspensions de paiement dans le secteur public local est imputable aux hôpitaux, dont les trois quarts pour insuffisance de trésorerie.

(1) Rapport 2006 de l'Observatoire des délais de paiement. Selon ce même rapport, « 75 % des entreprises paient leurs factures au-delà de 20 jours, ce chiffre allant de 19 à 49 jours d'achats selon les tailles et les secteurs. Parmi les entreprises de 500 salariés ou plus, une sur deux paie ses fournisseurs avec un délai représentant plus de 49 jours d'achats. »

(2) Pour l'État, le délai global de paiement était en moyenne de 32 jours en 2006 et le délai moyen de paiement de 4,7 jours, soit pour ce dernier un seuil relativement incompressible. De grandes disparités existent entre départements. Les données fournies ne permettent pas de disposer de la distinction, pour les délais global et moyen de paiement, entre collectivités locales et hôpitaux.

Les hôpitaux devraient d'ailleurs faire l'objet d'une enquête spécifique de la part de l'Observatoire des délais de paiement⁽¹⁾.

Délais de paiement dans le secteur public local

	Départements	Petites communes	Petits hôpitaux	Offices publics HLM	Grandes communes	Régions	Intercommunalité	Grands hôpitaux	Tous organismes locaux
Délai global de paiement (en jours), dont :	29,5	31,0	33,8	34,5	37,4	38,0	38,8	40,1	34,8
<i>Délai moyen de l'ordonnateur (1)</i>	23,1	25,5	28,4	28,9	30,0	29,1	29,6	30,9	27,7
<i>Délai moyen du comptable (2)</i>	6,4	5,5	5,4	5,6	7,4	8,9	9,2	9,2	7,1

(1) Délai moyen du délai global de paiement, hors suspension.

(2) Délai moyen de paiement hors suspension.

Source : enquête 2007 de l'Observatoire des délais de paiement.

Les contraintes liées au régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé ont déjà été soulignées depuis de nombreuses années. Elles avaient d'ailleurs fait l'objet de travaux dans le cadre du Plan hôpital 2007. Il avait ainsi été souligné que la tarification à l'activité, accompagnée d'une rénovation du cadre de présentation budgétaire, accentuait la responsabilisation des gestionnaires hospitaliers et nécessitait de développer la réactivité de la gestion. Il avait été souligné qu'une simplification des relations ordonnateurs et comptables devait accompagner la réforme, afin d'éviter de déboucher sur des charges et complexités nouvelles.

La Direction générale de la comptabilité publique (DGCP) a engagé différents chantiers de modernisation de la gestion publique locale⁽²⁾. Ces

(1) Rapport 2006 de l'Observatoire des délais de paiement déjà cité.

(2) – Conventions de partenariats, introduites dans le secteur public hospitalier dès 1995, visant à définir de nouvelles relations entre les ordonnateurs et les comptables hospitaliers ; ces conventions ne semblent toutefois pas avoir amélioré de manière homogène et sensible des relations entre ordonnateurs et comptables.

– Nouvelles modalités de contrôle du comptable : contrôle hiérarchisé de la dépense (privilegiant les enjeux et dépenses sensibles), contrôle partenarial défini en commun après un audit conjoint des procédures.

– Conventions de services comptables et financiers (ouvertes aux hôpitaux de plus de 150 millions d'euros annuels de recettes et de dépenses). 10 ont été signées, selon la DHOS.

– Actualisation de la liste des pièces justificatives produites par l'ordonnateur, allègement de la charge de signature par l'ordonnateur et dématérialisation des échanges.

– La nouvelle application HELIOS vise notamment à offrir de nouveaux services (analyse financière) et à permettre une meilleure fluidité des échanges mais sa mise en œuvre souffre d'un certain retard, notamment pour son déploiement dans le secteur hospitalier.

évolutions ne répondent pas totalement aux attentes des gestionnaires hospitaliers, qui soulignent les difficultés qui peuvent être rencontrées dans le paiement de la dépense.

Plusieurs hypothèses de réforme, d'intensité croissante, sont envisageables :

- poursuivre la modernisation du réseau (simplification des procédures, poursuite de la dématérialisation, déploiement de l'application informatique HELIOS, spécialisation des trésoreries avec des comptes dédiés aux établissements hospitaliers);
- choix par l'établissement de l'agent comptable;
- création de départements comptables au sein des établissements;
- substitution d'agences comptables au réseau du Trésor, ce qui pourrait permettre une meilleure organisation du contrôle; cette option n'aménagerait pas les conditions d'application de la règle de séparation de l'ordonnateur et du comptable. Elle serait toutefois coûteuse dans la mesure où elle conduirait à mettre à la charge de l'établissement la fonction comptable. Elle impliquerait un réexamen des modalités de remontées au niveau central des données comptables des établissements en lieu et place du réseau de la comptabilité publique;
- enfin, pour les établissements publics de santé, fin de la séparation de la fonction d'ordonnateur et de comptable.

Dans l'alternative entre modernisation de l'organisation comptable et fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable, c'est la dernière option qui a la préférence de la mission, le comptable public pouvant être éventuellement intégré dans l'équipe de direction.

La transformation des établissements publics en établissements de type **PSPH** est déjà possible.

En matière de responsabilisation et de transparence : certifier les comptes

Les principes de **responsabilisation accrue** des gestionnaires et les mesures de simplification doivent avoir pour corollaire une exigence accrue en matière de **sincérité des comptes**. Il est indispensable d'obtenir une assurance de disposer d'une comptabilité fiable, conforme aux référentiels comptables, et sincère.

Ce sont ces préoccupations qui ont conduit au principe de certification des comptes, pour l'État⁽¹⁾, puis, plus récemment, pour les universités⁽²⁾.

(1) En application de l'article 27 de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), « les comptes de l'État doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de son patrimoine et de sa situation financière ». Le législateur a prévu une certification annuelle des comptes de l'État, assurée par la Cour des comptes. Celle-ci a rendu pour la première fois son opinion sur la certification des comptes de l'État le 29 mai 2007.

(2) En application de l'article 18 de la loi n° 2007-1199 du 10 août 2007 relative aux libertés et aux responsabilités des universités (art. L. 712-9 du code de l'éducation), les comptes de l'université font l'objet d'une certification annuelle par un commissaire aux comptes.

La mise en place d'une certification des comptes pour les hôpitaux publics apparaît comme une nécessité dans ce cadre, comme l'a d'ailleurs souligné la mission IGAS déjà citée⁽¹⁾, qui soulignait que la mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) n'avait pas mis fin aux procédures comptables irrégulières déjà relevées par la Cour des comptes en 2004 et 2005⁽²⁾.

C'est pourquoi **il est nécessaire de mettre en place une certification des comptes** des hôpitaux publics. À cet effet, les travaux réalisés par la DHOS et la DGCP qui visent à améliorer la qualité des comptes devraient être amplifiés.

Donner de la souplesse aux règles de gestion de l'hôpital public : en matière d'achats, appliquer aux hôpitaux publics le régime issu de l'ordonnance du 6 juin 2005 ; renoncer à la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable.

Certifier les comptes des hôpitaux pour plus de transparence et de responsabilisation.

Centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficacité et la qualité

Il faut enfin préciser le **rôle du régulateur** dans ce schéma. En France, dans un contexte où la place des cliniques est importante, les ARH sont actuellement chargées de l'organisation de l'offre de soins hospitalière en même temps que du contrôle des hôpitaux publics (allocation de ressources, quoique en nette diminution du fait de la T2A, approbation des EPRD, évaluation des directeurs...).

En matière d'organisation de l'offre de soins hospitalière, les ARH/ARS auront un rôle important dans les rapprochements entre hôpitaux publics (incitations, vérification de la pertinence des projets), dans le redéploiement de l'offre de soins, dans la contractualisation avec les cliniques pour des missions de service public, mais aussi dans l'appréciation des segments de marché en matière de concentration.

Pour le **pilotage de l'hôpital public**, l'importance d'un contrôle fondé sur des exigences d'efficacité et de qualité est évidente. Cela implique de bien prendre en compte ces exigences dans les objectifs attribués aux futurs

(1) Rapport IGAS n° 2007-164P.

(2) La mission avait ainsi relevé des problèmes de créances irrécouvrables non passées en pertes ; des dotations aux provisions évaluées en fonction de la situation budgétaire de l'établissement, soit surévaluées pour masquer des excédents et constituer des réserves, soit diminuées pour faire face à une augmentation des charges ; des charges indues issues des EHPAD imputées sur le budget de l'établissement.

directeurs d'ARS et de veiller à leur compétence en matière d'efficience⁽¹⁾ (analyse de la performance économique, recours aux compétences de la MEAH).

Préciser le rôle important des ARH/ARS en matière de rapprochements entre hôpitaux publics, de contractualisation sur le service public avec les cliniques, et fonder le contrôle des hôpitaux publics sur l'efficience et la qualité.

Renforcer l'attractivité des métiers de l'hôpital

L'attractivité de l'hôpital public à l'égard des médecins appelle une réflexion spécifique car ils conditionnent l'activité de l'hôpital. Les attentes des jeunes médecins (conditions d'exercice, modes de rémunération) doivent être prises en considération, *a fortiori* compte tenu du contexte démographique.

La réflexion relative à l'attractivité ne se limite bien entendu pas aux seuls professionnels médicaux. Il convient de se montrer attentif aux conditions d'attractivité pour les professionnels non médicaux, dont chacun s'accorde à reconnaître l'importance du rôle dans les activités de soin.

Permettre aux hôpitaux de développer une gestion dynamique des ressources humaines

Le personnel médical des hôpitaux comprend le personnel hospitalier et le personnel hospitalo-universitaire, qui se distinguent en agents titulaires et agents contractuels.

Pour le personnel titulaire, il s'agit essentiellement des praticiens hospitaliers (PH), à temps complet ou partiel, ou des professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH). Les praticiens sont recrutés à l'issue d'un concours national. Les PH sont nommés dans un hôpital et rémunérés par lui. Ils font l'objet d'une gestion nationale (CNG). Les PUPH sont rémunérés par l'université à titre principal et bénéficient d'un complément de rémunération au titre de leurs activités hospitalières, versé par l'hôpital. Ils font l'objet d'une gestion nationale (ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche).

On dénombre trois catégories de personnel médical contractuel. Le cadre des assistants des hôpitaux⁽²⁾ vise à permettre à de jeunes praticiens de réaliser un post-internat dans des établissements non universitaires, pour une durée maximale de 6 ans. Le cadre des praticiens contractuels vise à couvrir des

(1) Cf. rapport IGAS-IGF précité, relatif au pilotage de l'efficience par les ARH.

(2) Art. R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique.

besoins médicaux ponctuels et très spécialisés, auxquels s'ajoutent des recrutements pour des missions nécessitant «une technicité et une responsabilité particulières». La liste de ces missions s'est notamment allongée au fil du temps. La durée totale du recrutement est fixée à 2 ans. Le cadre des praticiens attachés était à l'origine destiné à permettre à des praticiens libéraux extérieurs d'intervenir à l'hôpital, sur la base d'une rémunération par vacation avec des garanties statutaires très limitées. Sa souplesse en a fait un outil d'ajustement de la ressource médicale. Ce statut a été réformé en 2003 pour créer un véritable statut de contractuel. Il s'agit désormais d'un CDD renouvelable par tacite reconduction.

Il convient d'y ajouter les internes, médecins en formation, ainsi que les autres catégories de personnel universitaire : les maîtres de conférences des universités praticiens hospitaliers (MCUPH), les praticiens hospitaliers universitaires (PHU), les chefs de clinique assistants (CCA) et les assistants hospitalo-universitaires (AHU).

Le personnel non médical, à la différence du personnel médical, relève quant à lui du statut général de la fonction publique (loi de 1986 relative à la fonction publique hospitalière). Il est recruté localement par le directeur de l'établissement.

Cette diversité des statuts doit être prise en compte dans la recherche d'adaptations. Elle appelle une réponse d'ensemble mais différenciée selon les situations.

L'adaptation du cadre applicable aux agents de l'hôpital doit répondre aux exigences suivantes :

- tenir compte, pour le personnel fonctionnaire, des évolutions en cours du cadre applicable à la fonction publique ;
- prendre en compte dans la réflexion et les propositions les observations spécifiques des jeunes médecins ;
- promouvoir les objectifs de mobilité et de fluidité des parcours, qui sont un facteur d'attractivité des carrières et de maintien des compétences ;
- permettre un meilleur accompagnement des adaptations de l'organisation de l'offre de soins hospitalière, comme l'avait souligné la mission IGAS précitée, en insistant sur la nécessité d'offrir au personnel un accompagnement et des conditions d'évolution satisfaisantes ;
- accompagner les adaptations de l'organisation de l'offre de soins (c'est-à-dire l'accompagnement des reconfigurations, cf. rapport CREF) – dont accompagnement des situations difficiles (position de recherche d'affectation) ; détachements dans le privé, cf. la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2008.

Offrir un cadre plus simple et plus souple pour les médecins

Pour le personnel médical, les évolutions proposées doivent répondre à **plusieurs objectifs** :

- mieux équilibrer les modalités de rémunération entre les différentes formes d'exercice ;
- valoriser l'implication des médecins dans l'activité clinique et tenir compte des activités non cliniques ;

- permettre des formes mixtes d'exercice ;
- simplifier les différents cadres offerts aux médecins ;
- offrir des souplesses de gestion aux établissements pour mieux réaliser leur stratégie d'activité.

Le schéma proposé repose sur **trois modalités d'emploi complémentaires** :

- **cadre statutaire** des praticiens hospitaliers ;
- **cadre statutaire aménagé**, permettant de mieux prendre en compte les activités des professionnels. Il comprendrait une part fixe de rémunération associée à une part définie en fonction de **valences** : activités managériales (vice-président de directoire, responsable de pôle...) ; activité clinique (en fonction du niveau d'activité effectué) ; fonctions d'enseignement et de recherche... Les objectifs et éléments individualisés de rémunération seraient déterminés par un contrat d'objectifs. Les PH pourraient opter pour ce nouveau cadre à leur demande ;
- **cadre contractuel unique**, dans le cadre du droit du travail. La rémunération tiendrait compte du niveau de l'activité clinique et ses critères seraient déterminés par le contrat de travail. L'exercice pourrait avoir lieu à temps plein ou partiel, ce qui simplifierait l'exercice mixte. Les PH pourraient opter pour ce nouveau cadre à leur demande.

Une possibilité de retour au cadre statutaire antérieur devrait être prévue.

La simplification du cadre contractuel est particulièrement importante. Les trois statuts présentés sont en effet les fruits de l'histoire mais leur coexistence complexifie la gestion, nuit à la fluidité des recrutements et manque de lisibilité pour les praticiens. La simplification proposée permettrait en outre d'offrir des souplesses aux établissements en termes de fixation du niveau de rémunération et donc de mieux intégrer les contraintes de l'offre dans les recrutements.

Compte tenu des difficultés de comparaison des **rémunérations** et de l'impact des modes de rémunération sur les pratiques⁽¹⁾, il est impératif que des **études complémentaires** soient conduites pour affiner le cadre proposé. Ces études permettraient également de prendre en compte l'objectif de rapprochement des modes de rémunération entre le secteur public et le secteur privé.

Offrir un cadre plus simple et plus souple pour les médecins : leur permettre un choix réversible entre le cadre statutaire actuel, un cadre statutaire aménagé tenant compte de valences d'activité et un cadre contractuel unifié.

(1) Par exemple, Michel Grignon, Valérie Paris et Dominique Polton, *L'Influence des modes de rémunération des médecins sur l'efficience du système de soins*, CREDES, commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, étude n° 35, novembre 2002.

Ouvrir des perspectives au personnel non médical

Le cadre statutaire des professionnels non médicaux de l'hôpital relève du statut général des fonctionnaires. Pour cette raison, il n'est pas proposé de faire évoluer ce cadre statutaire : les adaptations relèvent en effet des réflexions générales en cours sur la fonction publique (conférences relatives à la fonction publique, livre blanc confié à M. Silicani, projet de loi relatif à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique). Par ailleurs, la nature des activités des professionnels paramédicaux rend plus complexe la valorisation de l'activité individuelle.

Toutefois, la possibilité doit être ouverte d'être détaché sur un emploi doté d'un contrat de mission pour les fonctions d'encadrement.

L'assouplissement du cadre contractuel est également nécessaire pour favoriser les recrutements lorsque des emplois sont difficiles à pourvoir.

En termes de rémunération, la possibilité déjà ouverte dans le cadre actuel d'une politique d'intéressement doit être valorisée et mise à profit. L'intéressement doit notamment pouvoir porter sur l'activité, la qualité des soins et l'amélioration de l'efficacité des unités de soins et pôles.

Il convient d'être particulièrement attentif aux perspectives d'évolution professionnelles des personnels médicaux, dans une logique de carrière tenant compte de la pénibilité de certains métiers, et à la valorisation des compétences de ces professionnels. Il est ainsi proposé de :

- favoriser l'autonomie des personnels paramédicaux dans l'exercice de leur profession : lancement de démarches relatives à la délégation d'actes ; prise en compte de leurs compétences dans la relation entre médecins et professionnels paramédicaux ;
- diversification des perspectives d'évolution professionnelle, au-delà des seules fonctions d'encadrement administratif, en intégrant les fonctions d'expertise et de formation ainsi que la recherche ; la fonction de coordination des soins doit faire l'objet d'une approche spécifique ;
- ces évolutions doivent prendre place dans le cadre de la mise en place du LMD (licence-master-doctorat) pour les professions paramédicales, qui doit être résolument engagée.

Développer les perspectives du personnel non médical, dans le cadre statutaire : politique d'intéressement, diversification des perspectives d'évolution professionnelle dans le cadre du LMD, délégations d'actes et de compétences.

Développer l'enseignement et la recherche

La recherche, l'innovation et l'enseignement engagent la qualité des soins de demain. Mais également celle d'aujourd'hui, tant le progrès des connaissances est rapide dans certains domaines⁽¹⁾. Ils renforcent dès à présent l'attractivité des carrières à l'hôpital.

Les constats : les lacunes de l'organisation de l'enseignement et de la recherche

Un émiettement et un défaut de pilotage

La recherche médicale représente 30 % de l'ensemble des publications scientifiques françaises, dont plus de la moitié résulte des travaux des équipes hospitalo-universitaires. Le triptyque soins/enseignement/recherche est jugé toujours performant depuis les ordonnances Debré. S'y adjoint une fonction croissante de management. Les compétences mobilisées par la recherche et le niveau de soin des équipes justifient une certaine concentration de l'activité.

Il convient de rappeler la distinction entre la recherche fondamentale, financée sur crédits provenant de l'État – essentiellement le fait des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST) et universités –, de la recherche clinique réalisée chez les patients dans les établissements de santé, et en premier lieu dans les CHU, qui ont pour mission de remplir cette obligation et qui pour leurs recherches institutionnelles reçoivent à cette fin des dotations provenant de l'assurance-maladie (enveloppe MERRI). La recherche translationnelle assure le lien entre ces deux types de recherche.

La distinction entre ces deux types de recherche, acceptée en France comme à l'étranger, découle de la nature des recherches : fondamentales en amont, appliquées en aval aux essais de nouveaux traitements et méthodes diagnostiques pour le bénéfice direct des malades. Mais elle suppose aussi des modes d'organisation radicalement différents. La recherche fondamentale sur un thème précis peut reposer sur un ou deux laboratoires d'excellence pour la France entière. La recherche clinique basée sur des essais thérapeutiques,

(1) Avec 2 milliards d'euros consacrés chaque année à l'enseignement, à l'innovation et à la recherche, l'hôpital est un acteur essentiel du progrès médical et joue un rôle majeur dans l'essor des technologies du futur : nanosciences, biotechnologies... dont les potentiels de développement économique sont considérables (source : FHF).

fortement réglementée dans le code de la santé publique (et non par le code de la recherche) sur les plans éthique et sécuritaire, repose le plus souvent sur des essais nécessitant l'inclusion d'un nombre important de patients, ce qui oblige les services de disciplines cliniques des CHU à travailler sur des protocoles communs à de nombreux centres dispersés sur le territoire. Il y a donc obligation dans le cas de la recherche clinique de réaliser les recherches sur les lieux de soins et le rôle des établissements de santé est quasi exclusif.

Le programme hospitalier de recherche clinique, qui existe depuis 1993, a donné l'impulsion aux établissements de santé pour mettre en œuvre des projets de recherche clinique institutionnels. Dans ce cadre, seuls ces établissements peuvent assumer la lourde responsabilité de promoteur.

Pour autant, la complexité des procédures et l'émiettement du pilotage nuisent à la visibilité du système. Par ailleurs, alors que le CHU est le label de la recherche et de l'enseignement hospitaliers au sein des établissements de santé, on constate que :

- tous les CHU n'ont pas d'activité de recherche importante ;
- d'autres équipes, hors CHU, participent ou aspirent à participer à des activités de recherche et d'enseignement ;
- la synergie soins/enseignement/recherche ne s'appuie pas sur des individus mais sur des équipes qui mobilisent des compétences multiples, dans plusieurs disciplines.

Le Conseil économique et social constatait, de plus, en 2004, que « le monde de la recherche médicale n'a pas encore intégré totalement sa dimension hospitalière ». À cet égard, on soulignera que les États généraux de la recherche de novembre 2004 n'ont pas mené de réflexion spécifique sur la recherche hospitalière. Ensuite, « la composition du conseil d'administration de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) témoigne de la prépondérance de la recherche fondamentale par rapport à l'hôpital, alors que cet EPST est sous la double tutelle des ministères de la Recherche et de la Santé ».

Ces limites doivent conduire, cinquante ans après les ordonnances Debré, à repenser l'organisation et le pilotage des missions d'enseignement et de recherche hospitaliers.

Du fait de la synergie soins/enseignement/recherche, **le lien universités-hôpitaux doit être** renforcé, compte tenu de leur double mission commune de recherche et d'enseignement. Les propositions sur les missions de recherche et d'enseignement de l'hôpital doivent prendre en compte le contexte actuel de réforme de l'université.

Il est également nécessaire, dans cette optique, de tenir compte d'une exigence accrue de gradation pour les soins de recours et de veiller à leur lisibilité à tous les niveaux : territoires de santé, niveau régional, interrégional et national. Les expertises et technologies doivent effectivement pouvoir être concentrées, seules des équipes de taille et d'activité suffisante pouvant assurer la triple mission soins/enseignement/recherche.

Un meilleur soutien pour la recherche

L'organisation et le soutien à la recherche hospitalo-universitaire sont essentiels pour développer et valoriser ces activités. Aujourd'hui, on constate cependant :

- une complexité des procédures administratives applicables à l'hôpital et à la recherche ;
- des structures d'appui aux équipes en développement rapide, mais encore insuffisantes, pour l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles de recherche ;
- une formation à la recherche (médicale, soignante, administrative) peu visible et insuffisamment attractive ;
- une évaluation de l'activité de recherche et d'enseignement encore embryonnaire et dont sont tirées peu de conséquences.

Les intérêts hospitaliers restent insuffisamment protégés, compte tenu des enjeux industriels et commerciaux en cause.

Un enseignement à faire évoluer

L'enseignement des professions médicales et paramédicales alterne formation théorique et formation pratique au lit du patient. La formation théorique est délivrée par l'université (facultés de médecine) pour les études médicales, pharmaceutiques et odontologiques. Pour les formations paramédicales, elle est délivrée par des écoles – dont la tutelle, pour les écoles publiques, a été récemment décentralisée aux régions.

La **formation** doit aujourd'hui faire face à plusieurs difficultés. Elle doit tout d'abord répondre aux besoins de la population, tant en termes de spécialités que de répartition territoriale. Elle doit également pouvoir tenir compte des nouveaux enjeux, dont l'importance est croissante à l'hôpital : fonctions de management, de recherche, de communication avec le patient. Elle doit prendre en compte la diversité des pratiques professionnelles. Elle doit enfin mieux prendre en compte les exigences d'évolutions dans les parcours professionnels et la recherche de nouvelles passerelles.

Les propositions pour renforcer l'enseignement et la recherche

Renforcer le pilotage de l'enseignement et de la recherche

L'enseignement et la recherche médicaux font intervenir trois types de partenaires : les établissements de soins, les universités (au sein desquelles les unités de recherche en médecine, odontologie et pharmacie) et les EPST. Les missions communes de l'hôpital et de l'université appellent une coopération particulièrement étroite.

Le pilotage de ces deux fonctions doit répondre à trois objectifs :

- adaptabilité : mieux répondre aux besoins des politiques de santé ;
- cohérence : lisibilité des acteurs et complémentarité des actions ;
- réactivité : aptitude à faire évoluer la recherche en cas de menace sanitaire imprévue, aptitude à tenir compte dans l'enseignement des évolutions démographiques et des nouvelles pratiques de soin.

Le **pilotage** de l'enseignement et de la recherche appelle une déclinaison adaptée à la gradation de ces fonctions : aux niveaux national, interrégional et local.

Pilotage national

La dimension hospitalière de la recherche médicale doit être clairement réaffirmée. Cela implique une mise en cohérence par la désignation de responsables clairement identifiés pour la recherche hospitalière et la clarification du rôle de chaque intervenant.

La place de la recherche hospitalière doit être reconnue, au sein du pilotage de la recherche médicale, à la hauteur de son poids dans les recherches et les publications.

La recherche médicale est un des axes de la recherche publique. Il est proposé de créer à cet objet un comité interministériel de pilotage de la recherche et de l'enseignement, définissant les orientations de la politique nationale de recherche médicale au sein des autres disciplines et intégrant le contexte international.

Les dispensateurs de moyens et les évaluateurs ne sauraient être que clairement dissociés, tout comme les opérateurs. La commission a ainsi souligné l'intérêt d'un dispositif articulé selon les modalités suivantes :

- la mise en place d'une **agence de moyens** pour la recherche, copilotée par les ministères de la Santé et de la Recherche. Deux se dessinent actuellement : l'Agence nationale de la recherche (ANR) et l'INSERM, dont il faudra définir les champs respectifs. Le ministère de la Santé assurera la coordination des actions de l'agence de moyens avec les financements MERRI, dont la lisibilité et la rationalisation doivent être approfondies ;
- une **agence d'évaluation**, compétente pour la définition des référentiels d'évaluation des structures, des formations et diplômes et des personnels de recherche et d'enseignement. Ce rôle doit relever de l'AERES ;
- les **opérateurs de recherche**, c'est-à-dire les équipes hospitalo-universitaires.

Pilotage interrégional

Compte tenu des exigences de spécialisation et de gradation des soins, le **niveau interrégional** apparaît le plus pertinent. Le pilotage doit être assuré par une structure chargée de la recherche et de l'enseignement, réunissant les hôpitaux et les universités, en lien avec les ARS et les régions. Les délégations interrégionales à la recherche clinique (DIRC) assurent le soutien logistique.

Pilotage local

Les **conventions hospitalo-universitaires** doivent décliner les volets hospitaliers des contrats quadriennaux des universités (en termes de stratégie de recherche et d'enseignement en santé) et les volets universitaires des projets des établissements hospitaliers associés. Elles sont l'interface en termes d'objectifs et d'engagements réciproques entre le plan quadriennal de l'université et le projet d'établissement de l'hôpital. Par conséquent, leur durée et leur calendrier doivent être compatibles. L'équilibre entre l'université et l'hôpital doit être assuré dans le pilotage de l'enseignement et de la recherche.

Au sein de l'hôpital, il est nécessaire de mettre en œuvre la **stratégie recherche-enseignement du CHU** par le pilotage des financements, des structures d'appui, des ressources humaines et leur mise en cohérence avec le fonctionnement des équipes labellisées, des projets du CHU et le pilotage des pôles. Pour assurer ce rôle il est proposé de désigner un directeur scientifique au sein du directoire des CHU, porteur de ces fonctions contractualisées et assurant avec le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) la mise en place effective de ces objectifs de la convention HU⁽¹⁾.

Améliorer le pilotage de l'enseignement et de la recherche : au niveau national, mise en place d'une agence de moyens pour la recherche, rôle d'évaluation confié à l'AERES ; organisation du pilotage interrégional de l'enseignement et de la recherche ; pilotage local dans le cadre des conventions hospitalo-universitaires, en coordination avec les volets hospitaliers des contrats quadriennaux des universitaires et les volets universitaires des projets d'établissement.

Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche

Le CHU doit demeurer le porteur prioritaire des trois missions de soins de référence et de recours, d'enseignement et de recherche. Les centres d'excellence doivent être identifiés et les complémentarités entre CHU de la même interrégion doivent être recherchées.

Il est ainsi proposé d'assurer une **labellisation des équipes hospitalo-universitaires**, en fonction de critères portant sur les trois missions de soins, d'enseignement et de recherche proposés par les autorités hospitalières et universitaires nationales et validés par l'AERES. Cette labellisation est de durée déterminée et selon plusieurs niveaux en fonction des performances de l'équipe dans la triple mission. La reconnaissance des équipes HU est proposée par les instances HU locales dans le cadre de la convention HU (s'appuyant sur les labellisations déjà existantes par convergence naturelle des critères), puis validée par les instances HU interrégionales dans le cadre de la stratégie interrégionale, avec une recherche de complémentarité entre les différents CHU et de

(1) Nécessité de faire le bilan de la mise en place et des rôles effectivement assurés par les comités de coordination de la recherche biomédicale et en santé publique.

couverture des principaux thèmes de santé publique de l'interrégion. Les thèmes manquants font l'objet d'appels d'offres.

Une masse critique suffisante doit être recherchée dans l'organisation des équipes pour assurer les trois missions ; leurs ressources ne sont pas nécessairement superposables entre les besoins, d'une part, de la recherche et, d'autre part, de l'enseignement des premiers cycles, en termes de nombre de postes et de compétence des individus.

Doivent être identifiés des **centres d'excellence** en nombre limité au niveau national, d'une taille suffisante pour bénéficier d'une visibilité au niveau européen. Ils sont évalués régulièrement par l'AERES. Ils doivent avoir une masse critique suffisante pour assurer les trois missions et sont coordonnés par un chef de file intellectuel qui au mieux aura délégué les tâches d'organisation.

Les équipes HU organisent la répartition des tâches (soins/recherche/enseignement/management) entre leurs membres dans un cadre contractuel identifiant pour chacun ses missions⁽¹⁾ et cohérent avec la convention hospitalo-universitaire. Les rémunérations doivent tenir compte de cette répartition. Les équipes comprennent des hospitalo-universitaires et des hospitaliers.

Les hospitaliers peuvent bénéficier d'un contrat hospitalier ouvrant à des fonctions d'enseignement et/ou de recherche et, éventuellement, au titre de professeur associé. Les universitaires peuvent aussi bénéficier d'un contrat hospitalier, permettant une retraite calculée à taux plein. Une progression universitaire est souhaitable⁽²⁾ (elle relève du ministère de l'Enseignement supérieur). Il est proposé une validation des procédures de nomination par le niveau interrégional, en particulier l'organisation d'appels à candidature larges (national et international) et une désincitation aux recrutements locaux. De la même façon, la validation des procédures d'évaluation des équipes HU doit être effectuée sur la base des critères AERES.

Les **conventions hospitalo-universitaires** doivent identifier les équipes situées hors CHU mais associées à l'enseignement et/ou à la recherche, qu'elles soient publiques ou privées (pour ces dernières, limitées aux activités absentes ou insatisfaites dans le secteur public ou PSPH). Ces équipes doivent être agréées dans le cadre d'une convention de recherche et/ou d'enseignement de durée déterminée, identifiant un responsable d'équipe et prévoyant une évaluation des résultats. Par ailleurs, les équipes HU et les centres d'excellence initient des réseaux par discipline permettant une mutualisation des moyens. L'AERES conduit l'**évaluation** de ce dispositif d'agrément et des résultats obtenus par les CHU dans leurs collaborations élargies.

Labelliser les équipes hospitalo-universitaires en fonction de trois critères portant sur les missions de soins, d'enseignement et de recherche ; des équipes hors CHU publiques ou privées pouvant être associées aux missions d'enseignement et/ou de recherche.

(1) Ces missions peuvent ne pas avoir la même répartition entre les membres de l'équipe, ni la même temporalité dans l'évolution professionnelle individuelle.

(2) Proposition de progression sur le modèle *fellow* (CCA), *assistance professor* (PHU renouvelé), *associate professor* (MCUPH) et *full professor* (PUPH).

Faire évoluer l'enseignement

L'enseignement des métiers de la santé comprend le savoir théorique qu'il appartient à l'université ou aux écoles de délivrer, et un savoir pratique qui est essentiellement acquis dans des services hospitaliers reconnus et qualifiants. L'hôpital assure donc un rôle central dans l'acquisition des diplômes. Tous les cursus conduisent les étudiants à effectuer des stages hospitaliers et hors de l'hôpital qui conditionnent le bon apprentissage des métiers visés.

Engager fortement la mise en place du cursus LMD (licence-master-doctorat) dans l'ensemble des formations aux métiers de la santé

La mise en place du **cursus LMD** doit permettre de **revaloriser les métiers de l'hôpital** et faciliter les **évolutions professionnelles** (délégations d'actes et de compétence, mise en place de passerelles). L'universitarisation des formations doit renforcer la richesse des formations professionnelles actuelles sans altérer leur réussite dans le cadre d'écoles professionnelles.

Ces cursus doivent reposer sur des **référentiels de formation** élaborés à partir d'un référentiel des métiers et des compétences et permettant des cursus cohérents pour les différentes professions de santé. Le pilotage des maquettes de formation doit impliquer les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé.

Pour les études médicales, les **formations à la recherche** devraient être engagées plus précocement : stage de contact en deuxième cycle, formations complémentaires et écoles doctorales, ouverture d'internats prolongés intégrant des années de recherche pour les étudiants ayant validé un master 1 (M1) ou master 2 (M2) scientifique, facilitation des **séjours à l'étranger** et du retour dans des équipes d'accueil favorisant le parcours des individus d'excellence.

L'intégration d'étudiants ayant d'autres cursus de formation, qu'ils soient scientifiques ou paramédicaux (en formation initiale ou après plusieurs années d'exercice professionnel), et les stages hospitaliers doivent être facilités afin de diversifier les recrutements.

Adapter les flux de formation des médecins aux besoins régionaux

Il est indispensable de mettre en place une **gestion pluriannuelle des flux de formation**, adaptée aux besoins régionaux et intégrant les projections démographiques.

La responsabilité de la **gestion des flux** doit être confiée aux structures de pilotage interrégionales compétentes en matière d'enseignement et de recherche, une harmonisation étant réalisée au niveau national. Le *numerus clausus* doit pouvoir prendre en compte la densité médicale des interrégions et l'évolution des métiers. Le nombre de postes ouverts à l'examen national classant (ENC) doit être ajusté au niveau de chaque interrégion, en fonction de la densité médicale de celle-ci et de ses besoins par spécialité et du nombre d'étudiants qu'elle est en mesure de former, en cohérence avec le *numerus clausus*.

Les **postes de post-internat** sont particulièrement importants pour favoriser le maintien des spécialistes formés dans les interrégions : les postes de post-internat doivent être ajustés au nombre de postes à l'examen national classant dans les disciplines exigeant un DESC. Le développement d'assistants spécialistes et de chefs de clinique assistants à temps partagé entre le CHU et les CH permettra un meilleur maillage de l'offre de soins. Le développement de contrats d'engagement avec les collectivités territoriales et/ou l'assurance-maladie constitue une autre piste d'amélioration de la répartition territoriale des médecins.

Ces préoccupations de maillage territorial ne sont pas contradictoires avec la recherche de qualité de l'enseignement : il apparaît intéressant d'offrir aux internes l'ensemble des postes de l'interrégion pour leur formation (diversification de l'enseignement); de même, réalisation des formations pour les activités les plus spécialisées dans les services de l'interrégion où ces activités sont concentrées (voire au niveau national pour les activités les plus spécialisées).

Faire évoluer le contenu des enseignements

Les auditions ont souligné la nécessité d'un **enrichissement des enseignements**, tant pour les formations médicales que paramédicales : préparation à la recherche, sciences humaines et sociales, économie, éthique, langues vivantes, technologies de l'information et de la communication (TIC)... Cet enrichissement appelle parallèlement de revisiter les autres enseignements afin de vérifier leur adéquation aux besoins actuels.

Les **nouvelles formes d'exercice** doivent également pouvoir être prises en compte : exercice pluridisciplinaire, délégations, maintien à domicile, ainsi que les nouveaux métiers (notamment pour le handicap, la dépendance et l'éducation thérapeutique). Celles-ci sont susceptibles de conduire à la spécialisation de certaines formations et au développement de nouveaux métiers paramédicaux.

Comme l'ont souligné les personnes auditionnées, les stages de formation doivent prendre en compte la grande diversité des exercices : médecine libérale, pour les spécialistes comme pour les généralistes, et non exclusivement hospitalière ; travail en milieu rural ; exercice en hôpital local ; médecine scolaire et médecine du travail ; structures médico-sociales et maintien à domicile.

Enfin, tous ont souligné la nécessité d'une évaluation de l'enseignement dispensé. L'AERES pourrait assurer cette fonction.

Renforcer et piloter la formation médicale continue hospitalière

La **formation médicale continue** représente une nécessité pour le maintien de la qualité de notre système de santé. Elle doit pouvoir bénéficier de financements suffisants – ces fonds pouvant être confiés à l'ANFH. Il est souhaitable que l'université développe son offre de formation continue, qui pourrait passer par la création d'instituts universitaires régionaux de formation continue aux métiers de la santé. En matière chirurgicale, des plates-formes d'enseignement des pratiques innovantes chirurgicales et interventionnelles, organisées au

niveau interrégional, devraient favoriser l'enseignement initial et continu pour ces techniques. Elles pourraient faire appel à des fonds publics et privés, en particulier industriels.

Faire évoluer l'enseignement : engager fortement la mise en place du LMD, adapter les flux de formation médicale aux besoins régionaux, faire évoluer le contenu des enseignements et renforcer et piloter la formation médicale continue hospitalière.

Développer l'appui à la recherche et le dynamisme en termes d'innovation

Renforcer les moyens d'appui à la recherche hospitalière et simplifier son organisation

La recherche médicale doit tout d'abord être **professionnalisée** par le **renforcement des structures hospitalières de promotion et d'appui à la recherche**⁽¹⁾ en recrutant et en formant les personnels administratifs (finances, contrats de collaboration) et soignants, et en créant les nouveaux métiers de la recherche (*data manager*, ingénieur de recherche...).

Il s'agit aussi de renforcer les structures d'appui à la recherche, régionales et surtout interrégionales, voire nationales : délégations interrégionales à la recherche clinique (mutualisation des personnels spécifiques, compétences de valorisation, de vigilance, d'assurance qualité, de réponse aux appels d'offres européens...), plates-formes de moyens mutualisés (investissements lourds, centres spécialisés tels les génopoles).

(1) Le financement de la recherche par le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et la création de structures dédiées dans les CHU ont donné depuis quinze ans un essor extraordinaire à la recherche clinique dans nos hôpitaux. Mais l'empilement de structures multiples (DRC, URC, CRB, CIB, CIC, CIT, etc.), plus ou moins labellisées, mais en pratique toutes financées par la DHOS, a fait perdre sa lisibilité à la recherche clinique. La loi Huriet-Sérusclat a clairement séparé les fonctions d'investigateur de celles du promoteur. La mission réglementaire confiée au promoteur est d'être responsable de la sécurité des personnes et de la qualité des données issues de la recherche. L'hôpital-promoteur est ainsi devenu progressivement le premier acteur de la recherche institutionnelle, dite aussi « académique ». Or la loi de santé publique de 2004 qui portait la révision de la loi Huriet a considérablement augmenté les missions et responsabilités du promoteur, imposant à la fois le renforcement de ses moyens et une identification précise de son périmètre. Cette fonction de promoteur ne s'inscrit pas nécessairement toujours dans des structures lisibles et bien isolées dans les organigrammes hospitaliers. Il est donc devenu nécessaire de simplifier, de réorganiser et de mieux identifier les structures de recherche clinique de façon à séparer clairement les trois fonctions de base que sont la promotion, l'expertise en méthodologie/biostatistique et la réalisation des essais (interface investigateurs/patients-volontaires), dans la lignée de la circulaire DHOS de 2005. Il conviendra aussi de mieux articuler les financements MERRI avec ces structures clairement identifiées et labellisées.

Les financements et les personnels de recherche doivent être identifiés et affectés aux équipes de recherche et d'enseignement labellisés HU (équipes médicales, médico-techniques et structures d'appui).

La **gestion des moyens de la recherche** doit être améliorée et simplifiée (outils de gestion adaptés, assouplissement des procédures d'achat, possibilité de recruter des contractuels chercheurs et personnel d'appui hors des grilles de la fonction publique). La possibilité doit être explicitement prévue, pour les établissements de santé, de créer des fondations au même titre que les universités ; ces fondations pourraient se concevoir au niveau interrégional, associant les CHU et leurs partenaires publics et privés.

Le **cadre législatif et réglementaire** doit être simplifié, clarifié et harmonisé. En effet, la recherche translationnelle et clinique n'a pas les mêmes contraintes que la recherche fondamentale⁽¹⁾.

Instaurer une politique d'innovation dynamique

Les collaborations avec l'industrie doivent être favorisées, du fait des enjeux industriels et commerciaux et des transferts technologiques (médicaments et dispositifs médicaux) : contrats de collaboration protégeant les intérêts des hôpitaux, incubateurs et pépinières d'entreprises régionaux. Des plateformes de recherche des pratiques innovantes (chirurgicales et interventionnelles) en lien avec l'industrie.

Il s'agit également d'évaluer de façon rigoureuse les innovations médicales mises sur le marché (en particulier leur service médical rendu par le financement public d'une recherche clinique sur les stratégies diagnostiques et thérapeutiques), de permettre une introduction rapide du progrès médical dans les soins dans des centres identifiés permettant de contrôler la prise de risque.

(1) La loi Huriet-Sérusclat a mis en place en 1988 le premier encadrement de la recherche biomédicale en France, garantissant la sécurité des personnes qui s'y prêtent et la qualité des données recueillies. Ses dispositions ont été profondément remaniées en 2004, la loi de santé publique ayant transposé la directive européenne « Essais clinique » 2001/20/CE. Un cadre allégé pour les recherches sans risque (« portant sur les soins courants ») a alors été mis en place puis complété en 2006 (loi sur la recherche). En 2004 également, la loi bioéthique a introduit un cadre simplifié pour les recherches portant sur les collections biologiques. De très nombreux textes d'application ont été nécessaires (décrets, arrêtés, décisions des agences), dont une partie découle de lignes directrices communautaires. Aujourd'hui, le dispositif qui en a résulté finit de se mettre en place ; il commence à être appliqué et les premières difficultés apparaissent. Les investigateurs et les promoteurs dénoncent unanimement une complexité administrative croissante, des délais et des coûts supplémentaires sans qu'en face on puisse démontrer des améliorations de la recherche ou de la sécurité des patients. De nombreuses modifications récentes ont été apportées par voie d'amendement, l'ensemble apparaissant parfois mal coordonné. L'articulation entre les recherches non interventionnelles (suivi de cohortes), dépourvues de tout cadre réglementaire, et la constitution de collections biologiques, qui leur sont pratiquement toujours associées, n'a pas été vraiment prévue. Il devient également urgent de réviser le fonctionnement des comités de protection des personnes (CPP) critiqué à plusieurs reprises récemment (rapport au Sénat de Claude Huriet en 2001 et rapport de l'IGAS en 2006). Pour dynamiser la recherche et améliorer la sécurité des personnes, une clarification et une harmonisation de l'ensemble de ces textes est devenue indispensable et urgente.

Élargir les champs de la recherche

De nombreux champs restent encore insuffisamment pris en compte ou insuffisamment valorisés dans la recherche hospitalière. Ils devraient être dynamisés : handicap, dépendance, gériatrie, soins primaires, soins infirmiers, prévention et éducation thérapeutique, mais aussi TIC et recherche médico-économique.

Renforcer l'appui à la recherche par la professionnalisation des structures hospitalières de promotion et d'appui à la recherche et la simplification du cadre législatif et réglementaire.

Instaurer une politique d'innovation dynamique en favorisant les collaborations avec l'industrie, évaluant rigoureusement les innovations médicales et favorisant l'introduction rapide du progrès médical.

Élargir les champs de la recherche.

Fiches- propositions

Pertinence des recours à l'hôpital

Amélioration de la régulation des urgences et de la permanence des soins

Objectifs

Assurer une réponse claire et fiable à la demande de la population, augmenter la proportion de demandes régulées dans la permanence des soins.

Modalités

Accès aux urgences et à la permanence des soins par un numéro d'appel unique (le 15), présence sur un même lieu du médecin régulateur du SAMU et du médecin régulateur de la PDS.

Réception de l'ensemble des appels par des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM), orientation selon la nature de la demande sur le médecin régulateur SAMU ou le médecin régulateur PDS.

Organisation de stages de formation à la régulation pour les médecins libéraux.

Adaptation du dispositif de régulation (niveau géographique, regroupement pendant la période nocturne) en fonction des densités de population et des particularités géographiques.

Évaluation de la « qualité » de la régulation : délai de réponse aux appels, recensement des événements indésirables (délai d'intervention trop long, mauvaise appréciation du besoin, mauvaise orientation du patient...). Le dispositif qualité devra être mis en place par les réseaux régionaux « urgences », sous le contrôle des ARS et de la Haute Autorité de santé (HAS).

Information du public sur l'organisation des urgences et de la permanence des soins au sein de chaque territoire (rôle et mission de chaque intervenant, les bons réflexes à avoir...). Les actions d'information seront organisées sous le contrôle de l'ARS.

Confier l'organisation des urgences et de la permanence des soins à une autorité unique

Objectif

Organiser une « aide médicale permanente à la population » regroupant urgences hospitalières et permanence des soins de ville, en adéquation avec les besoins de chaque territoire et économe en moyens médicaux et financiers.

Modalités

Confier la responsabilité de l'ensemble du dispositif aux futures ARS qui devront avoir une grande autonomie dans la mise en place de solutions adaptées aux différents contextes. L'objectif qui leur sera assigné sera de mettre en cohérence l'organisation de la régulation, le maillage territorial en structures d'accueil des urgences, le positionnement des équipes de SMUR, la permanence ambulancière et la permanence médicale et pharmaceutique (organisation des tours de garde, maisons médicales de garde).

Globalisation des enveloppes financières de la permanence des soins et des urgences au niveau des futures ARS.

Organisation de l'activité non programmée à l'hôpital

Objectif

Mieux gérer les flux de patients non programmés.

Modalités

Pour éviter l'embouteillage des structures d'accueil des urgences, organisation de consultations non programmées de spécialité, en particulier pour un accueil direct de patients adressés par les médecins traitants ou pour un accueil après une orientation non médicalisée aux urgences.

Organisation de la gestion interne des flux de patients : dispositif de gestion des hospitalisations non programmées (professionnalisation de la gestion des flux – implication des responsables médicaux dans cette gestion) ; création dans les établissements importants d'unités « sas » d'hospitalisation temporaire (maximum 48 heures) pour aiguiller ensuite les patients vers l'unité d'hospitalisation la mieux adaptée.

Hospitalisation directe dans les établissements et services adéquats, sans passage par les unités d'accueil des urgences des patients pris en charge par une unité mobile.

Signature avec les organisations d'usagers de conventions pour améliorer les conditions d'accueil à l'hôpital.

Inscription de ces différentes modalités dans le guide de certification de la HAS.

Renforcer les liens ville-hôpital

Objectif

Assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital.

Modalités

Renforcement des relations entre médecins hospitaliers et médecins de ville : permanences téléphoniques dans des services ; accueil direct dans les services hospitaliers sans passage par les urgences ; systématisation des transmissions électroniques entre praticiens de ville et services hospitaliers.

Professionnalisation au sein de l'hôpital de la gestion des flux de patients, de l'accueil et de la communication avec les patients (délais de rendez-vous, attente aux consultations, etc.).

Structuration des services de communication des hôpitaux pour qu'ils aient la responsabilité de la mise en contact téléphonique de l'extérieur vers les unités de soins : relations entre professionnels, mais aussi entre patients et professionnels.

Identification pour chaque malade hospitalisé d'un médecin référent en charge des contacts avec la famille et le médecin traitant.

Définition à l'hôpital, pour les malades chroniques, de projets thérapeutiques en lien avec les médecins traitants et les professionnels paramédicaux de ville (en particulier infirmiers). Identification d'un responsable de la coordination du projet thérapeutique formé à cette fonction et rémunéré pour celle-ci.

Fixation d'objectifs dans les contrats de pôles : délais de rendez-vous et d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation, réunions entre professionnels...

Mise en place d'outils d'échange d'informations entre la ville et l'hôpital. Déploiement des messageries sécurisées selon des cahiers des charges garantissant les échanges entre les acteurs.

Développement d'une politique d'évaluation de la satisfaction des usagers et des médecins de ville quant à la mise en place de ces dispositifs.

Inscription dans le référentiel de certification des établissements de santé et dans les EPP des médecins hospitaliers des objectifs en termes de relations entre la ville et l'hôpital.

Hôpital et fonctions sociales et médico-sociales

La coupure entre le domaine sanitaire et les domaines social et médico-social est, depuis les grandes lois des années 1970, à l'origine de nombreux rapports critiques qui ont relevé les ruptures de prise en charge et d'accompagnement pour les malades et les usagers.

Ces trois domaines relèvent en effet de compétences croisées des départements, de l'assurance-maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'État.

Coordonner au niveau régional et local les responsables de l'organisation des champs sanitaire, médico-social et social

Objectif

Regrouper les compétences exercées au nom de l'État et de l'assurance-maladie et assurer une coordination avec les départements.

L'ARS aux compétences larges (hôpital, médecine de ville, prévention, santé publique, en lien avec le médico-social) est le lieu légitime de la coordination entre les trois champs sanitaire, médico-social et social.

Modalités

Les compétences du préfet de région sur le PRIAC pourraient lui être transférées dans les mêmes conditions (partenariat avec les départements et pilotage national par la CNSA).

Les modalités de la coordination seront définies par voie contractuelle entre les ARS et les départements.

L'ARS devra avoir en interne des professionnels du médico-social et soutenir une coordination interdépartementale.

Assurer la continuité des soins

Objectif

Préparer la sortie dès l'admission à l'hôpital.

Modalités

Construire avec le milieu hospitalier les réponses en termes de structures de soins et de dispositifs médico-sociaux en aval de l'hospitalisation : en favorisant la création de places SSR et en accompagnant la création de structures

médico-sociales, la communauté hospitalière de territoire pouvant être le référent sanitaire du dispositif, en appui des structures médicales locales.

Favoriser la coordination, en partant de la situation des personnes, dans de véritables filières gériatriques, gérontologiques et du handicap. Il s'agit de faciliter l'accès aux soins pour les personnes handicapées (notamment recours en cas d'urgence), de développer des consultations pluridisciplinaires spécifiques quand cela se révèle nécessaire (par exemple : maladie d'Alzheimer), et de prendre en compte les problématiques sanitaires dans le champ médico-social (risques infectieux, santé bucco-dentaire, chutes, nutrition, etc.). L'expérience de certains réseaux de proximité pourra être mobilisée.

Initier une vision stratégique coordonnée à partir d'une référence territoriale. À cette fin la mise en place de deux plates-formes transversales devrait être expérimentée : l'une pour les individus sous la forme d'un guichet unique (incluant les MDPH, les CLIC et les préconisations du rapport Ménard) pour l'information, l'évaluation, et l'orientation ; l'autre pour les institutions afin de mutualiser l'observation, l'évaluation et la coordination des services.

Accompagner l'innovation, l'enseignement et la recherche dans le domaine médico-social en favorisant le rapprochement des acteurs des prises en charge et la promotion d'études évaluatives.

Favoriser le redéploiement de structures hospitalières en structures médico-sociales

L'évolution du droit de l'autorisation, qui n'exige plus l'autonomisation juridique des structures médico-sociales créées par les établissements hospitaliers, permet aujourd'hui aux établissements hospitaliers de procéder plus facilement aux transformations nécessaires des lits inutilisés en places d'hébergement médico-social.

Objectifs

Centrer la mission de l'hôpital sur la phase aiguë.

Assurer l'adéquation entre les soins nécessités et la bonne structure de prise en charge par le développement de structures d'aval dont les capacités sont jugées insuffisantes et donc offrir à la population un service de qualité adapté aux besoins.

Optimiser les financements collectifs en limitant le surcoût des inadéquations.

Modalités

Cette politique volontariste doit :

– éviter une approche uniforme (ratio) du potentiel national de conversion et préférer une identification régionale fine des besoins, par le biais des ARS ;

- améliorer la programmation en révisant les méthodes de programmation « personnes âgées » et « psychiatrie » dans les SROS, et en mettant en place des liens entre programmation sanitaire et médico-sociale ;
- lier cette réflexion avec la nécessité d'outils d'objectivation de la prise de décision publique destinés à permettre un arbitrage sur des critères de choix rationnel entre aigu/suite, sanitaire/social sur un territoire identifié ;
- prendre en compte l'importance du « reste à charge » pour les familles selon le secteur de prise en charge ;
- assurer la fongibilité des enveloppes ;
- intégrer une dimension architecturale : un lieu d'hospitalisation n'est pas conçu au départ comme un lieu de vie. Des adaptations seront parfois nécessaires.

Organisation territoriale

Établir des projets de santé de territoire

Objectif

Organiser, sous l'égide de l'ARS, le système de santé du territoire en définissant les relations entre les différents acteurs – établissements de santé publics et privés, professionnels libéraux, hospitalisation à domicile (HAD), etc. – et les acteurs médico-sociaux et sociaux.

Modalités

Le projet de santé de territoire doit permettre une réflexion collective sur l'ensemble des questions de santé et d'organisation des soins pour articuler les différents champs de la santé : prévention, soins primaires, liens entre les soins hospitaliers et avec l'amont et l'aval de l'hôpital, organisation des transports sanitaires en fonction des caractéristiques géographiques et démographiques du territoire.

Association à la confection des projets de santé de territoire de l'ensemble des parties prenantes du système de santé – collectivités, professionnels (médicaux et non médicaux), établissements, associations d'usagers et de prévention – qui devront se structurer au niveau géographique du territoire. La composition et les missions des conférences de territoire devront être revues en ce sens.

Le projet de santé de territoire devra être établi en cohérence avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire (dont le champ s'élargira avec les ARS), les PRIAC et les schémas départementaux dans le champ de la vieillesse et du handicap. La mise en cohérence du champ sanitaire avec les champs social et médico-social fera l'objet d'une convention entre l'ARS et les conseils généraux.

Renforcer les liens entre établissements de santé au sein des territoires : incitation à la création de communautés hospitalières de territoire

Objectif

Recherche d'une taille critique pour renforcer le management et pour constituer des équipes médicales.

Modalités

Les établissements publics de santé seront fortement incités à créer des communautés hospitalières de territoire (CHT) qui seront, de par la loi, une nouvelle catégorie d'établissement public comportant des compétences

obligatoires (équipe de direction commune, programmes d'investissement, stratégie médicale, gestion des médecins et des cadres, systèmes d'information, fonctions logistiques support, politique de qualité et gestion des risques, certification, gestion des comptes) et, par convention, des compétences facultatives.

Les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) ont la faculté d'intégrer une CHT. Dans ce cas particulier, le directeur général du CHRU devient directeur général de la CHT. Le président de l'Association des maires de grandes villes de France propose de maintenir le maire de la ville siège du CHU en qualité de président du conseil de surveillance.

En ce qui concerne Paris, Lyon et Marseille, une réflexion doit être menée sur leur organisation interne et territoriale. Cette organisation doit être fondée, d'une part, sur les liens avec l'université et, d'autre part, sur le principe d'une forte subsidiarité permettant un pilotage allégé.

Des conventions entre CHRU et CHT définiront l'organisation des soins de recours, la participation des CHT à la formation médicale et aux activités de recherche clinique (cf. fiche « Recherche et enseignement », p. 107).

Incitations : les CHT et les CHRU sont les seules structures publiques éligibles aux aides à la contractualisation et aux investissements, à l'assouplissement des règles de gestion (marchés, comptabilité, recrutement des personnels médicaux) et aux nouvelles modalités de gouvernance (directoire et conseil de surveillance).

Les communautés hospitalières auront vocation à être créées au niveau des territoires dont le découpage est arrêté dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Il est souhaitable qu'en règle générale, les établissements du territoire disposent d'un certain nombre d'éléments clés de plateau technique (en particulier réanimation et soins intensifs en cardiologie, si possible unité neurovasculaire). Le découpage territorial doit par ailleurs prendre en compte les données géographiques et sociologiques locales tout en restant d'une taille compatible avec le jeu de solidarités locales.

Le management doit être basé sur le principe de subsidiarité (ne gérer au niveau du regroupement que ce qui ne peut pas l'être au niveau local), avec pour objectif d'alléger les processus de décision et de circulation de l'information.

Le projet de santé de territoire définit les relations entre les communautés hospitalières de territoire et les établissements de santé privés et répartit les missions de service public entre les différents établissements. Cette répartition trouvera sa traduction dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre l'ARS et les établissements.

Une évaluation de la mise en place des CHT doit être réalisée dans les deux ans.

Gouvernance : voir fiche sur le pilotage des établissements publics de santé, p. 100.

Organiser une meilleure couverture territoriale en services de santé primaires

Objectif

Faire face aux besoins des zones du territoire courant un risque de déficit en services de santé primaires.

Modalités

Faire évoluer le concept des maisons de santé par la définition d'un cadre d'exercice souple au sein d'organisations de proximité pluridisciplinaires, en partant des solutions efficaces déjà mises en œuvre. En particulier il convient de favoriser la diversité dans les statuts (libéral et salarié) des intervenants et les modes de rémunération.

En l'absence d'initiative des professionnels de santé pour la création et la gestion de ces structures, elles doivent pouvoir, à la demande de l'ARS, être créées par des institutions (hôpitaux locaux, EHPAD...) et être gérées par elles.

Palette de services possibles, à géométrie variable selon les contextes : cabinets médicaux et paramédicaux ; éléments de plateau technique, PDS, HAD, SSIAD, services à la personne. En cas de carence avérée, avec l'accord des ordres professionnels : pharmacie, biologie.

Ces structures devront s'impliquer dans des programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation et de promotion de la santé.

Hospitalisation privée à statut commercial

Rendre explicite la participation à un service public de santé

Objectif

Les services de santé, dans leur globalité et quel que soit leur statut, comportent des éléments du service public : financement public, intégration dans un schéma régional et un régime d'autorisations, caractère universel de la couverture maladie.

Cette réalité doit trouver sa traduction dans la relation entre l'hospitalisation privée à statut commercial et les pouvoirs publics.

Nécessité de mieux contrôler le développement excessif du secteur 2, de prendre en compte le poids des groupes de cliniques et de tirer les conséquences de la place croissante du secteur privé dans l'activité chirurgicale. S'assurer qu'une offre de soins tarifée en secteur 1 existe au sein de chaque territoire et au sein de chaque spécialité.

Modalités

Définition dans la législation des caractéristiques du service public de santé.

Les établissements de santé privés bénéficieront d'un contrat de service public : signature d'un contrat avec l'ARS sur la base d'un cahier des charges comportant des clauses dont la nature est fixée réglementairement et dont le contenu est précisé dans le contrat. La contrepartie est l'éligibilité à des subventions à l'investissement et à des aides à la contractualisation. Si les obligations du contrat ne sont pas respectées, envisager le reversement des financements assorti de pénalités.

Contenu du contrat : participation à la permanence des soins, obligations relatives au secteur 1 (accueil en urgence, CMU, prise en compte des situations de précarité), soins sans consentement, modération du secteur 2 et évaluation.

Une clause d'ordre public de respect de ces obligations doit figurer aux contrats individuels des médecins qui les lient à leur établissement.

Respect de la concurrence en cas de concentration et pérennisation des investissements

Objectif

Éviter des positions de monopoles de groupes de cliniques dans certaines villes ou certaines régions.

Modalités

Définition des territoires pertinents pour juger de l'exercice de la concurrence.

Saisine par les ARS de la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) ou de la future Haute Autorité de régulation de la concurrence pour l'examen du respect des règles de concurrence en matière d'offre de soins sur un territoire de santé pouvant aller jusqu'à une appréciation par discipline médicale.

Dans le contrat de service public, faire figurer une clause d'accord préalable de l'ARS en cas de cession de l'établissement privé, afin de vérifier le respect des engagements de service public par le repreneur.

Prises de participation publique dans le capital de cliniques ou de sociétés immobilières dans l'hypothèse où le service public ne serait plus assuré sur un territoire de santé (constitution d'un fonds spécifique auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou des banques mutualistes alimenté par une cotisation sur les cessions d'actifs privés ou publics).

Gouvernance de l'hospitalisation privée

Objectif

Renforcer la participation collective des médecins au fonctionnement interne des établissements de santé privés.

Modalités

Améliorer les modalités de conciliation entre les intérêts du management et l'expression des intérêts médicaux par l'extension des compétences de la conférence médicale d'établissement dans le pilotage des cliniques admises au service public et plus précisément en matière déontologique de l'exercice médical.

Pilotage des communautés hospitalières de territoire et des centres hospitaliers régionaux

Gouvernance

Objectif

Pour les communautés hospitalières de territoire (CHT) et pour les CHRU, poursuivre les adaptations, dans une logique de responsabilisation, en s'appuyant sur les apports de la nouvelle gouvernance.

Modalités

Remplacer le conseil d'administration et le conseil exécutif par un conseil de surveillance et un directoire.

– Conseil de surveillance : sa mission est de valider la stratégie et de surveiller les équilibres économiques et financiers. Il est composé de trois collèges : élus représentant les établissements membres de la communauté ; représentants du personnel médical et non médical des établissements membres ; personnalités qualifiées, représentants des usagers et représentants des professionnels libéraux désignés. Le président du conseil de surveillance est élu par le premier et le troisième collège parmi les élus et les personnalités qualifiées. Un représentant de l'assurance-maladie siège également au conseil de surveillance avec un droit d'évocation sur l'application dans l'établissement de la politique de gestion du risque engagée au sein du territoire par l'ARS dans son versant assurance-maladie.

– Directoire : présidé par le chef d'établissement, le président de CME étant vice-président ; les membres sont des représentants des responsables de pôle et le directeur des soins. Le président du directoire reçoit une lettre de mission du directeur de l'ARS. Il peut être mis fin à leurs fonctions. La CME élit un nouveau président.

Poursuite de la mise en place de la nouvelle gouvernance par des délégations de gestion effectives aux responsables de pôles, en appliquant le principe de subsidiarité.

Chefs d'établissement

Objectif

Garantir l'adéquation des recrutements sur les fonctions de chef d'établissement.

Modalités

Élargissement possible de l'origine du recrutement des directeurs généraux des communautés hospitalières de territoire et des directeurs généraux de CHRU hors du corps des directeurs d'hôpitaux et hors de la fonction publique.

Validation des qualifications des candidats selon les méthodes mises au point par les cabinets de recrutement pour les cadres dirigeants d'entreprise. Cette fonction sera confiée au Centre national de gestion (CNG) qui l'exercera sous le contrôle d'une commission d'experts indépendants, avec la faculté de recourir à des cabinets de recrutement.

Pour les chefs d'établissements non issus du secteur hospitalier : prévoir un dispositif lui permettant d'acquérir les connaissances clés du monde hospitalier.

Procédure de nomination : réception des candidatures par le conseil de surveillance, validation des qualifications par le CNG, nomination par l'ARS du candidat retenu par le conseil de surveillance.

La cessation des fonctions des DG des CHT est prononcée par le directeur de l'ARS en accord avec le conseil de surveillance.

La nomination des DG de CHU en Conseil des ministres peut être généralisée en raison de l'importance de ces établissements. Dans le cas où un CHU est partie intégrante d'une CHT, le DG du CHU est DG de la CHT.

Le mandat de chef d'établissement est à durée limitée sur la base d'une lettre de mission.

Le processus d'évaluation des chefs d'établissement doit être renforcé.

Adaptation des modalités de placement en position de recherche d'affectation : possibilité de demande de placement en recherche d'affectation par le directeur d'ARS.

Assouplir la gestion

Objectif

Rendre l'hôpital public plus réactif dans la recherche d'une plus grande efficacité et d'une meilleure réponse à la demande de soins.

Modalités

Le texte créant les CHT et modifiant le statut des CHRU doit prévoir que cet établissement public est soumis :

- aux seules règles de transparence européenne en matière de marchés ;
- aux règles du plan comptable général défini par le Conseil national de la comptabilité. Le choix du comptable de l'établissement appartient au président du directoire. Il peut être public par la voie du détachement. La mission du comptable peut être élargie à la mission de conseil financier ;
- aux règles de la certification obligatoire des comptes et de leur publication.

Renforcer les outils de gestion

Objectif

Améliorer la performance économique.

Modalités

Priorité au développement des systèmes d'information médicaux et de gestion, indispensables au pilotage médico-économique des établissements : positionnement stratégique, outils de contrôle de gestion.

Mutualisation au niveau de la communauté hospitalière de territoire des fonctions techniques (achats, travaux) et médico-techniques (gestion des laboratoires, programmes de maintenance...).

Renforcement des compétences dans le domaine de la gestion des lits, des flux de patients, de l'accès au plateau technique, etc. par le recrutement de logisticiens.

Attractivité des établissements publics de santé et des établissements participant au service public

L'attractivité de l'hôpital ne dépend pas seulement – ni peut-être principalement – de mesures ciblées, mais d'un climat favorisé par un changement du management, la valorisation de l'implication des personnes et des équipes, un allègement des contraintes de gestion, l'autonomie des pôles et la délégation des responsabilités à tous les niveaux.

Les problèmes d'attractivité se posent par ailleurs de manière très différente selon le contexte régional ou le contexte urbain. Ils concernent principalement certaines spécialités médicales (chirurgiens, radiologues) et certaines professions paramédicales (manipulateurs, masseurs-kinésithérapeutes, radiophysiciens, infirmiers dans certaines régions).

Équilibrer l'attractivité des modes d'exercice

Objectif

Enrayer la désaffection des praticiens pour l'exercice à l'hôpital public (ou dans les établissements PSPH).

Modalités

Introduire des modalités de rémunération rapprochant les deux modes d'exercice, en particulier pour les chirurgiens (N.B. : rapport Aubart, Cuq, Vallancien pour le Conseil national de la chirurgie).

Faire partager à tous les charges de permanence des soins.

Rééquilibrer la rémunération des actes intellectuels et des actes techniques (imagerie, radiothérapie, médecine nucléaire) : professionnels « entrepreneurs » dont une part importante des revenus provient de la mise en œuvre des moyens techniques.

Organiser la gestion médicale des établissements de manière à favoriser la constitution d'équipes de taille suffisante pour attirer de nouveaux professionnels. La taille des équipes est fonction de la charge en permanence des soins, des missions d'enseignement et de recherche.

Diversifier les modalités de rémunération et de recrutement des praticiens à l'hôpital

Objectif

Renforcer l'attractivité du secteur public.

Modalités

Évolution des conditions d'emploi et de rémunération des médecins à l'hôpital selon trois modalités :

- maintien de la situation actuelle de PH ;
- aménagement du statut de PH, qui comporterait :
 - une part de rémunération fixe minimale,
 - une part variable contractuelle en fonction de valences : responsabilités au sein de l'hôpital, niveau d'activité, pénibilité, enseignement-recherche...
- remplacement du régime actuel des contractuels par des contrats de droit privé.

Pour la part de rémunération liée à l'activité : tester au niveau de chaque pôle un système de globalisation des rémunérations et de redistribution collective et individuelle selon les règles arrêtées par le conseil de surveillance.

Pour les établissements universitaires, il conviendra d'identifier la part des soins, de l'enseignement et de la recherche dans une logique d'équipe.

Le dispositif de rémunération variable pourra être complété par un intéressement collectif lié aux résultats financiers de l'hôpital et en fonction de la contribution de chaque pôle au résultat global.

Mise en place d'une convention collective au profit des personnels contractuels fixant les conditions d'emploi et de rémunération des personnels contractuels afin d'éviter trop de différences entre les établissements publics de santé. La grille salariale locale sera validée par le conseil de surveillance.

Le secteur privé des médecins maintenus dans le statut actuel sera encadré par le conseil de surveillance. Possibilité de faire appel à des médecins libéraux pouvant travailler à l'hôpital à temps partiel en étant rémunérés à l'acte.

Changement du régime des nominations des médecins : établissement de fiches de poste au sein des pôles, examen des candidatures par le directoire après avis CME. Selon un parallélisme des formes avec les directeurs, nomination des statutaires par l'ARS (par délégation du ministre), sur proposition de l'établissement (du directoire s'il s'agit d'une CHT), recrutement des médecins contractuels par le président du directoire sur proposition des responsables de pôle et examen en directoire.

Évolution identique dans les PSPH.

Évaluation des médecins réalisée par des pairs (AERES), et sous contrôle de l'université pour les hospitalo-universitaires. Élargissement des possibilités de mise sous statut de recherche d'emploi en cas de changement d'activité de l'établissement et en cas d'évaluation négative.

Attractivité de l'hôpital pour les personnels non médicaux

Objectif

Favoriser le maintien à l'hôpital des professionnels.

Modalités

Plus grande autonomie aux personnels paramédicaux dans l'exercice de leur profession (délégations d'actes, mais aussi mode relationnel entre médecins et paramédicaux) et raccourcissement des circuits de décision.

Diversification des évolutions de carrière en intégrant des fonctions d'expertise et de formation.

Pas de mesures statutaires particulières pour la fonction publique hospitalière, mais prise en compte des spécificités dans les travaux de réforme du statut des fonctionnaires (mission Silicani).

Possibilité pour les cadres soignants d'être détachés sur une fonction d'encadrement avec le bénéfice d'une rémunération contractuelle.

Intéressement des personnels non médicaux aux résultats financiers globaux par pôle selon les règles arrêtées par le directoire.

Possibilité de recrutement de personnels non médicaux par la voie contractuelle en cas de difficultés de recrutement dans le cadre de la convention collective des contractuels.

Évolution des métiers

Objectif

Valoriser les métiers et favoriser les évolutions professionnelles.

Modalités

Favoriser la reconnaissance des nouveaux métiers (télémédecine, métiers de la recherche, etc.) et la dimension de coordination de soins de la formation infirmière.

Accélérer les délégations d'actes et de compétences.

Mise en place du LMD (*cf. infra*).

Engager fortement la mise en place du LMD pour les professions de santé⁽¹⁾

Objectif

Revaloriser les métiers, faciliter les évolutions professionnelles entre les différents métiers de la santé (délégation d'actes et de compétence), les partages des activités et les passerelles au sein des métiers de la santé et avec les autres filières universitaires. L'universitarisation doit renforcer la richesse des formations actuelles sans altérer leur réussite comme écoles professionnelles.

Modalités

À partir d'un référentiel des métiers et des compétences, élaboration des référentiels de formation permettant la mise en œuvre de cursus de formation cohérents entre les différentes professions de santé.

Pilotage des maquettes de formation par les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche dans le cadre de l'universitarisation.

Pour les médecins, engagement plus précoce des formations à la recherche : stage de contact en deuxième cycle, faciliter les formations complémentaires et les écoles doctorales, proposer des internats prolongés intégrant les années « recherche » aux étudiants ayant validé un M1 ou M2 scientifique, faciliter les séjours à l'étranger et le retour dans des équipes d'accueil favorisant le parcours des individus d'excellence.

Pour diversifier les recrutements, faciliter l'intégration dans le cursus médical des étudiants ayant d'autres cursus de formation scientifiques ou paramédicaux (formation initiale ou après activité professionnelle).

(1) N.B. : cette mesure figure en termes identiques dans la fiche relative à la recherche et à l'enseignement, p. 111.

Recherche et enseignement

Du fait de la synergie soins/enseignement/recherche, ainsi que des liens étroits entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, le lien universités-hôpitaux doit être renforcé.

Seules des équipes de taille suffisante et de compétence avérée pourront assurer la triple mission soins/enseignement/recherche.

La recherche et l'enseignement à l'hôpital doivent prendre en compte le contexte actuel de réforme de l'université.

Piloter l'enseignement et la recherche médicale

Objectif

Clarifier les responsabilités dans le pilotage de l'enseignement et de la recherche.

Modalités

Définition des **orientations de la politique nationale**, par un comité interministériel de pilotage de la recherche et de l'enseignement, permettant une prospective nationale de la santé au sein des autres disciplines et intégrant les données internationales.

Programmation de la recherche par une agence nationale de moyens : deux se dessinent actuellement (l'ANR et l'INSERM) dont il faudra définir les champs réciproques. Copilotage par les ministères de la Recherche et de la Santé. Le ministère de la Santé assure la coordination des programmes de l'agence de moyens avec le pilotage des MERRI.

Évaluation des structures, des professionnels, des formations et diplômes, et des résultats recherche-enseignement par l'Agence d'évaluation des établissements d'enseignement supérieur et de recherche (AERES).

Pilotage interrégional par une structure recherche-enseignement réunissant hôpitaux et universités, en lien avec les ARS et les régions, qui prend appui sur les délégations interrégionales à la recherche clinique.

Pilotage local :

- entre l'université et l'hôpital : convention hospitalo-universitaire revisitée décrivant les objectifs et les engagements réciproques et conçue comme une interface entre le plan quadriennal de l'université et le projet d'établissement de l'hôpital dont la durée et le calendrier doivent coïncider ;
- au sein des CHU : mise en œuvre de la stratégie recherche-enseignement par le pilotage des financements, des ressources humaines et des structures d'appui ; mise en cohérence avec le fonctionnement des équipes labellisées, des projets et le pilotage des pôles ; intégration d'un directeur scientifique portant ces fonctions contractualisées au sein du directoire.

Structurer les activités d'enseignement et de recherche au niveau interrégional

Objectifs

Rechercher la taille critique dans les activités d'enseignement et de recherche.

Structurer les interrégions.

Modalités

Harmonisation des cartes interrégionales actuelles (cancéropoles, délégations interrégionales à la recherche clinique, etc.).

Concentration des équipes labellisées en soins/recherche/enseignement en fonction de l'organisation interrégionale des activités de soins (gradation des activités de soins de recours et référence).

Adaptation des flux de formation des médecins aux besoins régionaux (*cf. infra*).

Concentration des facultés en lien avec le pilotage des universités.

Renforcement des délégations interrégionales : valorisation et réponse aux appels d'offres nationaux et européens ; constitution de pools de personnels mutualisés spécialisés mis à disposition des investigateurs ; intégration des petites équipes dans des réseaux de recherche ; formation permanente des professionnels de la recherche ; plates-formes mutualisées d'infrastructures lourdes et/ou très spécialisées.

Labelliser les équipes d'enseignement et de recherche

Objectifs

Identifier et structurer au sein des établissements de santé le potentiel d'enseignement et de recherche, les CHU demeurant les responsables majeurs des trois missions de soins de référence et de recours, d'enseignement et de recherche.

Modalités

Labellisation des équipes hospitalo-universitaires selon des critères portant sur les trois missions proposées par les autorités hospitalières et universitaires nationales et validés par l'AERES. Labellisation pour une durée déterminée et selon plusieurs niveaux en fonction des performances du centre dans la triple mission.

La reconnaissance des équipes est proposée par les instances HU locales dans le cadre de la convention HU, validée par les instances HU interrégionales dans le cadre de la stratégie interrégionale, avec une recherche de

complémentarité entre les différents CHU et de couverture des principaux thèmes de santé publique de l'interrégion.

Évaluation régulière par l'AERES dont les résultats peuvent impacter le niveau de labellisation.

Structuration et labellisation de centres d'excellence, en nombre limité au niveau national, ayant une taille leur permettant d'avoir une visibilité au niveau européen.

Recherche de la masse critique dans l'organisation des équipes; les missions de recherche ne sont pas nécessairement superposables à celles de l'enseignement en premiers cycles et des soins de proximité, en termes de nombre de postes et de compétence des individus.

Des équipes extérieures aux CHU (CHG et établissements privés) peuvent participer aux activités d'enseignement et/ou de recherche dans le cadre de conventions, pour une durée définie; évaluation des résultats par l'AERES simultanément aux CHU auxquels les équipes sont liées.

Allocation des ressources – MERRI, postes hospitalo-universitaires et soutien à la recherche clinique – en rapport avec le niveau de labellisation.

Répartition des tâches de soins/recherche/enseignement, management entre les membres des équipes dans un cadre contractuel identifiant pour chacun ses missions et les rémunérations correspondantes. Les missions n'ont pas toutes la même temporalité et peuvent être évolutives au cours des carrières.

Statut des médecins des équipes soit hospitalo-universitaire, soit hospitalier. Les hospitaliers peuvent bénéficier d'un contrat hospitalier ouvrant à des fonctions d'enseignement et/ou de recherche et, éventuellement, au titre de professeur associé. Les universitaires peuvent aussi bénéficier d'un contrat hospitalier, permettant une retraite calculée à taux plein.

Une progression universitaire est souhaitable.

Validation des procédures de nomination par le niveau interrégional, en particulier organisation d'appels à candidature larges (national et international) et désincitation aux recrutements locaux.

Renforcer et mieux organiser les moyens d'appui à la recherche hospitalière

Objectifs

Renforcer l'efficacité de la recherche clinique.

Modalités

Professionnalisation de la recherche clinique en renforçant les structures hospitalières de promotion et d'appui à la recherche (CIC, unités de méthodologie...), en recrutant et en formant des personnels administratifs qualifiés

dans la gestion de la recherche et des personnels techniques (*data managers*, ingénieurs de recherche...).

Identification des financements et des personnels de recherche et affectation aux équipes de recherche et d'enseignement labellisées.

Amélioration et simplification de la gestion des moyens de la recherche : outils de gestion adaptés, assouplissement des procédures d'achat, possibilité de recruter des contractuels (chercheurs non-médecins, personnel d'appui hors grille de la fonction publique).

Possibilité explicite pour les établissements de santé de créer des fondations, ces fondations associant les CHU et leurs partenaires publics et privés pouvant se concevoir au niveau interrégional.

Simplifier et harmoniser le cadre législatif et réglementaire de la recherche hospitalière : la recherche translationnelle et clinique n'a pas les mêmes contraintes que la recherche fondamentale.

Conforter les structures d'appui à la recherche hospitalière : directions de la recherche clinique interrégionales, plates-formes mutualisées (investissements lourds, centres spécialisés tels les génopoles).

Instaurer une politique d'innovation dynamique

Objectif

Valoriser la recherche médicale publique.

Modalités

Favoriser les collaborations avec l'industrie du fait des enjeux industriels et commerciaux des transferts technologiques (médicaments et dispositifs médicaux) : contrats de collaboration protégeant les intérêts des hôpitaux, incubateurs et pépinières d'entreprises régionaux.

Évaluer de façon rigoureuse les innovations médicales mises sur le marché (en particulier le service médical rendu), permettre une introduction rapide du progrès médical dans les soins dans des centres identifiés afin de contrôler la prise de risque.

Créer des plates-formes de recherche des pratiques innovantes (chirurgicales et interventionnelles) en lien avec l'industrie.

Engager fortement la mise en place du LMD pour les professions de santé⁽¹⁾

Objectif

Revaloriser les métiers, faciliter les évolutions professionnelles entre les différents métiers de la santé (délégation d'actes et de compétence), les partages des activités et les passerelles au sein des métiers de la santé et avec les autres filières universitaires. L'universitarisation doit renforcer la richesse des formations actuelles sans altérer leur réussite comme écoles professionnelles.

Modalités

À partir d'un référentiel des métiers et des compétences, élaboration des référentiels de formation permettant la mise en œuvre de cursus de formation cohérents entre les différentes professions de santé.

Pilotage des maquettes de formation par les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur et de la Recherche dans le cadre de l'universitarisation.

Pour les médecins, engagement plus précoce des formations à la recherche : stage de contact en deuxième cycle, faciliter les formations complémentaires et les écoles doctorales, proposer des internats prolongés intégrant les années « recherche » aux étudiants ayant validé un M1 ou M2 scientifique, faciliter les séjours à l'étranger et le retour dans des équipes d'accueil favorisant le parcours des individus d'excellence.

Pour diversifier les recrutements, faciliter l'intégration dans le cursus médical des étudiants ayant d'autres cursus de formation scientifiques ou paramédicaux (formation initiale ou après activité professionnelle).

Adapter les flux de formation des médecins aux besoins régionaux

Objectifs

Mettre en place une gestion pluriannuelle intégrant les projections démographiques.

Adapter les flux de formation aux besoins régionaux.

Modalités

Responsabilité de la gestion des flux confiée à la structure de pilotage interrégionale recherche-enseignement, à charge pour elle de réaliser l'éventuelle déclinaison régionale. Harmonisation des flux au niveau national. Programmation pluriannuelle.

(1) N.B. : cette mesure figure en termes identiques dans la fiche relative à l'attractivité des établissements publics et participants au service public hospitalier, p. 106.

Ajustement du *numerus clausus* et nombre de postes de l'examen national classant (ENC) à la densité médicale de l'interrégion, à ses besoins par spécialités et à l'évolution des métiers.

Ajustement des postes de post-internat pour favoriser le maintien dans l'interrégion des spécialistes formés, en cohérence avec le nombre de postes à l'ENC dans les disciplines exigeant un DESC.

Développer les postes d'assistant spécialiste et chef de clinique assistant à temps partagé entre le CHU et les CHG (maillage de l'offre de soins).

Possibilité pour les internes de se former dans l'ensemble de l'interrégion (diversification de l'enseignement) ; formations pour les activités les plus spécialisées dans les services de l'interrégion où ces activités sont concentrées (voire au niveau national).

Développer les contrats d'engagement entre les étudiants et les collectivités territoriales et/ou l'assurance-maladie.

Renforcer et piloter la formation médicale continue hospitalière

Objectif

Donner une plus grande indépendance à l'organisation de la formation médicale continue des praticiens hospitaliers.

Modalités

Augmenter les financements publics de la formation médicale continue, et confier la gestion des fonds à l'ANFH. Possibilité d'intégrer des ressources extérieures en provenance de l'industrie ou de fondations. Organisation d'une offre significative de formation médicale continue par l'université, sans exclusive par rapport aux autres opérateurs de formation continue.

Politique de formation continue décidée par le directoire de l'établissement.

Création dans chaque région d'un institut universitaire de formation continue des métiers de la santé (management, technologies de communication, valorisation de la recherche...).

Création au niveau interrégional de plates-formes d'enseignement initial et continu des pratiques innovantes chirurgicales et interventionnelles, faisant appel à des fonds publics et privés.

Pièces jointes

Lettre de mission

Paris, le 12 OCT. 2007

Monsieur le Ministre,

Le 22 mai dernier, j'ai annoncé, lors de mon déplacement au centre hospitalier de Dunkerque, le lancement d'une concertation sur les missions de l'hôpital. L'hôpital connaît depuis quelques années une période de réformes de son fonctionnement interne. Le développement de la tarification à l'activité, la mise en place de la nouvelle gouvernance mobilise les établissements et leurs équipes. Ces mesures sont nécessaires à la modernisation des établissements de santé. Leur application doit être poursuivie avec détermination.

Sur la base des réformes à l'œuvre, un nouvel élan doit être trouvé. Les progrès que l'hôpital accomplit dans son fonctionnement interne seraient vains s'ils ne s'accompagnaient pas d'un réexamen approfondi de ses missions, avec un double objectif de qualité des soins et d'optimisation des moyens.

Je souhaite qu'une large concertation soit conduite sur les missions de l'hôpital, entendu comme l'ensemble des établissements de santé, et j'aimerais que vous présidiez la commission chargée d'organiser cette concertation.

Les complémentarités avec tous les acteurs de l'offre de soins doivent être renforcées. Il n'est pas acceptable que les urgences hospitalières soient saturées de demandes qui ne relèvent pas de leurs missions. Des dispositifs innovants de permanence des soins doivent être mis en place, avec les professionnels de santé libéraux, pour désengorger les urgences de l'hôpital.

Les besoins de la population doivent être mieux pris en compte, à la fois en termes d'accès aux soins et de niveau de recours. C'est en ayant, pour un territoire donné, une appréhension globale des atouts de chacun des établissements publics et privés que les soins doivent être organisés, et certaines fonctions mutualisées.

Mais l'hôpital ne peut se penser sans sortir de ses murs. La diminution des durées moyennes de séjour et l'accélération des cycles d'hospitalisation conduisent de plus en plus de personnes à avoir encore besoin de soins en sortant de l'hôpital. Le développement de l'hospitalisation à domicile et l'articulation entre l'hôpital et la ville, seront dans les prochaines années des leviers incontournables de la qualité des prises en charge.

Monsieur Gérard LARCHER
Ancien Ministre
Maire de Rambouillet
Hôtel-de-Ville
Place de la Libération
78120 RAMBOUILLET

Inversement, des transferts à l'hôpital sont trop souvent décidés sans que cela soit pleinement justifié. Face à une demande croissante de soutien des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, le recours à l'hôpital ne doit pas représenter la seule réponse.

L'amélioration des prises en charge ne se fera pas sans une gouvernance réaffirmée. Les directeurs d'établissement, disposant d'une plus grande autonomie de gestion, devront être responsabilisés sur leur capacité à répondre aux besoins de la population d'un territoire, avec un objectif de qualité et d'égalité d'accès aux soins. Dans le respect de ces principes, la restructuration de l'hospitalisation publique, déjà engagée, devra être accélérée.

La véritable richesse d'un hôpital repose sur ses ressources humaines. La mission que vous conduirez s'attachera à faire émerger les conditions de l'attractivité de l'hôpital. Les jeunes chefs de clinique et praticiens hospitaliers, notamment en chirurgie, devront y trouver des perspectives d'évolution valorisante. Vous proposerez un nouveau cadre pour la réalisation de l'activité privée à l'hôpital et, en complément, vous étudierez comment le développement de l'exercice mixte et les partenariats public-privé pourront permettre aux établissements d'adapter leur activité aux besoins de leur territoire.

Enfin, en matière de recherche biomédicale, le rôle des universités, dans le sillage de la loi relative aux libertés et responsabilités des universités, doit inciter les centres hospitaliers et universitaires (CHU) à se repositionner dans les domaines de l'enseignement et de la recherche. La contribution des CHU doit être redéfinie dans le but de constituer des pôles d'excellence tenant leur rang au plan mondial. L'articulation de la mission d'enseignement avec les missions de recherche et de soins gagnerait à être mieux organisée.

Dans le même esprit d'ouverture, l'enseignement et la recherche ne pourront rester l'apanage des CHU. Vous étudierez comment les établissements publics et privés qui s'impliquent dans des projets innovants pourraient y participer.

Votre objectif est d'organiser une large concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs du système de santé. Vous établirez un état des lieux pour la fin du mois de novembre. Cet état des lieux s'appuiera sur une étude argumentée des problématiques et des enjeux, ainsi que sur des auditions. Il servira de base à la concertation qui se déroulera en décembre et en janvier. La concertation sera conduite selon des modalités qui garantissent que chacun puisse apporter sa contribution au réexamen des missions de l'hôpital. La commission que vous présiderez décidera, dans ce cadre, du déroulement de la concertation et en pilotera la mise en œuvre. Elle en réalisera également la synthèse.

La commission sera composée de personnalités qualifiées issues notamment de l'hospitalisation publique et privée, des autres domaines de l'offre de soins, du secteur médico-social et des systèmes de financement.

Roselyne Bachelot-Narquin, qui suivra vos travaux avec beaucoup d'attention, mettra les services du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports à votre disposition pour vous appuyer dans vos démarches.

Vous veillerez à la bonne articulation de la concertation avec la revue générale des politiques publiques, en particulier avec le chantier des agences régionales de santé.

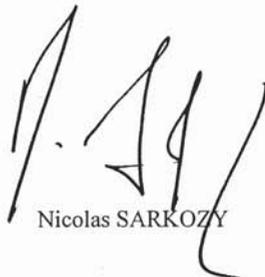
Une conférence nationale restituera l'ensemble de la démarche. Celle-ci devra aboutir à des propositions concrètes, visant notamment au recentrage de l'hôpital sur ses missions prioritaires.

Je vous prie de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

cc *unicare*



François FILLON



Nicolas SARKOZY

Liste des membres de la commission

M. Gérard LARCHER, président

M. Jean-Marc AUBERT, directeur délégué de la gestion et de l'organisation des soins de la CNAM-TS

M. Jean-Marc BASTE, chef de clinique CHU de Bordeaux (33), chirurgie thoracique

M. Jean-Pascal BAUGE, président de la CME des hôpitaux Drôme-Nord (26), PH radiologue

M. Nicolas BRUN, président d'honneur du collectif interassociatif sur la santé, UNAF

M. Gérard CATHELIN, (†) ancien chef de service d'endocrinologie de l'hôpital Saint-Louis (Paris, AP-HP), coordinateur d'un réseau ville-hôpital dans l'Aisne (02)

M. Pierre CHOLLET, médecin PH CH d'Agen (47), pneumologue

M. Philippe CHOUPIN, directeur général délégué des Nouvelles cliniques nantaises (44)

M. Philippe DARTEVELLE, chef de service au centre chirurgical Marie-Lannelongue (92)

M. Bernard DAUMUR, directeur CH de Montauban (82)

M. Jean ESCAT, ancien chef du service de chirurgie digestive du CHU de Toulouse (31)

M^{me} Marylène GUINGOUAIN, directrice des soins à l'hôpital européen Georges-Pompidou (75)

M^{me} Maryvonne LYAZID, directrice adjointe de la Fondation des caisses d'épargne

M. Fabrice MARCHIOL, maire de La Mûre (38)

- M. Patrick MILLOUR**, médecin généraliste libéral à Fréjus (83)
- M. Daniel MOINARD**, ancien directeur général du CHU de Toulouse (31)
- M. Éric MOLINIÉ**, vice-président de l'APF
- M. Francis MOREL**, directeur PSPH, hôpital Belle-Isle à Metz (57)
- M. Thierry MUNINI**, infirmier libéral, responsable d'unité d'autodialyse à Orange (84)
- M. Philippe PIRIOU**, professeur, hôpital Raymond-Poincaré de Garches (92), chirurgien orthopédiste
- M^{me} Christine RIVE**, gynécologue-obstétricienne libérale à Angers (49)
- M. François-Xavier SCHWEYER**, sociologue, EHESP (35)
- M. Jean-Paul SEGADE**, directeur général du CHU de Clermont-Ferrand (63)

Rapporteurs

- M. Patrick BROUDIC**, conseiller général des établissements de santé
- M. Guy COLLET**, conseiller général des établissements de santé
- M^{me} Agathe DENÉCHÈRE**, inspectrice IGAS
- M. Michel DURAFFOURG**, inspecteur général IGAS
- M^{me} Élisabeth FERY-LEMONNIER**, conseillère générale des établissements de santé
- M. Daniel MARIE**, conseiller général des établissements de santé

Liste des personnes auditionnées

M. Nicolas ABOUT, sénateur des Yvelines, président de la commission des affaires sociales du Sénat

P^r Yves AIGRAIN, vice-président de la CME de l'AP-HP

D^r Thierry ANASTHASE, cabinet de médecine d'urgence

D^r Martine Aoustin, médecin-conseil, directeur opérationnel – Mission tarification à l'activité – DHOS

D^r Marc ATTIA, président-directeur général de Capio Santé

D^r François AUBART, président de la CMH (coordination médicale hospitalière)

M. Michel AUTÈS, vice-président prévention et santé – conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

P^r Alain AUTRET, secrétaire général du Syndicat de la coordination nationale des médecins hospitalo-universitaires

M. Bertrand BAILLEUL, président du Forum européen des managers de santé France

M. Dominique BALMARY, président de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

M. Jean-Marie BARBIER, président de l'APF

P^r Frédéric BARGY, président du Syndicat national des professeurs hospitalo-universitaires (SNPHU)

M. Jean-Marie BELLOT, secrétaire général de la fédération FO des personnels des services publics et des services de santé

P^r Yvon BERLAND, président de l'université de la Méditerranée – Aix-Marseille II, président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

M. André BERNAT, directeur général du groupe Languedoc Mutualité, vice-président du directoire du groupe hospitalier de la Mutualité française

M. Didier BERNUS, secrétaire général adjoint de la fédération de la santé FO

D^r Daniel BERSANI, président du Syndicat des radiologues hospitaliers

Pr Dominique BERTRAND, directeur de l'ENSP

M. Nicolas BEST, directeur de la Délégation interrégionale à la recherche clinique d'Île-de-France

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale FO

M^{me} Fabienne BINOT, secrétaire générale SUD Santé Sociaux

M. Jacques BLANC, sénateur de la Lozère

Pr Olivier BLIN, secrétaire général du Syndicat national des pharmacologistes hospitaliers et universitaires

M. Bernard BOCCARD, président de la Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA)

D^r Rachel BOCHER, présidente de l'INPH

M. Gaby BONNAND, secrétaire national de la CFDT

M. Gilles BONNEFONT, secrétaire général de l'USPO

M. Jean-Louis BONNET, directeur de l'ARH Rhône-Alpes, président de la conférence des DARH

M. Daniel BONTÉ, vice-président de la CFE-CGC

M^{me} Joëlle BOUET, associée, Atos Consulting

M^{me} Anaïs BOUILLET, Association nationale des étudiant(e)s sages-femmes

D^r François BOURDILLON, département de biostatistique, de santé publique et d'information médicale – Division Mazarin, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière

M. Olivier BOYER, directeur de l'ARH Bourgogne, conférence des DARH

M^{me} Michèle BRESSAND, directrice du service central des soins infirmiers AP-HP

M^{me} Yolande BRIAND, secrétaire générale de la Fédération santé-sociaux (CFDT)

D^r Claude BRONNER, président d'Espace généraliste

Pr Jean-Gabriel BRUN, chirurgien, Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France

M. Philippe BURNEL, délégué général FHP

Pr Emmanuel-Alain CABANIS, président de la CME du centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingt

D^r Dinorino CABRERA, président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

M^{me} Danielle CADET, présidente de l'Association française des directeurs de soins (AFDS)

M. Étienne CANIARD, membre du collège de la Haute Autorité de santé (HAS), président de la commission Qualité et diffusion de l'information médicale de la HAS

M. Jean CANNEVA, président de l'Union nationale des familles de malades mentaux (UNAFAM)

M. Claude CAMEL, directeur technique, association Santé Organisation Seniors

M. Paul CASTEL, président de la Conférence nationale des directeurs généraux de CHU

M. Bernard CAZEAU, sénateur de Dordogne, vice-président de l'Assemblée des départements de France

M. Pascal CHAMPVERT, président de l'Association des directeurs de services aux personnes âgées (AD-PA)

P^r Bernard CHARPENTIER, doyen de l'université Paris-Sud, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

D^r Michel CHASSANG, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

M. Jean-Luc CHASSANIOL, président de l'Association des directeurs d'hôpitaux (ADH)

M. Benoît CHASTAING, directeur délégué adjoint en charge du développement, Santé Investissement (groupe Médi-partenaires)

D^r Alain CHATELIN, président de la fondation Motrice et représentant de la Fédération française des associations d'infirmes moteurs (FFAIMC)

M. Philippe CHÊNE, président des laboratoires Baxter

M. François CHÉRÈQUE, secrétaire général de la CFDT

M. Laurent COCQUEBERT, directeur général de l'UNAPEI

D^r Claude COHEN, président du Syndicat national des médecins biologistes (SNMB)

M^{me} Odile CORBIN, directrice générale du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)

P^r Pierre CORIAT, président de la commission médicale d'établissement (CME) de l'AP-HP

M. Yves COTRET, vice-président de l'Union interprofessionnelle des associations de rééducateurs et médico-techniques (UIPARM)

M. Dominique COUDREAU, conseiller du président de la Générale de santé, président du conseil d'administration du GIP DMP

M. Alain COULOMB, consultant

M. Édouard COUTY, conseiller maître à la Cour des comptes

M. Jean-Pierre DAVANT, président de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)

M. Jean-Paul DAVID, président du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

M. Jean-Luc DE BOISSIEU, secrétaire général du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA)

M. Franck DE BRUYN, société SIGNS

Pr Jean DE KERVASDOUÉ, Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), titulaire de la chaire Santé

M. Gérard DE LA MARTINIÈRE, président de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)

M. Gérard DE POUVOURVILLE, économiste de la santé

M. Jean-Mathieu DEFOUR, président de l'Association nationale des hôpitaux locaux (ANHL)

Pr Laurent DEGOS, président de la Haute Autorité de santé (HAS)

M. Didier DELMOTTE, directeur général du CHU de Lille

M^{me} Nicole DENNI-KRICHEL, présidente de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO)

Pr Alain DESAULTY, professeur retraité

M. Charles DESCOURS, sénateur honoraire

M. Robert DESMOULINS, président de la section G de l'Ordre national des pharmaciens

Pr Alain DESTÉE, président de la Conférence des présidents de CME de CHU

M. Jean-Marie DEVEVEY, chargé de mission à la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (DIACT)

M. Régis DEVOLDÈRE, président de l'UNAPEI

M. Michel DIDIER, président du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie

Pr Bertrand DIQUET, président du SNHU

Mme Dominique DOREL, déléguée générale de la FHP

D^r Michel DROUART, président de la CME du CH de Pontarlier

Pr Jean-Michel DUBERNARD, membre de la HAS, professeur de chirurgie

Pr Louis DUBERTRET, chef du service de dermatologie à l'hôpital Saint-Louis

M. Frédéric DUBOIS, président du groupe Médi-partenaires

M^{me} Danièle DUMAS, présidente du conseil d'administration de l'ADMR

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

M. Philippe DURAND, Capio Santé

M. Emmanuel DURET, président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

M^{me} Dominique DURIS, vice-présidente de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO)

M. Jean-Loup DUROUSSET, président de la Fédération hospitalière privée

M. Philippe EL SAIR, président du Syndicat national des cadres hospitaliers

M. Benoît ELLEBOODE, président représentant de l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux des villes de faculté (INSIH)

D^r François ESCAT, clinique d'Occitanie (service des urgences)

P^r Christian ESPAGNO, vice-président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

P^r Éric ESPÉRET, délégué général de la Conférence des présidents d'université

M. Claude ÉVIN, ancien ministre, président de la Fédération hospitalière de France (FHF)

M^{me} Nicole FAGET, présidente de l'UNASSI (soins infirmiers)

M^{me} Françoise FALHUN, présidente du Syndicat des pharmaciens inspecteurs de santé publique

D^r Pierre FARAGGI, président de la Coordination des praticiens hospitaliers (CPH)

M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

D^r Francis FELLINGER, président de la Conférence des présidents de CME de CH

D^r Pierre FILLON, ophtalmologue, centre médico-chirurgical du Mans

M. André FLAGEUL, président de l'UNA

M^{me} Pascale FLAMANT, directrice générale de l'Institut national du cancer

M. Jean-Claude FLORY, député de l'Ardèche

M. Pascal FORCIOLI, directeur de l'ARH de Picardie, conférence des DARH

P^r Françoise FORETTE, directrice de la Fédération nationale de gérontologie

M. Philippe FRANÇOIS, Institut français pour la recherche sur les administrations publiques

M. Philippe GAERTNER, président de la Fédération des syndicats des pharmaciens de France

D^r Didier GAILLARD, président de la Conférence des CME des établissements à but non lucratif

D^r Raphaël GAILLARD, Intersyndicat national des chefs de clinique assistants (INSCCA)

M. Emmanuel GALLOT, président de l'Inter Syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNARD-IMG)

M. Christian GATARD, secrétaire général des cadres hospitaliers (FO)

M. Jacques GAYRAL, président de l'Union nationale des cliniques psychiatriques privées (UNCPSY)

D^r Pascal GENDRY, président de l'Association nationale des médecins généralistes d'hôpital local (AGHL)

D^r Jean-Pierre GENET, président d'honneur de la Conférence des présidents de CME des établissements privés à but non lucratif

M^{me} Claudie GILLOT-DUMOUTIER, présidente du CNLCS

M. François GIN, directeur général adjoint de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Dominique GIORGI, inspecteur général IGAS

P^r Claude GIRARD, président de la CME du CHU de Dijon

D^r Marc GIROUD, président des SAMU de France

P^r Olivier GOËAU-BRISSONNIÈRE, Fédération des spécialités médicales de l'hôpital Ambroise-Paré

D^r Patrick GOLDSTEIN, président de la Société française de médecine d'urgence (SFMU)

M. Didier HAAS, délégué général du groupe hospitalier de la Mutualité française

D^r Yvan HALIMI, président de la Conférence des présidents de CME de CH de psychiatrie

D^r Jean HALLIGON, président de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée (CNPCMEHP)

D^r Jean-Paul HAMON, président de la Fédération des médecins généralistes de France (FMF-G)

D^r Michel HANNOUN, ancien député, président de la commission Santé de l'UMP

M. Daniel HAVIS, président du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA)

M. Emmanuel HIRSCH, directeur du département de recherches en éthique Paris-Sud et de l'Espace éthique.

D^r Élisabeth HUBERT, ancien ministre, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

M. Roger HUSSON, président de l'Association française des personnels paramédicaux en électroradiologie (AFPPE)

M. Jean-Marc IVERNOGÉAU, directeur général de la Confédération nationale des syndicats dentaires

Pr Gérard JANVIER, past-président du Comité national de la coordination de la recherche clinique (CNCR) de Bordeaux, conférence des présidents de CME de CHU

M. Olivier JAUDON, contrôleur de gestion du groupe Languedoc Mutualité

Pr Claude JEANDEL, Centre de gérontologie clinique, Centre de prévention et de traitement des maladies du vieillissement

M^{me} Ljiljiamna JOVIC, CTRSI de la région Île-de-France

Pr Philippe JUVIN, chef du service des urgences à l'hôpital Beaujon

M^{me} Françoise KALB, secrétaire nationale de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)

M. Willy KALB, secrétaire national adjoint de l'Union nationale des syndicats autonomes (UNSA)

M. René KERADON, administrateur FHF région Bretagne

M^{me} Myriam KHENICHE, présidente de l'Association nationale des étudiant(e)s sages-femmes

M^{me} Nicole DENNI-KRICHEL, présidente de la Fédération nationale des orthophonistes (FNO)

Pr Olivier LABOUX, assesseur du doyen directeur du pôle Odontologie à la faculté de chirurgie dentaire de Nantes

M^{me} Livia LAINE, présidente de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI)

M. Pierre-Jean LANCRY, directeur santé de la CCMSA

M^{me} Michelle LANDREAU, administrateur national de l'Aide à domicile en milieu rural (ADMR)

D^r Jacques LANGE, président du conseil départemental de l'Ordre des médecins du Val-de-Marne

M. Christophe LANNELONGUE, inspecteur général IGAS

D^r Philippe LASCAR, psychiatre des hôpitaux, PVC Villejuif

M^{me} Catherine LASSALE, LEEM

M. Jean-Claude LAVOREL, président-directeur général LVL médical

M. Jean-Michel LAXALT, président de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (UNOCAM)

M. Stéphane LE BOULER, responsable de la MIRE à la DREES, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Pr Hervé LE MAREC, président de la CME du CHU de Nantes

M^{me} Thérèse LEBRUN, président-recteur, Fédération universitaire et polytechnique de Lille

D^r Frédéric LECCIA, vice-président de la section Généralistes de l'URML de Corse

M. Benoît LECLERCQ, directeur général de l'AP-HP

M^{me} Florence LEDUC, directrice générale adjointe de l'UNA

Pr Benoît LEFÈVRE, directeur adjoint de l'UFR d'odontologie de l'université de Reims

D^r Michel LEGMANN, président du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)

Pr Claude LEPEN, professeur d'économie, consultant

M. Philippe LIBIER, directeur régional Rhône-Alpes Capiro Santé

M. Dominique LIGER, directeur général du Régime social des indépendants (RSI)

M. Emmanuel LUIGI, secrétaire général de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (UNOCAM)

M. Jean-Louis LUMINEAU, directeur du centre hospitalier de Courbevoie

M. Vincent MAHE, directeur à la BNP

M. Dominique MAIGNE, délégué général de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)

M. Jean-Claude MAILLY, secrétaire général de Force ouvrière (FO)

M. Jean-Claude MAKSYMIUK, président de la FNAA (Transports sanitaires)

M. Martin MALVY, ancien ministre, président du conseil régional de Midi-Pyrénées, président de l'Association des petites villes de France

Pr Dominique MARANINCHI, président de l'Institut national du cancer (INCA)

Pr Jean-François MATTEI, ancien ministre, président de la Croix-Rouge française

M. Charles MAZEAUD, président de l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)

Pr Jean-François MEDER, secrétaire général du Collège des enseignants de radiologie de France (CERF)

M. Pierre MÉHAIGNERIE, ancien ministre, député d'Ille-et-Vilaine, président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale

M^{me} Solange MÉNIVAL, conseillère régionale d'Aquitaine

D^r Jean-Claude MICHEL, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires (CNSD)

M. Alain MILON, sénateur du Vaucluse

D^r Étienne MINVIELLE, médecin-chercheur, INSERM-CNRS, directeur scientifique du projet COMPAQH

M. François MONNIER, Conseiller maître à la Cour des comptes, président de la Commission des comptes de la Sécurité sociale

M. Philippe MOST, maire de Royan

D^r Martial OLIVIER-KOEHRET, président de MG France

P^r Filippò ONTELEONE, directeur général de la Générale de santé

D^r Jean-Paul ORTIZ, président du Syndicat des médecins de l'hospitalisation privée (SYMHOP)

M. Gérard PELHATE, président de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)

M. Jacques PÉLISSARD, maire de Lons-le-Saulnier, député du Jura, président de l'Association des maires de France

M. Bernard PELLETIER, président de la Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP)

D^r Patrick PELLOUX, président de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF)

M. Daniel PERRIN, chef du service d'odontologie, CHU de Dijon

P^r Bernard PICARD, chef du service d'odontologie de l'Hôtel-Dieu-Garancière de Paris

P^r François PIETTE, vice-président de la Coordination nationale des médecins HU

M. Angel PIQUEMAL, président de la Conférence des directeurs de CH

D^r Yannick PLETAN, vice-président, division scientifique et médicale – PFIZER

M^{me} Annie PODEUR, directrice de l'Hospitalisation et des soins, ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

M. Jean-François PONSIONNELLI, société Oracle

P^r Jean PONSONNAILLE, service de cardiologie, CHU de Clermont-Ferrand

M. Daniel POSTEL-VINAY, inspecteur général IGAS

M^{me} Nadine PRIGENT, secrétaire générale de la CGT Santé

P^r Jean-Pierre PRUVO, secrétaire général de la Société française de radiologie (SFR)

M. Gérard QUEVILLON, président du Régime social des indépendants (RSI)

M. Michel RÉGEREAU, président de l'Union nationale des caisses de l'assurance-maladie (UNCAM)

D^r Jean-Claude RÉGI, président de la Fédération des médecins de France (FMF)

Pr Josy REIFFERS, directeur du Centre de lutte contre le cancer de Bordeaux

M. Philippe RITTER, préfet honoraire, responsable de la mission ARS

M. André ROSSINOT, maire de Nancy, président de l'Association des maires de grandes villes de France

M. Frédéric ROSTAND, président du directoire, Générale de santé

M. Alain ROUSSET, président du conseil régional d'Aquitaine, président de l'Association des régions de France

Pr Roland RYMER, président du Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (SNAM-HP)

M. Bernard SAGEZ, président de la Fédération CFTC Santé

M. Christian SAOUT, président du Collectif interassociatif sur la santé (CISS)

D^r Jacques SAUGIER, Groupement des acteurs de santé pour le soutien, l'accompagnement et l'éducation (GASSAE)

M. Thierry SCHIFANO, président FNTS

M^{me} Patricia SCHILLINGER, sénatrice du Haut-Rhin

M. Louis SERFATY, président d'honneur, Fédération de l'hospitalisation privée

M. Jean-Ludovic SILICANI, conseiller d'État, rapporteur général du débat national sur l'avenir de la fonction publique

Pr Gérald SIMONNEAU, professeur en pneumologie à l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart

D^r François STIERLE, président du Syndicat des urgences hospitalières

Pr André SIROTA, directeur général de l'INSERM

M. Bernard THIBAUT, secrétaire général de la CGT

Pr Christian THUILLEZ, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine

M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération nationale des infirmiers (FNI)

M. Olivier TOMA, président du Syndicat des cliniques spécialisées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Pr Jacques TOUCHON, doyen de la faculté de médecine de Montpellier

M^{me} Danielle TOUPILLIER, directrice générale du Centre national de gestion

M. Yves TROUILLET, président de l'Association de pharmacie rurale (APR)

P^r Thomas TURSZ, président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)

P^r Guy VALLANCIEN, professeur d'urologie, université Paris V, chef du service d'urologie de l'institut mutualiste Montsouris, secrétaire général du Conseil national de la chirurgie

M^{me} Rose-Marie VAN LERBERGHE, ancienne directrice générale de l'AP-HP

M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS)

M. Alain VASSELLE, sénateur de l'Oise, membre de la commission des affaires sociales du Sénat

M^{me} Agnès VERDIER-MOLINIÉ, Institut français pour la recherche sur les administrations publiques (IFRAP)

P^r Emmanuel VIGNERON, professeur à l'université de Montpellier

M. Gérard VINCENT, délégué général de la FHF

M. Jean-Charles VIOSSAT, ambassadeur chargé de la lutte contre le VIH-SIDA et les maladies transmissibles

D^r Jacques WATRIN, cabinet de radiologie et d'imagerie médicale

P^r Jean-Luc WAUTIER, président, SNMB-CHU

M. Didier ZEITOUN, président d'Atos Origin France

M. Thierry ZYLBERGERG, directeur national secteur santé, groupe Orange

Annexes

Annexe 1

Les différentes catégories d'établissements de santé

Définition du champ hospitalier public et privé Situation depuis la réforme du financement des établissements de santé

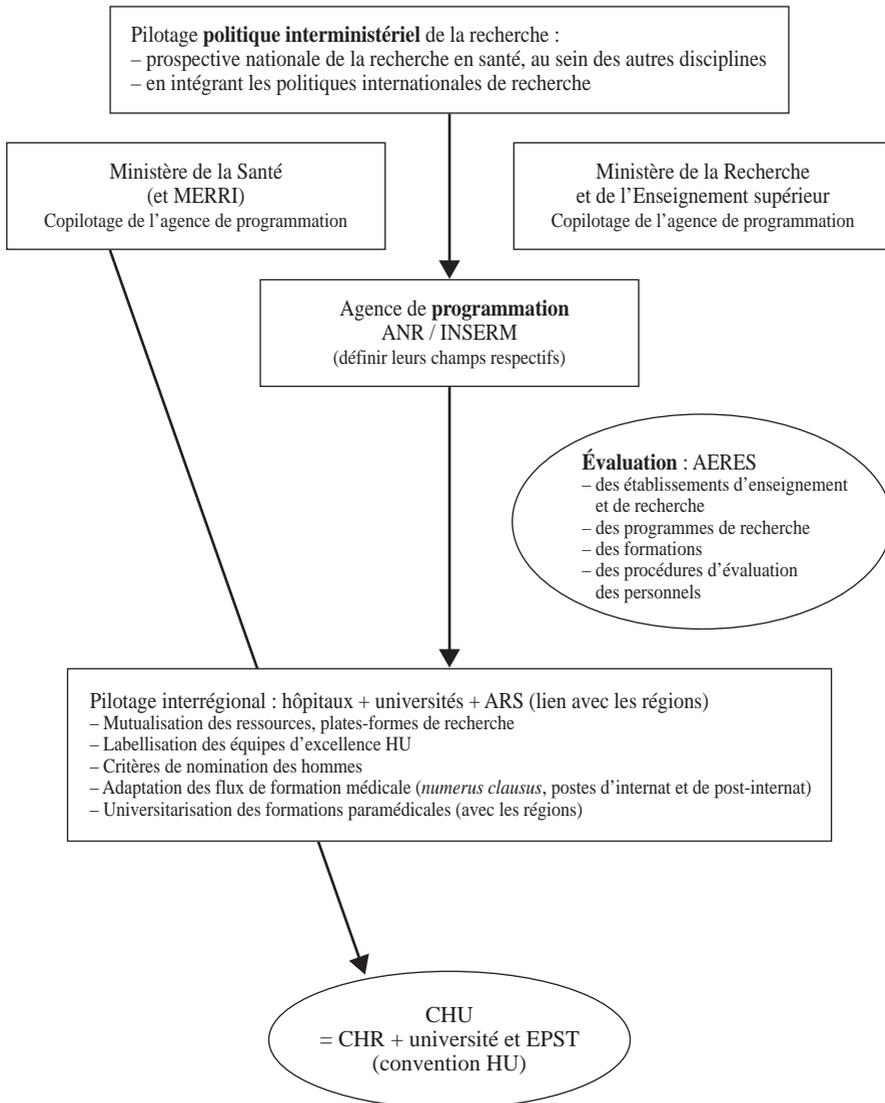
<i>Partage du champ selon :</i>	Établissements de santé (1)					
<i>la catégorie d'établissement</i>	Établissements publics de santé (2)				Établissements de santé privés (3)	
					Établissements antérieurement financés par dotation globale	Autres établissements privés (4)
	Centres hospitaliers régionaux (CHR)	Centres hospitaliers généraux (CH)	Centres hospitaliers psychiatriques (CHS)	Hôpitaux locaux (HL)	Établissements de soins de courte durée	
					Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	
					Établissements de lutte contre les maladies mentales (6)	
					Établissements de soins de suite et de réadaptation (7)	
					Établissements de soins de longue durée	
					Établissements d'hospitalisation à domicile	
					Établissements de dialyse	
					Établissements de radiothérapie	
<i>le statut</i>	Secteur public			Secteur privé		
	Participant au service public hospitalier (PSPH)			Non PSPH		
	Secteur non lucratif			Secteur lucratif		
<i>les modalités de financement</i>	Objectif des dépenses relatives aux activités MCO (ODMCO) <i>Financement à l'activité</i> (8)					
	<i>Dotation annuelle complémentaire provisoire (DAC)</i> (9)					
	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) <i>Dotations spécifiques</i>					
	Objectif des dépenses d'assurance-maladie (ODAM) relatives aux activités de SSR et de psychiatrie (10) <i>Dotation annuelle de financement (DAF)</i>				Objectif quantifié national (OQN) relatif aux activités de SSR et de psychiatrie	

Champ : France entière.

Source : ministère de la Santé et des Solidarités – DHOS.

- (1) Établissements sanitaires publics et privés faisant de l'hospitalisation à temps complet, à temps partiel ou à domicile, ou bien qui ont une autorisation pour une activité de soins. Sont inclus les unités pénitentiaires et les hôpitaux militaires.
- (2) Dans le public, il existe selon la loi les centres hospitaliers et les hôpitaux locaux. On distingue les centres hospitaliers régionaux (CHR) à vocation régionale, les centres hospitaliers généraux, CH qui ont plus d'un grand groupe de discipline d'équipement MCO, les centres hospitaliers psychiatriques, CH spécialisés en psychiatrie, anciennement dénommés centres hospitaliers spécialisés (CHS), et les hôpitaux locaux (HL) qui ont un nombre limité de lits de médecine. Les établissements ne rentrant pas dans ces catégories sont regroupés dans les autres établissements – cf. note (5).
- (3) Dans le privé, les établissements sont regroupés selon leur activité principale. Le nom de cette activité est donné à la catégorie d'établissements.
- (4) Catégorie regroupant les établissements privés antérieurement sous objectif quantifié national (OQN) et quelques établissements dont le mode de financement a vocation à disparaître (tarif d'autorité et autres tarifications).
- (5) Syndicats inter-hospitaliers (SIH), établissements non rattachés à un centre hospitalier regroupant quelques établissements d'enfants à caractère sanitaire, de soins de longue durée, de lutte contre la tuberculose ou de post-cure pour alcooliques, hôpitaux militaires et établissements sanitaires des prisons.
- (6) Y compris les hôpitaux psychiatriques privés (HPP).
- (7) Y compris les pouponnières à caractère sanitaire, les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) et les centres de post-cure pour alcooliques.
- (8) En plus de la rémunération de l'activité MCO par des tarifs de prestations, les établissements entrant dans le champ de la tarification à l'activité (T2A) peuvent bénéficier de rémunérations pour les médicaments et les dispositifs médicaux implantables facturés en sus, et de forfaits annuels pour les activités d'urgences, les prélèvements d'organes et les greffes.
- (9) Part du financement de l'activité en MCO restant sous dotation annuelle et assurant la transition vers un financement totalement alloué à l'activité.
- (10) L'ODAM concerne également l'activité des établissements maintenus hors du champ de la T2A (hôpitaux locaux, USLD, INI, hôpital de Fresnes, établissements de Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte).

Le pilotage de l'enseignement et de la recherche : proposition



Les capacités et la taille des établissements de santé

L'évolution des capacités d'accueil : un double mouvement de diminution du nombre d'établissements et du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet

Une diminution du nombre d'établissements en MCO, plus marquée pour les privés

Au 31 décembre 2005, **2 856 établissements ou entités juridiques sanitaires** disposaient de capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet (comptées en lits) ou à temps partiel (comptées en places), que ce soit en hôpital de jour, de nuit, en anesthésie, ou en chirurgie ambulatoire. Au total, ils offraient une capacité d'accueil d'un peu moins de 444 000 lits et 51 000 places.

Depuis le milieu des années 1990, le nombre d'établissements s'est continûment réduit. Tous statuts juridiques confondus, le nombre d'établissements a diminué de **près de 470** (soit une diminution de 12,5 %) sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur.

La réduction du nombre d'établissements est pour l'essentiel due à la réduction du **nombre d'établissements privés**⁽¹⁾.

Ces données ne distinguent pas selon la discipline (MCO, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée). Une étude publiée par la DREES en 2003⁽²⁾ analysait l'évolution du nombre d'établissements entre 1992 et 2001 selon le secteur et la discipline médicale. Cette étude n'a pas été réactualisée, le mélange entre les entités juridiques et les établissements géographiques ne permettant pas de comparaison homogène (les établissements publics sont généralement pluridisciplinaires).

(1) Pour les établissements privés à but non lucratif, il semble exister un transfert en 1999 d'établissements non PSPH à établissements PSPH. Le nombre global d'établissements privés non lucratifs a diminué, sur la période, de 12,4 %.

(2) *Les Établissements de santé en 2001*, DREES, 2003.

Tableau 1 : Évolution du nombre d'établissements de santé, 1997-2005

	1997	1998	1999	2001	2002
Service public hospitalier	1 533	1 525	1 545	1 571	1 577
Secteur public (entités juridiques)	1 049	1 042	1 032	1 011	1 008
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	484	483	513	560	569
Autres établissements privés	1 730	1 694	1 614	1 454	1 409
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	449	439	396	306	280
Établissement privé à but lucratif	1 281	1 255	1 218	1 148	1 129
Ensemble	3 263	3 219	3 159	3 025	2 986

	2003	2004	2005	2005/1997
Service public hospitalier	1 560	1 567	1 547	0,9 %
Secteur public (entités juridiques)	997	994	987	- 5,9 %
Établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH)	563	573	560	15,7 %
Autres établissements privés	1 372	1 323	1 309	- 24,3 %
Établissement privé à but non lucratif ne participant pas au service public hospitalier (non PSPH)	280	254	257	- 42,8 %
Établissement privé à but lucratif	1 092	1 069	1 052	- 17,9 %
Ensemble	2 932	2 890	2 856	- 12,5 %

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 1997-2005, données statistiques.

Sur la période 1992-2001, pour laquelle ces données sont disponibles, on observe une **réduction du nombre d'établissements en MCO**, alors que **des établissements étaient créés pour le moyen séjour, le long séjour et la psychiatrie**.

Tableau 2 : Évolution du nombre d'établissements par statut et discipline, 1992-2001

	Cliniques (établissements)		
	1992	2001	2001/1992
Médecine	459	438	- 5 %
Chirurgie	841	650	- 23 %
Obstétrique	392	234	- 40 %
MCO	1 014	732	- 28 %
Moyen séjour	323	327	1 %
Long séjour	10	14	40 %
Psychiatrie	137	141	3 %
Total	1 426	1 151	- 19 %

	Privés non lucratifs (établissements)		
	1992	2001	2001/1992
Médecine	236	192	- 19 %
Chirurgie	163	139	- 15 %
Obstétrique	70	53	- 24 %
MCO	293	218	- 26 %
Moyen séjour	530	501	- 5 %
Long séjour	85	122	44 %
Psychiatrie	116	153	32 %
Total	912	891	- 2 %

	Public (entités juridiques)		
	1992	2001	2001/1992
Médecine	807	724	- 10 %
Chirurgie	457	377	- 18 %
Obstétrique	433	358	- 17 %
MCO	813	725	- 11 %
Moyen séjour	726	734	1 %
Long séjour	786	841	7 %
Psychiatrie	242	259	7 %
Total	1057	1010	- 4 %

Champ : France métropolitaine.

Les établissements géographiques publics ne sont dénombrés que depuis 2000 et seulement sur le champ MCO.

Une même entité géographique peut regrouper plusieurs établissements.

Source : SAE, DREES. Les Établissements de santé en 2001, DREES, 2003.

Une réduction du nombre de lits, une augmentation des places d'hospitalisation partielle

Entre 1992 et 2006, la capacité en hospitalisation complète s'est fortement réduite. Entre 1992 et 2006, 100 000 lits d'hospitalisation complète ont été supprimés (soit - 18 %). La réduction est de 63 000 lits en MCO (soit - 22 %), dont 31 000 lits pour les hôpitaux publics, 12 000 lits pour les établissements privés non lucratifs et 19 000 lits pour les cliniques privées. La réduction est de 31 000 lits en psychiatrie (soit - 35 %).

Pour la MCO, **le mouvement a été plus marqué pour les établissements sous statut privé** (- 45 % pour le non lucratif, - 25 % pour le lucratif) que pour les établissements publics (- 18 %).

Cette évolution traduit la **suppression de capacités excédentaires** et l'évolution des modes de prise en charge, qui permet désormais d'assurer de **nombreuses interventions sans hospitalisation** à temps complet.

Le **nombre de places d'hospitalisation partielle s'est ainsi accru** de 23 % sur la période 1994-2006. Ce mouvement n'est pas propre à la France. Pour la MCO, cette augmentation a été plus marquée pour les établissements publics et privés à but non lucratif que pour les cliniques. Les cliniques

comprenaient en effet, en 1992, 48 % des places d'hospitalisation à temps partiel en MCO. Elles en comprennent désormais 44 %.

Tableau 3 : Évolution du nombre de lits et places par statut d'établissement, 1994 et 2006

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	
	1994	2006	1994	2006
<i>Nombre de lits en hospitalisation complète</i>				
Soins de courte durée (MCO)	170 503	146 461	28 459	19 251
Psychiatrie	55 292	38 594	12 653	7 418
Soins de suite et de réadaptation	39 773	38 622	34 667	30 331
Soins de longue durée	71 770	61 526	5 234	5 572
Total	337 338	285 203	81 013	62 572
<i>Nombre de places en hospitalisation partielle</i>				
Soins de courte durée (MCO)	5 309	9 126	1 140	2 017
Psychiatrie	20 539	21 244	5 189	4 631
Soins de suite et de réadaptation	683	1 461	2 242	3 061
Total	26 531	31 831	8 571	9 709

	Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	1994	2006	1994	2006
<i>Nombre de lits en hospitalisation complète</i>				
Soins de courte durée (MCO)	72 010	56 278	270 972	221 990
Psychiatrie	12 358	10 797	80 303	56 809
Soins de suite et de réadaptation	19 706	24 104	94 146	93 057
Soins de longue durée	817	811	77 821	67 909
Total	104 891	91 990	523 242	439 765
<i>Nombre de places en hospitalisation partielle</i>				
Soins de courte durée (MCO)	6 065	8 849	12 514	19 992
Psychiatrie	169	325	25 897	26 200
Soins de suite et de réadaptation	787	1 298	3 712	5 820
Total	7 021	10 472	42 123	52 012

Note de lecture : les places ne sont dénombrées que depuis 1994. D'autre part, pour les années 1992 à 1998, les lits (et les places) de toxicologie ont été comptés avec la psychiatrie par convention.

Sources : DREES, EHP et H80 pour 1992, SAE 1994-2006, données statistiques.

De nettes variations dans la taille des établissements

La taille des établissements a, d'après les études économiques (cf. rapport), un impact sur le coût des établissements de santé : économies d'échelles à partir de 200 ou 250 lits, déséconomies d'échelles au-delà de 600 ou 650 lits. Il convient toutefois également de tenir compte des économies de gamme potentielles. L'organisation adoptée (déconcentration, filialisation) a également un impact sur l'efficacité des établissements. Il conviendrait également, pour une analyse plus fine, de disposer de données par discipline. Les données qui suivent ne portent que sur l'activité MCO et sur les sites géographiques.

De nettes différences de taille selon les catégories

Les données de capacité par quantile illustrent de nettes différences de taille, par site géographique, selon les établissements :

- la taille médiane en MCO est, en 2006, de 139 lits pour les hôpitaux publics – 179 si l'on exclut les hôpitaux locaux, 110 pour les privés non lucratifs et 109 pour les cliniques ;
- sur la période 2001-2006, les différents secteurs connaissent une évolution contrastée : quasi-stabilité pour les hôpitaux publics, augmentation de la médiane pour le privé non lucratif, nette augmentation de la médiane pour les cliniques, ce qui traduit un phénomène de concentration ;
- les plus gros des hôpitaux publics sont également plus gros : plus de 720 lits pour 5 % des hôpitaux publics, mais seulement plus de 282 lits pour 5 % des privés non lucratifs et 264 pour les cliniques ;
- les établissements publics de santé constituent une catégorie peu homogène quant à leur taille : hors hôpitaux locaux, leur capacité en MCO s'étage de quelques lits à plus de 1 500 lits.

Tableau 4 : Dispersion des sites géographiques en capacités MCO en 2001 et 2006

Quantile	2001				
	Tous secteurs	Public	Public hors HL	Privé non lucratif	Privé lucratif
100 % max	1 647	1 647	1 647	741	382
99 %	969	1 245	1 247	575	320
95 %	544	748	773	274	227
90 %	394	536	575	219	188
75 % Q3	199	330	367	173	138
50 % médian	105,5	142,5	181	102	91
25 % Q1	54	47	84	40	60,5
10 %	19	15	35	5	33
5 %	8	10	25	0	15
1 %	0	4	13	0	0
0 % min	0	0	0	0	0
Nombre d'établissements	3 814	1 898	1 645	448	1 468

Quantile	2006				
	Tous secteurs	Public	Public hors HL	Privé non lucratif	Privé lucratif
100 % max	1 558	1 558	1 558	783	393
99 %	1 028	1 140	1 147	712	351
95 %	584	722	752	282	264
90 %	415	544	588	250	231
75 % Q3	225	330	371	178	164
50 % médian	116	139	179,5	110	109
25 % Q1	58	43	76,5	52	71
10 %	20	15	35	20	40
5 %	10	10	25	10	23
1 %	4	5	12	4	2
0 % min	0	2	2	0	0
Nombre d'établissements	3 431	1 882	1 632	362	1 187

Champ : France métropolitaine.

Source : SAE 2001 et 2006, données statistiques.

On constate ainsi :

- une hétérogénéité de la capacité des sites en MCO pour l'hôpital public (hôpitaux locaux compris) ;
- la moitié des privés non lucratifs ont entre 100 et 300 lits de MCO, et rares sont ceux qui comptent plus de 300 lits ;
- plus de la moitié des sites des cliniques ont entre 100 et 300 lits, aucun site ne comptant plus de 400 lits.

Tableau 5 : Répartition des sites géographiques* MCO par capacités MCO en 2001 et 2006

Secteur	2001		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Moins de 100 lits	731	219	828
Entre 100 et 300 lits	629	207	622
Entre 300 et 400 lits	176	12	18
Entre 400 et 600 lits	211	7	
Plus de 600 lits	151	3	
Total	1 898	448	1 468

Secteur	2006		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Moins de 100 lits	767	161	533
Entre 100 et 300 lits	592	184	624
Entre 300 et 400 lits	159	8	30
Entre 400 et 600 lits	210	3	
Plus de 600 lits	154	6	
Total	1 882	362	1 187

* Par exemple l'AP-HP compte comme 35 entités.

Champ : France métropolitaine (y compris hôpitaux locaux).

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

Le cas des hôpitaux locaux

Enfin, il faut souligner la capacité comparable de certains petits centres hospitaliers et de certains gros hôpitaux locaux pour la MCO⁽¹⁾. En effet, 10 % des hôpitaux publics (hors hôpitaux locaux) comptent moins de 35 lits de MCO, 5 % moins de 25, tandis que 10 % des hôpitaux locaux comptent plus de 25 lits, 5 % plus de 30 lits de MCO.

Tableau 6 : Dispersion des capacités des hôpitaux locaux

Quantile	Hôpitaux locaux en 2006	Hôpitaux locaux en 2001
100 % max	49	49
99 %	37	40
95 %	28	30
90 %	25	25
75 % Q3	16	19
50 % médian	10,5	12
25 % Q1	8	8
10 %	5	5
5 %	4	4
1 %	3	3
0 % min	2	0
Nombre d'établissements	250	253

Champ : France métropolitaine.

Source : SAE 2006 et 2001, données statistiques.

Des différences régionales importantes

Les capacités d'hospitalisation rapportées à la population varient de façon importante selon les régions.

Pour l'hospitalisation complète en MCO, le nombre de lits d'hospitalisation complète varie ainsi de 31 à 45 lits pour 10 000 habitants (France métropolitaine), soit 43 % de plus, pour une médiane à 36,6 lits. Il faut souligner que l'Île-de-France, malgré la présence de nombreux établissements de recours, se situe dans le bas de la fourchette. Les DOM se situent au niveau de la fourchette basse des régions métropolitaines.

Compte tenu du mouvement continu de réduction des capacités, ces différences sont susceptibles de traduire pour la métropole soit des différences de situation initiale liées à des facteurs historiques (surcapacités), soit des politiques locales plus ou moins volontaristes.

(1) Il faut souligner que ces données n'incluent pas les SSR ni le long séjour; les activités autorisées pour ces catégories d'établissements ne sont pas identiques, les hôpitaux locaux ne pouvant avoir d'activité de médecine ni de chirurgie.

Tableau 7 : Nombre de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation partielle pour 10 000 habitants par région en 2006 en France

Région	Nombre de lits d'hospitalisation complète				Nombre de places d'hospitalisation partielle			Total
	Soins de courte durée (MCO)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	Soins de longue durée	Soins de courte durée (MCO)	Psychiatrie	Soins de suite et de réadaptation	
Alsace	40,0	7,7	14,7	16,6	3,3	4,9	1,3	88,4
Aquitaine	38,4	11,5	16,7	7,4	2,9	4,7	0,8	82,5
Auvergne	40,5	12,8	17,0	19,6	2,8	6,0	0,6	99,5
Basse-Normandie	40,9	8,2	13,7	8,9	2,5	5,6	1,4	81,3
Bourgogne	41,6	10,3	15,4	9,6	3,0	3,9	0,5	84,3
Bretagne	36,0	12,6	15,3	16,6	2,8	6,2	1,3	90,8
Centre	34,0	9,2	14,4	14,9	2,9	4,4	0,5	80,5
Champagne-Ardenne	41,8	7,3	9,6	14,1	3,1	4,0	0,5	80,3
Corse	40,8	12,3	19,5	10,8	3,0	3,4	2,2	92,1
Franche-Comté	38,3	11,1	12,8	10,9	2,5	2,9	1,2	79,7
Haute-Normandie	33,0	6,4	12,4	8,7	3,0	4,7	0,7	68,8
Île-de-France	34,7	7,1	14,3	7,0	3,8	3,9	0,9	71,7
Languedoc-Roussillon	35,4	11,1	20,0	11,3	3,9	4,1	1,1	86,9
Limousin	45,2	12,4	15,1	24,3	3,0	9,0	0,8	109,7
Lorraine	43,0	10,1	13,4	12,7	2,8	3,4	1,6	87,0
Midi-Pyrénées	35,4	11,6	16,6	9,7	3,0	4,8	0,9	82,0
Nord-Pas-de-Calais	36,0	7,8	12,5	10,3	3,1	3,0	1,1	73,7
Pays de la Loire	31,5	7,9	14,0	13,9	3,1	5,1	1,1	76,7
Picardie	33,5	10,6	13,8	14,6	2,2	4,3	0,8	79,8
Poitou-Charentes	32,9	8,8	13,5	11,7	3,1	4,6	0,6	75,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	37,1	10,7	21,7	7,6	4,6	4,2	1,0	86,8
Rhône-Alpes	35,1	9,0	15,4	12,9	3,0	3,2	0,8	79,4
France métropolitaine	36,3	9,3	15,2	11,1	3,3	4,3	1,0	80,4
Guadeloupe	33,8	6,0	10,1	7,8	2,8	3,5	1,3	65,3
Guyane	30,3	4,2	3,7	3,3	0,5	0,7	0,0	42,7
La Réunion	26,2	4,2	4,3	1,0	2,3	3,9	1,3	43,2
Martinique	37,8	7,3	13,1	5,0	2,3	1,3	0,8	67,5
France entière	36,1	9,2	15,0	10,9	3,2	4,2	1,0	79,6

Champ : France entière.

Sources : DREES, SAE 2006, données statistiques.

Malgré les besoins, l'offre de soins en SSR traduit également de grandes différences selon les régions. L'offre va ainsi de 9,6 (Champagne-Ardenne) à 21,7 lits de SSR pour 10 000 habitants, soit une différence de plus de 100 % pour la France métropolitaine. La médiane est de 14,5 lits pour 10 000 habitants. L'offre est faible dans les DOM, et tout particulièrement en Guyane et à La Réunion.

Les différences sont encore plus marquées pour les soins de longue durée. On retrouve des différences similaires pour l'hospitalisation partielle.

En MCO, le ratio est du simple au double (de 2,2 places à 4,6 places pour 10 000 habitants, avec une médiane à 3). La corrélation n'est pas systématique entre un ratio comparativement élevé en hospitalisation complète et un ratio comparativement faible en hospitalisation partielle, ni entre un ratio comparativement faible en hospitalisation complète et comparativement élevé en hospitalisation partielle. Par exemple, Alsace, Champagne-Ardenne et PACA ont des capacités supérieures à la médiane pour les deux types d'hospitalisation. *A contrario*, Centre et Picardie ont des capacités inférieures à la médiane pour les deux types d'hospitalisation. C'est pour l'hospitalisation partielle en SSR que les différences sont les plus marquées : de 0,5 à 2,2 places d'hospitalisation selon les régions, pour une médiane à 0,9.

L'activité des établissements de santé

La répartition de l'activité en MCO

Le partage de l'activité en MCO : médecine et obstétrique en majorité dans le public, chirurgie en majorité dans les cliniques

Les données qui suivent sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Cette base de données, qui comptabilise les séjours, intègre l'hospitalisation complète et l'hospitalisation partielle (les séances sont exclues).

Les activités de médecine et d'obstétrique sont, pour les deux tiers, assurées par les hôpitaux publics. Pour la chirurgie, les hôpitaux publics assurent 33 % de l'activité, contre près de 59 % pour les cliniques.

Tableau 8 : Part de l'activité par discipline et statut d'établissement en 2006

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité médicale	65,5 %	7,9 %	26,6 %
Ensemble activité chirurgicale	33,5 %	8,3 %	58,2 %
Ensemble activité obstétricale	65,1 %	7,0 %	27,9 %

Sources : DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques.

Un partage de l'activité globalement stable en MCO

Les données recueillies par la mission n'ont pas démontré de diminution globale de la part d'activité de l'hôpital public au cours des dernières années. Elle a recueilli les données issues de la **base Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)** entre 1998 et 2006 et les données issues de la **base PMSI-MCO** entre 2003 et 2006. Les critères diffèrent légèrement entre

les deux bases⁽¹⁾, ce qui explique de légères différences entre les deux séries de données. Toutefois, les constats concordent.

Le volume global est en augmentation sur la période, ce qui explique une augmentation de l'activité plus forte en volume pour les cliniques que pour les hôpitaux publics.

Tableau 9 : Évolution de la répartition de l'activité par discipline et par statut d'établissement entre 1998 et 2006, en hospitalisation complète et hospitalisation partielle

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif	
	1998	2006	1998	2006
<i>Nombre d'entrées en hospitalisation complète</i>				
En soins de courte durée (MCO)	61 %	64 %	9 %	8 %
Médecine	80 %	81 %	8 %	8 %
Chirurgie	43 %	44 %	9 %	8 %
Obstétrique	62 %	67 %	7 %	7 %
<i>Nombre de journées en hospitalisation complète</i>				
En soins de courte durée (MCO)	63 %	69 %	9 %	8 %
Médecine	79 %	82 %	9 %	8 %
Chirurgie	43 %	49 %	10 %	9 %
Obstétrique	58 %	66 %	8 %	8 %
<i>Nombre de venues en hospitalisation partielle</i>				
En soins de courte durée (MCO)	38 %	40 %	10 %	10 %
Médecine	60 %	64 %	14 %	13 %
Chirurgie	9 %	12 %	8 %	8 %
Obstétrique	74 %	76 %	4 %	5 %

(1) La SAE comptabilise des entrées (en hospitalisation complète) et des venues (en hospitalisation partielle). Le PMSI comptabilise des séjours. La somme des séjours et des venues concorde avec la somme des séjours, à deux exceptions près : les nouveau-nés ne sont pas enregistrés comme entrées dans la SAE, alors qu'ils donnent lieu à un séjour dans le PMSI ; la SAE comptabilise les entrées et venues commencées dans l'année, le PMSI les séjours terminés dans l'année. La classification entre les différentes disciplines diffère également. Dans la SAE, les séjours sont comptabilisés dans la discipline à laquelle appartient le lit d'hospitalisation (par exemple : un patient hospitalisé en chirurgie mais n'ayant pas reçu d'acte chirurgical sera comptabilisé comme séjour chirurgical). Dans le PMSI, ce sont les actes classants qui déterminent la discipline considérée, quel que soit le service dans lequel le patient a été hospitalisé (un acte classant chirurgical induit un classement en chirurgie, un acte classant obstétrical induit un classement en obstétrique, les autres actes sont classés en médecine). Enfin, une hospitalisation complète dans la SAE est une hospitalisation de plus d'un jour. Dans le PMSI, les séjours sont séparés en plus ou moins de deux jours. Dans les chiffres retraités par la DREES, le seuil est fixé à un jour pour se rapprocher des concepts de la SAE.

	Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	1998	2006	1998	2006
<i>Nombre d'entrées en hospitalisation complète</i>				
En soins de courte durée (MCO)	30 %	28 %	100 %	100 %
Médecine	12 %	11 %	100 %	100 %
Chirurgie	48 %	47 %	100 %	100 %
Obstétrique	31 %	26 %	100 %	100 %
<i>Nombre de journées en hospitalisation complète</i>				
En soins de courte durée (MCO)	28 %	23 %	100 %	100 %
Médecine	13 %	10 %	100 %	100 %
Chirurgie	47 %	42 %	100 %	100 %
Obstétrique	34 %	27 %	100 %	100 %
<i>Nombre de venues en hospitalisation partielle</i>				
En soins de courte durée (MCO)	52 %	50 %	100 %	100 %
Médecine	26 %	23 %	100 %	100 %
Chirurgie	83 %	80 %	100 %	100 %
Obstétrique	22 %	19 %	100 %	100 %

Champ : France métropolitaine, hors service de santé des armées, hors établissements privés de dialyse, y compris hôpitaux locaux.

Source : SAE 1998, 2006 : données statistiques.

D'après la base SAE

La SAE permet de disposer d'une vision rétrospective sur plus longue période. En effet, les évolutions de la classification des séjours dans PMSI-MCO impliquent des retraitements pour disposer de données comparables.

D'après la SAE, le partage de l'activité MCO entre les différents statuts d'établissements est resté stable entre 1998 et 2006. On constate toutefois :

- **une légère augmentation de la part du public** dans le nombre d'admissions et de venues, y compris en chirurgie, qu'elle soit ambulatoire ou non ;
- une stabilité de la part d'admissions et de venues pour les établissements privés à but non lucratif ;
- **une légère diminution de la part d'admissions et de venues pour les établissements privés à but lucratif**, y compris en chirurgie, qu'elle soit ou non ambulatoire.

D'après cette base, le public a donc légèrement gagné sur le privé lucratif pour la chirurgie sur la période 1998-2006 :

- + 1 point pour le nombre d'admissions en hospitalisation complète ;
- + 3 points pour le nombre de venues en hospitalisation partielle.

En 2006, les cliniques réalisent 47 % des admissions en chirurgie pour l'hospitalisation complète et 80 % des venues pour la chirurgie en hospitalisation partielle.

D'après le PMSI-MCO

Les données du PMSI-MCO permettent de disposer d'une comparaison pour les années 2003 à 2006. Elles ne montrent pas non plus d'évolution marquante de la répartition globale des parts d'activité.

La stabilité globale des parts d'activité masque toutefois des évolutions contrastées selon les domaines d'activité, pour l'hôpital public :

- en médecine, augmentation continue pour l'hospitalisation complète mais diminution pour l'hospitalisation partielle ;
- en chirurgie, augmentation pour l'hospitalisation complète et stabilité pour l'hospitalisation partielle ;
- en obstétrique, augmentation pour l'hospitalisation complète et légère diminution pour l'hospitalisation partielle.

Il faut souligner que ces données n'illustrent pas de perte de part d'activité pour la chirurgie publique. Elles démontrent toutefois l'enjeu des activités d'hospitalisation partielle pour l'hôpital public, y compris en médecine et obstétrique.

Tableau 10 : Évolution des parts d'activité en MCO 2003-2006

Nombre total d'entrées et de venues	Public			
	2003	2004	2005	2006
Soins de courte durée (MCO)	54,9 %	55,0 %	54,9 %	54,9 %
Dont hosp. complète	59,0 %	59,4 %	60,7 %	61,6 %
Dont hosp. partielle	46,7 %	46,9 %	45,5 %	44,6 %
Classés en médecine	67,0 %	66,6 %	66,1 %	65,5 %
Dont hosp. complète	73,7 %	73,6 %	74,5 %	74,9 %
Dont hosp. partielle	56,6 %	56,4 %	54,7 %	53,6 %
Classés en chirurgie	32,6 %	33,0 %	33,0 %	33,5 %
Dont hosp. complète	47,9 %	48,7 %	50,1 %	51,3 %
Dont hosp. partielle	19,4 %	19,7 %	19,1 %	19,4 %
Classés en obstétrique	64,6 %	65,2 %	65,6 %	65,1 %
Dont hosp. complète	62,8 %	63,1 %	64,1 %	64,2 %
Dont hosp. partielle	70,0 %	71,6 %	69,9 %	67,6 %

Nombre total d'entrées et de venues	Privé non lucratif			
	2003	2004	2005	2006
Soins de courte durée (MCO)	7,9 %	8,0 %	8,0 %	7,9 %
Dont hosp. complète	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,2 %
Dont hosp. partielle	7,8 %	8,1 %	7,9 %	7,6 %
Classés en médecine	8,0 %	8,1 %	8,0 %	7,9 %
Dont hosp. complète	8,0 %	8,1 %	8,0 %	8,1 %
Dont hosp. partielle	7,9 %	8,2 %	8,0 %	7,7 %
Classés en chirurgie	8,2 %	8,3 %	8,4 %	8,3 %
Dont hosp. complète	8,4 %	8,4 %	8,4 %	8,4 %
Dont hosp. partielle	8,5 %	8,6 %	8,4 %	8,0 %
Classés en obstétrique	6,1 %	6,2 %	6,5 %	7,0 %
Dont hosp. complète	6,9 %	7,0 %	7,3 %	7,7 %
Dont hosp. partielle	3,9 %	4,0 %	4,4 %	4,9 %

Nombre total d'entrées et de venues	Privé lucratif			
	2003	2004	2005	2006
Soins de courte durée (MCO)	37,2 %	36,9 %	37,1 %	37,2 %
Dont hosp. complète	33,0 %	32,6 %	31,3 %	30,3 %
Dont hosp. partielle	45,5 %	45,0 %	46,6 %	47,8 %
Classés en médecine	25,0 %	25,3 %	25,9 %	26,6 %
Dont hosp. complète	18,3 %	18,4 %	17,5 %	17,0 %
Dont hosp. partielle	35,6 %	35,4 %	37,2 %	38,7 %
Classés en chirurgie	59,2 %	58,7 %	58,6 %	58,2 %
Dont hosp. complète	54,2 %	53,3 %	52,1 %	50,8 %
Dont hosp. partielle	72,1 %	71,7 %	72,4 %	72,6 %
Classés en obstétrique	29,3 %	28,5 %	27,9 %	27,9 %
Dont hosp. complète	30,3 %	29,9 %	28,7 %	28,1 %
Dont hosp. partielle	26,2 %	24,4 %	25,6 %	27,5 %

Source : DREES – PMSI-MCO.

Les tendances dans le temps sont similaires lorsqu'on exclut les endoscopies (les endoscopies n'expliquent donc pas la perte de part d'activité en médecine pour l'hospitalisation partielle, mais en niveau elles représentent une part très importante de l'activité en hospitalisation partielle, en particulier dans les cliniques privées). La comparaison de ces deux tableaux illustre d'ailleurs, pour la médecine, le poids des endoscopies réalisées dans les cliniques.

Tableau 11 : Évolution des parts d'activité en MCO 2003-2006, hors endoscopies

Nombre d'entrées et de venues en	Public			
	2003	2004	2005	2006
MCO	58,7 %	59,0 %	59,1 %	59,2 %
Dont hosp. complète	59,6 %	60,0 %	61,1 %	61,9 %
Dont hosp. partielle	56,6 %	56,6 %	54,9 %	53,9 %
Classés en médecine	76,7 %	76,2 %	76,1 %	75,8 %
Dont hosp. complète	75,3 %	75,1 %	75,9 %	76,0 %
Dont hosp. partielle	79,7 %	78,4 %	76,5 %	75,3 %
Classés en chirurgie	32,6 %	33,0 %	33,0 %	33,5 %
Dont hosp. complète	37,7 %	38,5 %	39,6 %	40,8 %
Dont hosp. partielle	19,4 %	19,7 %	19,1 %	19,4 %
Classés en obstétrique	64,6 %	65,2 %	65,6 %	65,1 %
Dont hosp. complète	62,8 %	63,1 %	64,1 %	64,2 %
Dont hosp. partielle	70,0 %	71,6 %	69,9 %	67,6 %

Nombre d'entrées et de venues en	Privé non lucratif			
	2003	2004	2005	2006
MCO	7,8 %	8,0 %	7,9 %	7,9 %
Dont hosp. complète	8,0 %	8,0 %	8,1 %	8,2 %
Dont hosp. partielle	7,5 %	7,7 %	7,7 %	7,4 %
Classés en médecine	7,9 %	8,0 %	7,9 %	7,8 %
Dont hosp. complète	8,1 %	8,1 %	8,0 %	8,1 %
Dont hosp. partielle	7,4 %	7,7 %	7,6 %	7,2 %
Classés en chirurgie	8,2 %	8,3 %	8,4 %	8,3 %
Dont hosp. complète	8,1 %	8,2 %	8,3 %	8,4 %
Dont hosp. partielle	8,5 %	8,6 %	8,4 %	8,0 %
Classés en obstétrique	6,1 %	6,2 %	6,5 %	7,0 %
Dont hosp. complète	6,9 %	7,0 %	7,3 %	7,7 %
Dont hosp. partielle	3,9 %	4,0 %	4,4 %	4,9 %

Nombre d'entrées et de venues en	Privé lucratif			
	2003	2004	2005	2006
MCO	33,4 %	33,1 %	32,9 %	32,9 %
Dont hosp. complète	32,4 %	32,0 %	30,8 %	29,9 %
Dont hosp. partielle	35,9 %	35,6 %	37,4 %	38,8 %
Classés en médecine	15,5 %	15,8 %	16,1 %	16,4 %
Dont hosp. complète	16,6 %	16,8 %	16,1 %	15,9 %
Dont hosp. partielle	12,9 %	13,9 %	15,9 %	17,5 %
Classés en chirurgie	59,2 %	58,7 %	58,6 %	58,2 %
Dont hosp. complète	54,2 %	53,3 %	52,1 %	50,8 %
Dont hosp. partielle	72,1 %	71,7 %	72,4 %	72,6 %
Classés en obstétrique	29,3 %	28,5 %	27,9 %	27,9 %
Dont hosp. complète	30,3 %	29,9 %	28,7 %	28,1 %
Dont hosp. partielle	26,2 %	24,4 %	25,6 %	27,5 %

Source : DREES – PMSI-MCO.

La spécialisation de l'activité

La spécialisation de l'activité en médecine

On constate une **spécialisation des catégories d'établissements selon le groupe de produits**.

Les cliniques assurent une **part de l'activité plus importante pour le vasculaire interventionnel**, et une part de l'activité plus faible pour la psychiatrie, la toxicologie, les maladies infectieuses ou encore les maladies du système nerveux, et quasi nulle pour le VIH.

Tableau 12 : Part de prise en charge des activités médicales selon le statut de l'établissement, pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en %)

	Secteur public	Secteur privé à but non lucratif	Secteur privé à but lucratif
Vasculaire interventionnel	43,2	8,3	48,6
Autres prises en charge	49,7	8,2	42,1
Gynécologie	57,6	7,5	34,9
Vasculaire périphérique	60,9	8,7	30,4
Uro-néphrologie	63,5	6,8	29,6
Tissu	63,9	8,6	27,5
ORL, Stomatologie	65,6	6,6	27,8
Cardiologie	68,6	7,3	24,1
Digestif	70,5	7,3	22,3
Orthopédie, Rhumatologie	70,7	6,8	22,5
Nouveau-nés	73,5	5,5	20,9
Ophthalmologie	75,7	4,4	19,9
Hématologie	77,8	14,8	7,4
Pneumologie	81,9	7,7	10,4
Brûlures	86,0	2,4	11,6
Endocrinologie	86,2	7,5	6,4
Système nerveux	87,4	6,6	6,0
Maladies infectieuses (hors VIH)	88,0	6,4	5,6
Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	91,3	6,1	2,6
Maladie VIH	99,1	0,8	0,1
Total	66,1	8,0	25,9

Note de lecture : 61 % de l'activité médicale en vasculaire périphérique sont pris en charge par le secteur public, contre 30 % par le secteur privé à but lucratif et 9 % par le secteur privé à but non lucratif.

** Il n'est pas présenté dans ce tableau le pôle d'activité « chimiothérapie, radiothérapie et transfusion ».*

Champ : France métropolitaine.

Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques.

La spécialisation de l'activité en chirurgie

On note la **part élevée de l'activité assurée par les cliniques pour l'ORL, la stomatologie et l'ophtalmologie**, supérieure à 70 % des séjours.

La spécialisation est **accrue pour les cliniques sur certains actes**. Ainsi, les cliniques assurent :

- 73,7 % des amygdalectomies, végétations et drains transtympaniques ;
- 75,8 % des cataractes ;
- 74,7 % des arthroscopies ;
- 66,3 % de la chirurgie de la main et du poignet.

Tableau 13 : Part de prise en charge des activités chirurgicales selon le statut de l'établissement, pour les activités donnant particulièrement lieu à spécialisation en 2005 (en %)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Ensemble activité chirurgicale	33,0	8,4	58,7
Appareil digestif, dont :	41,0	9,7	49,3
Appendicectomies	47,4	6,5	46,1
Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	61,8	10,9	27,4
Chirurgies digestives hautes	47,9	9,5	42,6
Chirurgies grêle/colon	49,8	10,0	40,2
Chirurgies rate	80,8	6,2	13,0
Chirurgies rectum/anus	26,1	12,0	61,9
Cholécystectomies et chirurgies biliaires	41,2	9,4	49,5
Hernies	35,2	10,2	54,6
ORL, stomatologie, dont :	21,9	6,2	71,9
Amygdalectomies, végétations et drains transtympaniques	18,8	7,5	73,7
Autres chirurgies ORL	35,2	7,0	57,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	15,8	5,1	79,1
Cardiologie, dont :	50,1	8,4	41,6
Stimulateurs cardiaques	45,7	7,2	47,1
Autres chirurgies cardiaques	63,2	13,5	23,3
Chirurgies valvulaires	60,0	9,4	30,6
Pontage coronaire	55,5	9,8	34,8
Ophthalmologie, dont :	21,2	7,5	71,3
Autres chirurgies ophtalmiques	52,9	9,4	37,7
Cataractes	16,7	7,5	75,8
Chirurgies ophtalmiques lourdes	53,5	5,7	40,8
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	24,2	8,1	67,8
Orthopédie, rhumatologie, dont :	37,2	7,0	55,9
Ablations matériel	52,2	5,7	42,1
Amputations	59,6	8,2	32,2
Arthroscopies	18,2	7,1	74,7
Chirurgies main, poignet	26,1	7,5	66,3
Chirurgies majeures orthopédiques (hanche, fémur et genou)	39,1	7,4	53,5
Chirurgies autres membres	44,1	6,6	49,4

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif
Fractures, entorses, luxations	79,2	5,1	15,7
Système nerveux, dont :	62,1	5,6	32,3
Craniotomies	89,7	3,0	7,3
Vasculaire périphérique, dont :	24,2	11,6	64,2
Ligatures veines	15,3	9,9	74,8
Pneumologie, dont :	53,6	13,1	33,3
Chirurgies thoraciques majeures	48,0	13,8	38,2
Traumatismes thoraciques	89,8	4,4	5,8
Autres prises en charge, dont :	44,8	8,1	47,1
Autres prises en charge avec séjours inférieurs à deux jours*	36,5	8,0	55,5
Autres prises en charge chirurgicales	50,2	7,9	41,9

* Les séjours inférieurs à deux jours comprennent les séjours en ambulatoire (moins d'un jour) ou ceux comportant au moins un jour.

Champ : France métropolitaine.

Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques.

Les cliniques se caractérisent également par une part plus importante des actes réalisés en ambulatoire.

Tableau 14 : Part de l'activité ambulatoire par acte traceur en chirurgie en 2005, dans les établissements publics de santé et les cliniques

Statut	Secteur public	Secteur privé à but lucratif
Décompression du canal carpien	81,6	87,3
Amygdalectomies et/ou végétations	54,4	69,5
Maladie de Dupuytren	47,1	58,7
Chirurgie de la cataracte	39,1	58,4
Arthroscopie du genou	39,2	48,0
Hernies chez l'enfant	38,5	46,6
Chirurgie testiculaire	30,3	26,0
Chirurgie des varices	10,6	24,3

Note de lecture : 58 % des opérations de la cataracte s'effectuent en ambulatoire dans le secteur privé à but lucratif, contre 39 % dans le secteur public.

Champ : France métropolitaine.

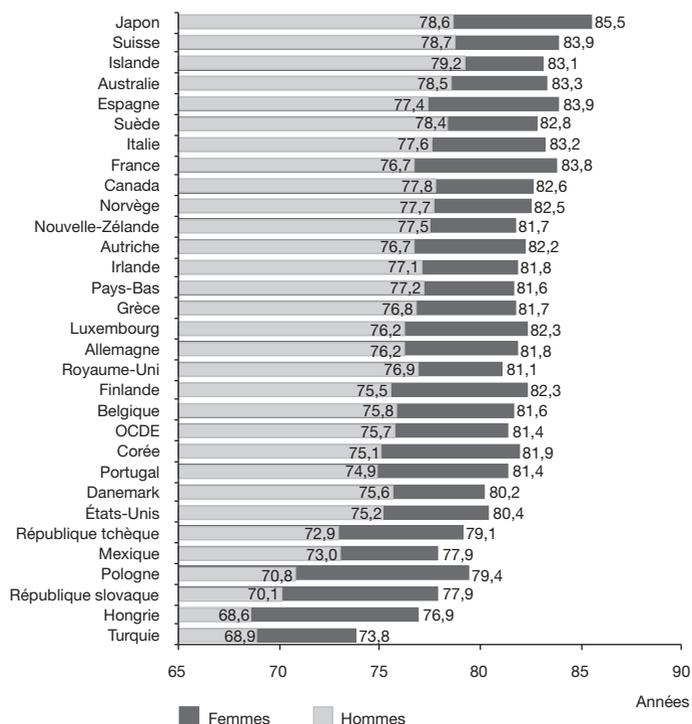
Source : DHOS-DREES, PMSI-MCO 2005, données statistiques.

Éléments de comparaison internationale ⁽¹⁾

L'état de santé de la population : la France en bonne position pour l'espérance de vie

La France est largement au-dessus de la moyenne OCDE en termes d'espérance de vie à la naissance, dans le peloton de tête de l'Europe. Les USA sont en dessous de la moyenne OCDE.

Tableau 15 : Espérance de vie à la naissance par sexe, 2005



(1) Source des données : *Panorama de la santé*, OCDE, 2007.

La France occupe également la deuxième place, derrière le Japon, pour l'espérance de vie à 65 ans.

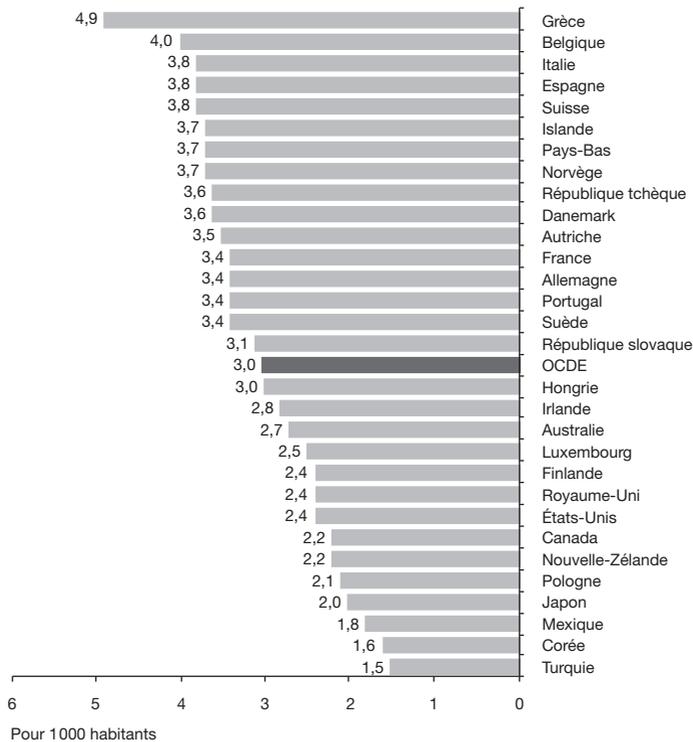
L'OCDE fournit par ailleurs des données relatives aux taux de mortalité par pathologie. La France est bien située pour certaines pathologies : taux de décès par crise cardiaque, taux de décès par AVC. Elle est moins bien située que la moyenne de l'OCDE pour les décès par cancer (et notamment pour le cancer du sein) et pour la mortalité infantile (enfants de moins d'un an).

Ces données ne peuvent être utilisées en tant que telles pour apprécier la qualité du système de santé, compte tenu de l'impact des facteurs liés aux modes de vie.

Les ressources mises au service de la santé : des moyens médicaux dans la moyenne de l'OCDE

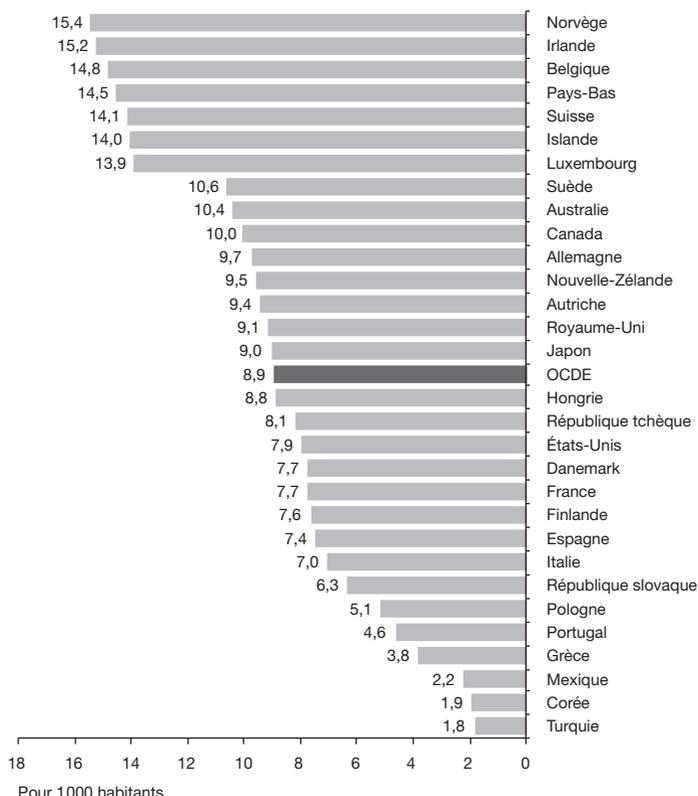
La France dispose d'un nombre de médecins en activité rapporté à la population supérieur à la moyenne de l'OCDE. Elle se situe au même niveau que l'Allemagne ou la Suède, légèrement inférieur à la plupart des États de l'Union européenne.

Tableau 16 : Médecins en activité, 2005 (ou dernière année disponible)



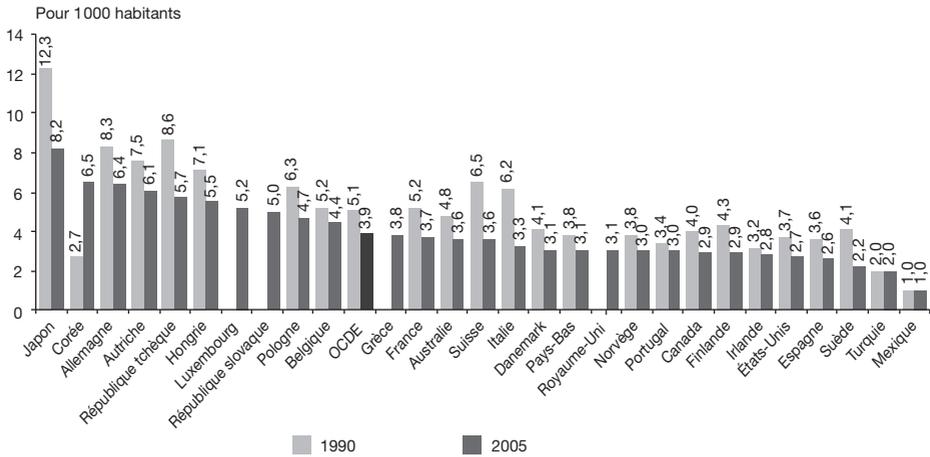
La France se situe cependant en dessous de la moyenne de l'OCDE pour le nombre d'infirmiers en activité rapporté à la population. La quasi-totalité des pays de l'Union européenne à 15 ont un ratio nettement supérieur à celui de la France. La Norvège, la Belgique ou encore les Pays-Bas ont un ratio double de celui de la France.

Tableau 17 : Personnel infirmier en activité pour 1 000 habitants, 2005 (ou dernière année disponible)



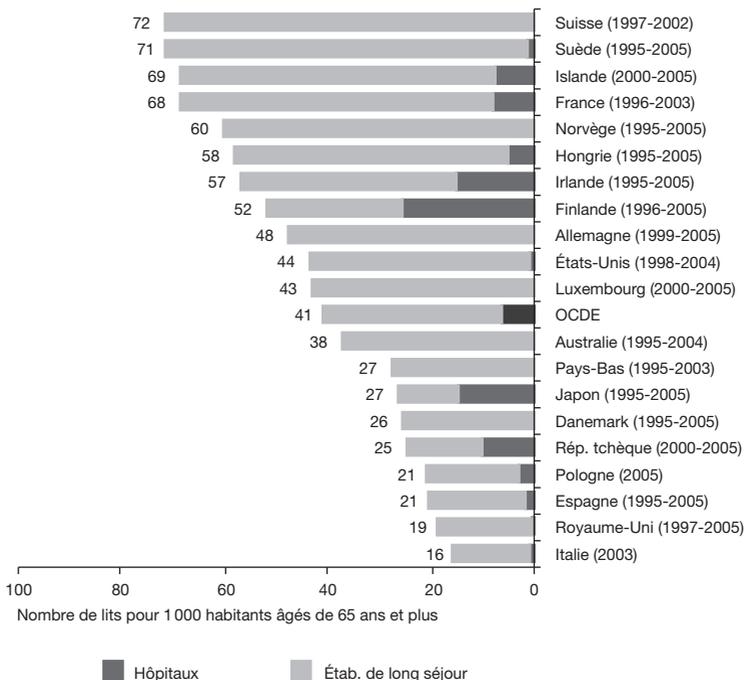
La France se situe dans la moyenne de l'OCDE pour l'équipement en lits de soins aigus rapporté à la population. Dans leur ensemble, les pays de l'OCDE ont connu une nette réduction de leur taux d'équipement au cours des quinze dernières années. La France ne fait pas exception.

Tableau 18 : Nombre de lits de soins aigus dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, 1990 et 2005



Pour les lits de soins de longue durée, la France se situait, en 2003, au-dessus de la moyenne de l'OCDE. Toutefois, la fiabilité de ces données est limitée par l'hétérogénéité des années prises en compte et, pour la France, par l'ancienneté des données, qui ne permet pas de prendre en compte les évolutions récentes.

Tableau 19 : Lits de soins de longue durée dans les hôpitaux et les établissements de long séjour, 2005 (ou dernière année disponible)

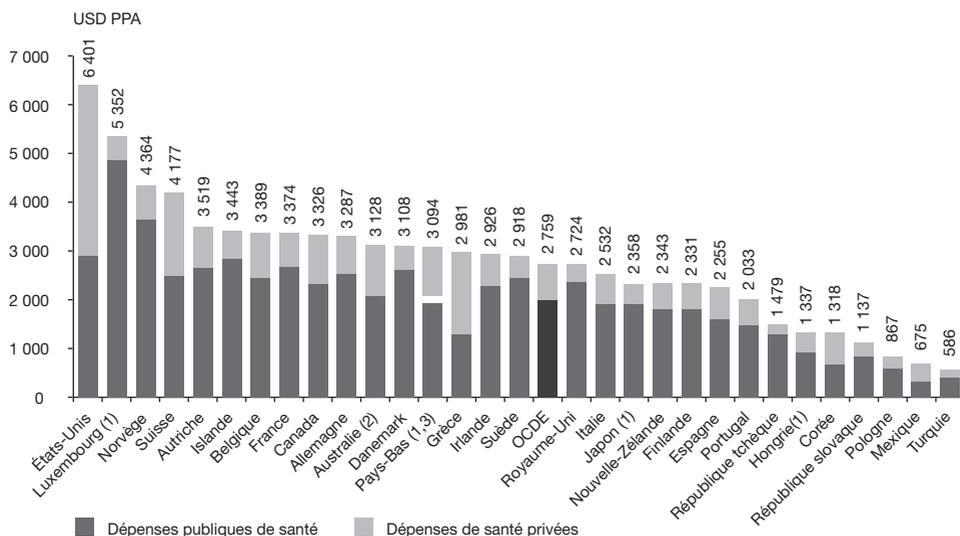


Les dépenses de santé : un niveau élevé et un financement largement public pour la France

Les dépenses de santé sont élevées en France, qu'il s'agisse de leur montant par habitant ou de leur volume rapporté au PIB.

Les dépenses de santé par habitant sont ainsi supérieures de 20 % à la moyenne des pays de l'OCDE. Seuls les États-Unis, le Luxembourg, la Norvège et la Suisse se situent à un niveau nettement supérieur à celui de la France. La France se caractérise également par un montant de dépenses publiques de santé par habitant élevé.

Tableau 20 : Dépenses de santé par habitant, publiques et privées, 2005



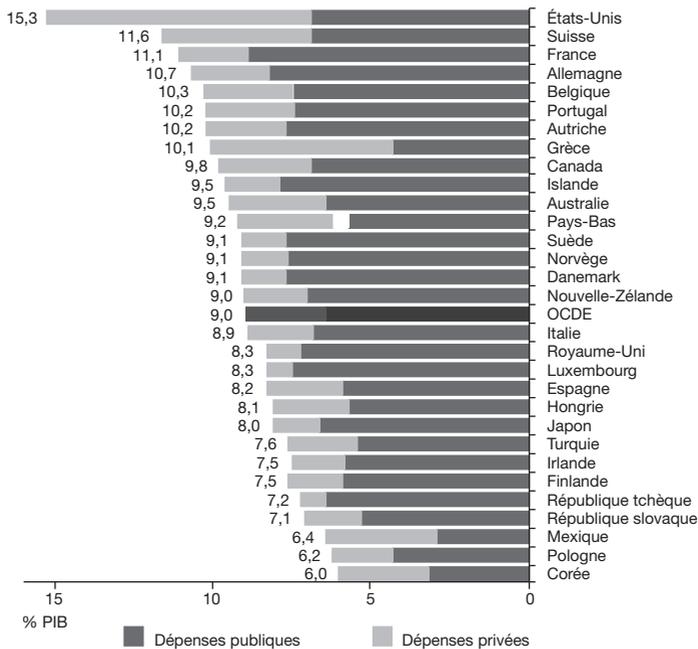
1. 2004.

2. 2004-2005.

3. Les dépenses publiques et privées correspondent aux dépenses courantes (n'incluant pas les investissements).

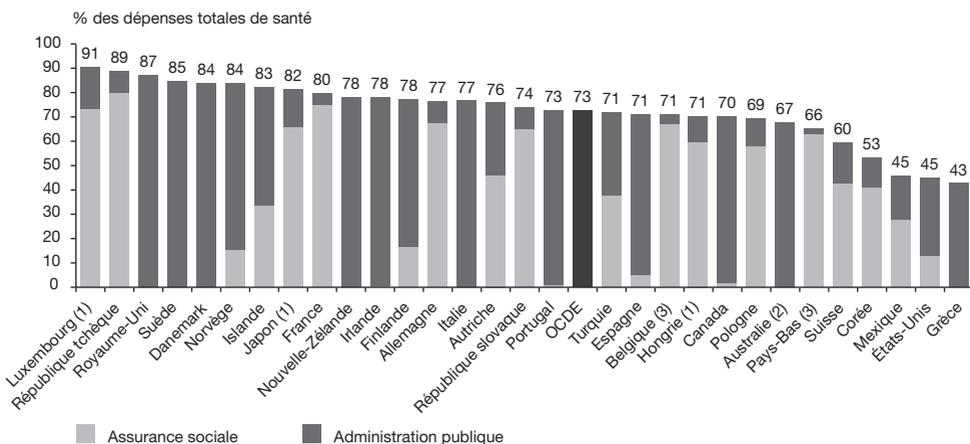
La France se caractérise par un niveau de dépenses de santé très élevé par rapport au PIB : la santé mobilise plus de 11 % de la richesse nationale, contre 9 % pour la moyenne de l'OCDE. Le ratio dépenses publiques/PIB français est le plus élevé de l'OCDE.

Tableau 21 : Dépenses de santé totales en pourcentage du PIB, 2005



La part relativement élevée des dépenses publiques dans les dépenses de santé en France résulte essentiellement des dépenses de sécurité sociale, ce qui résulte du choix français de sécurité sociale. Dans d'autres pays de l'OCDE, la santé est financée par l'État ou par les collectivités locales.

Tableau 22 : Part publique des dépenses totales de santé, 2005



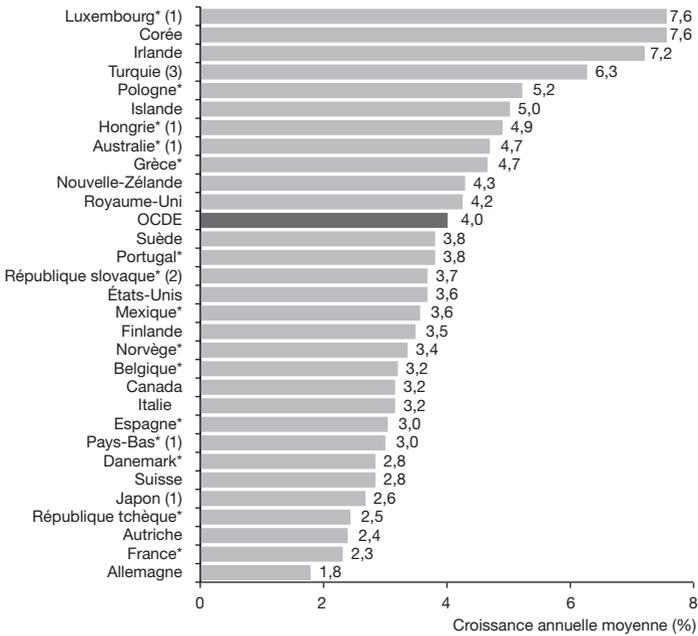
1. 2004.

2. 2004-2005.

3. Part des dépenses courantes (c'est-à-dire excluant les investissements).

Les dépenses de santé françaises sont celles qui, à l'exception de l'Allemagne, croissent le moins vite parmi les pays de l'OCDE, ce qui est cohérent avec un niveau de dépenses élevé.

Tableau 23 : Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant, en termes réels, 1995-2005



* Taux de croissance ajustés.

1. 1995-2004.

2. 1997-2005.

3. 1998-2005.

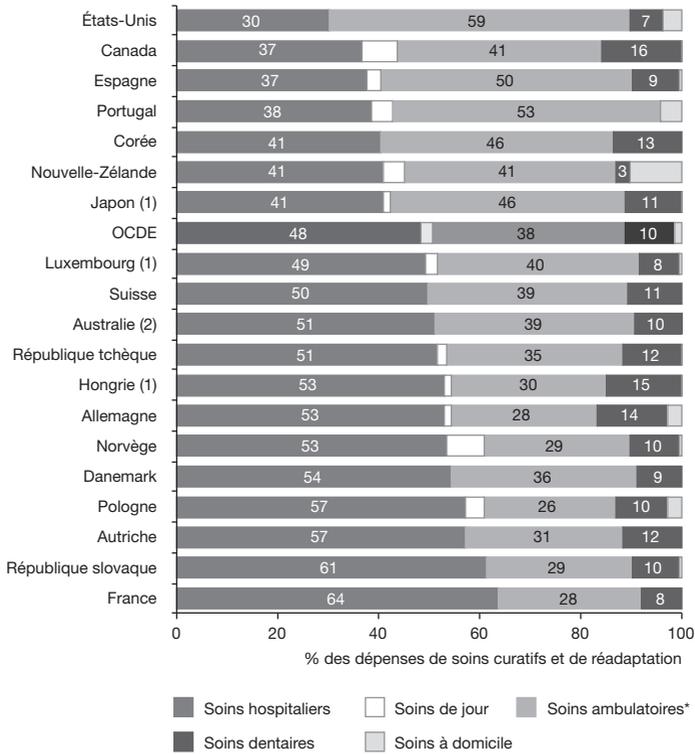
Source : Éco-Santé OCDE 2007.

Une répartition atypique des dépenses de santé en France

Les dépenses de santé en France se caractérisent par :

- une proportion très importante des dépenses consacrées aux soins hospitaliers (64 % contre 48 % pour la moyenne de l'OCDE), la France se situant en première place ;
- une part corrélativement faible des soins ambulatoires et des soins à domicile.

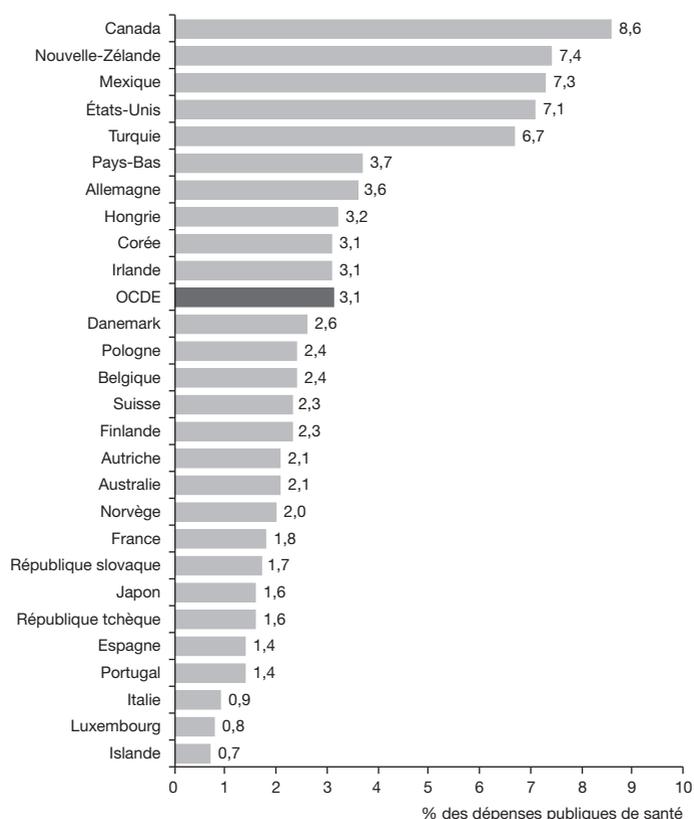
Tableau 24 : Dépenses de soins curatifs et de réadaptation par mode de production, 2005



* Excluant les soins dentaires.
1. 2004. 2. 2004-2005.

La France se caractérise enfin par une faible part des dépenses publiques de santé allouées à la santé publique et à la prévention : 1,8 % de ces dépenses contre 3,1 % pour la moyenne de l'OCDE. Les Pays-Bas, l'Allemagne ou le Danemark se situent nettement au-dessus de la France.

Tableau 25 : Part des dépenses publiques allouées à la santé publique et la prévention, 2005



Les données disponibles ne permettent pas de disposer de comparaisons fiables quant à la qualité des soins

L'OCDE a entrepris de définir et collecter des indicateurs relatifs à la qualité des soins. Ils portent sur des taux de mortalité ou de survie, ainsi que sur des taux de dépistage, pour certaines pathologies.

L'OCDE souligne que ces indicateurs doivent être considérés comme expérimentaux. Elle indique que l'on ne comprend pas encore bien comment ils sont liés aux résultats en termes de santé ou pourquoi ils varient entre pays. Elle note enfin une faiblesse importante de ces comparaisons : l'absence de normalisation de ces données en fonction de l'âge. Certaines données, notamment pour la France, sont de plus anciennes (1994 pour certaines).

C'est pourquoi ces données ne peuvent être utilisées à ce stade que pour s'interroger sur la qualité des soins et ne peuvent prétendre fournir d'évaluation sur leur qualité.

Liste des sigles

AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AHU	Assistant hospitalo-universitaire
ALD	Affection de longue durée
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANR	Agence nationale de la recherche
AP-HM	Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCA	Chef de clinique assistant
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CH	Centre hospitalier
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CH	Centre hospitalier
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHT	Communautés hospitalières de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM-TS	Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés
CNAV-TS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNG	Centre national de gestion
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COMPAQH	Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	Caisse régionale d'assurance-maladie
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la santé publique
CTE	Comité technique d'établissement
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCP	Direction générale de la comptabilité publique
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIRC	Délégation interrégionale à la recherche clinique
DNDR	Dotations nationales des réseaux
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EGOS	États généraux de l'organisation de la santé
EHESP	École des hautes études de la santé publique
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ENC	Examen national classant
EPIC	Établissement public industriel et commercial
EPP	Évaluation des pratiques professionnelles
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
EPST	Établissement public à caractère scientifique et technologique
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjours
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie
HCL	Hospices civils de Lyon
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales

INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
LMD	Licence-master-doctorat
LOLF	Loi organique relative aux lois de finances
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MCUPH	Maître de conférences des universités praticien hospitalier
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MEAH	Mission d'évaluation et d'audit hospitalier
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PARM	Permanencier auxiliaire de régulation médicale
PDS	Permanence des soins
PH	Praticien hospitalier
PHU	Praticien hospitalier universitaire
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSPH	Participant au service public hospitalier
PUPH	Professeur des universités praticien hospitalier
SAE	Statistique annuelle des établissements
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TIC	Technologies de l'information et de la communication
T2A	Tarification à l'activité
UFR	Unité de formation et de recherche
ZHTCD	Zone d'hospitalisation de très courte durée