



# RAPPORT AU PARLEMENT

## **Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé**

Institué par l'article 35 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

**Présidé par**  
**Monsieur Jean-Pierre FOURCADE**  
*Sénateur des Hauts de Seine*  
*Ancien ministre*

Au nom du comité d'évaluation de la loi HPST,  
je tiens à remercier toutes les personnes impliquées tout à  
Paris qu'en région - leurs témoignages, leurs opinions, leurs  
expériences mais aussi leurs inquiétudes, parfois leurs critiques,  
nous ont permis d'aboutir à un constat que j'espère objectif.  
C'est par le dialogue qu'il est possible de reformer en  
profondeur notre système de soins - le présent rapport indique  
les orientations qu'il convient d'adopter pour que la loi HPST  
marque un chapitre décisif pour nos concitoyens -

Worrande

# Table des matières

INTRODUCTION.....	5
<b>1<sup>ERE</sup> PARTIE : LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE.....</b>	<b>7</b>
1. LES NOUVELLES INSTANCES DE LA GOUVERNANCE SE SONT MISES EN PLACE SANS DIFFICULTES MAJEURES .....	7
1.1. <i>Le lien avec les collectivités territoriales se distend .....</i>	8
1.2. <i>Le conseil de surveillance doit être en mesure de jouer pleinement son rôle d'orientation et de contrôle. ....</i>	9
1.3. <i>Le directeur a des pouvoirs élargis, mais il en partage l'exercice.....</i>	10
1.4. <i>Les décisions du directeur sont concertées au sein du directoire.....</i>	10
1.5. <i>Le rôle de dirigeant du président de la CME est reconnu.....</i>	11
1.6. <i>Les compétences de la commission médicale d'établissement doivent être élargies.....</i>	12
1.7. <i>La responsabilité du directeur général de l'ARS est accrue .....</i>	12
2. LE MANAGEMENT MEDICO-ECONOMIQUE DES POLES EST RAREMENT PASSE DANS LES FAITS ...	12
2.1. <i>Les chefs de pôle sont nommés par le directeur .....</i>	13
2.2. <i>Les chefs de pôle bénéficient d'une délégation de gestion et de moyens sur la base d'un contrat de pôle.....</i>	13
2.3. <i>Les chefs de pôle ont autorité sur les personnels du pôle.....</i>	14
2.4. <i>Le management décentralisé des pôles se heurte à des obstacles culturels et économiques</i>	14
2.5. <i>Les équipes médicales au sein des pôles doivent être valorisées ...</i>	15
2.6. <i>... et toute leur place doit être donnée aux équipes soignantes.....</i>	16
2.7. <i>La gestion d'un pôle repose sur une équipe et sur des outils.....</i>	17
2.8. <i>Les équipes de direction et les services centraux doivent être repositionnés.....</i>	17
3. LES EVOLUTIONS STATUTAIRES SONT LIMITEES .....	18
3.1. <i>Le statut de praticien clinicien doit renforcer l'attractivité et lier activité et rémunération</i>	18
3.2. <i>Le recrutement des chefs d'établissement doit être diversifié .....</i>	19
4. LA COMMUNAUTE MEDICALE ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS ONT DES RESPONSABILITES NOUVELLES DANS LA POLITIQUE DE LA QUALITE .....	20
4.1. <i>La commission médicale d'établissement doit jouer un rôle majeur dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins.....</i>	20
4.2. <i>L'existence institutionnelle de la CME dans les établissements privés doit être confortée.</i>	20
<b>2<sup>E</sup> PARTIE : L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT .....</b>	<b>23</b>
1. LE LIEN ENTRE L'HOPITAL ET LE SERVICE PUBLIC EST RENOVE.....	23
2. LE STATUT DES STRUCTURES DE COOPERATION HOSPITALIERE EST RENFORCE.....	24
2.1. <i>La communauté hospitalière de territoire est constituée par une convention qui ne lui confère pas la personnalité juridique.....</i>	24
2.2. <i>L'évolution du régime des groupements de coopération sanitaire est contestable .....</i>	25
3. LES INSTANCES DE PILOTAGE SONT COHERENTES ET DOIVENT ETRE CONSOLIDEES .....	26

3.1. <i>Le pilotage national et régional des agences régionales de santé doit être un pilotage stratégique</i> .....	26
3.2. <i>L'assurance maladie doit être un acteur à part entière des agences régionales de santé</i> ..	27
3.3. <i>Les directeurs généraux des ARS sont confrontés à un important enjeu managérial</i> .....	28
3.4. <i>Les ARS disposent de leviers financiers limités</i> .....	28
3.5. <i>Les ARS ont un double rôle : conduire d'une politique régionale de santé et piloter l'hospitalisation publique</i> .....	29
4. LES LIENS ENTRE L'HOPITAL ET L'UNIVERSITE DOIVENT ETRE RENFORCES .....	29
<b>3<sup>E</sup> PARTIE : LE DECLOISONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE.....</b>	<b>31</b>
1. LES INSTRUMENTS DE PLANIFICATION ET LE REGIME DES AUTORISATIONS DOIVENT EVOLUER POUR FAVORISER LE DECLOISONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE .....	31
1.1. <i>Des territoires de grande taille sont mal adaptés à la volonté de décloisonner le système de santé</i> .....	31
1.2. <i>Les outils de planification sont fondés sur les découpages techniques traditionnels</i> .....	32
1.3. <i>Les structures médico-sociales sont partie intégrante du système de santé</i> .....	32
1.4. <i>Le régime des autorisations doit être mis au service des coopérations</i> .....	33
2.1 <i>L'exercice à l'hôpital de professionnels libéraux est facilité</i> .....	33
2.2 <i>Les coopérations entre professionnels de santé sont encouragées</i> .....	34
2.3 <i>Les « services de santé » permettent le décloisonnement des professions et des modes d'exercice</i> .....	34
3 L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE EST UNE PROBLEMATIQUE PARTICULIERE .....	36
<b>4<sup>E</sup> PARTIE : LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT.....</b>	<b>37</b>
1. L'ACTION DE L'ANAP DOIT ETRE ORIENTEE PLUS FORTEMENT SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES REFORMES HOSPITALIERES .....	37
2. LES EQUIPES DE DIRECTION DOIVENT ETRE FORMEES A L'ACCOMPAGNEMENT DE LA GESTION DECENTRALISEE PAR POLES .....	38
3. UNE IMPULSION NECESSAIRE A LA FORMATION CONTINUE DES MEDECINS HOSPITALIERS .....	38
4. LA FORMATION DES MANAGERS DE LA SANTE DOIT ETRE COMMUNE .....	39
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>40</b>
<b>LES RECOMMANDATIONS DU COMITE.....</b>	<b>42</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>46</b>
1. LETTRE DE MISSION DE MONSIEUR JEAN PIERRE FOURCADE .....	47
2. DECRET DE CREATION DU COMITE .....	49
3. LISTE DES MEMBRES DU COMITE.....	51
4. LISTE DES PERSONNALITES AUDITIONNEES .....	52
5. GLOSSAIRE .....	74

## INTRODUCTION

La loi du 21 juillet 2009 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, dite loi HPST a pour objectif de garantir des soins de qualité à l'ensemble de la population en tous points du territoire.

Elle répond à la nécessité de coordonner la prise en charge des patients entre le domicile, l'hôpital et les institutions médico-sociales, et de prévenir le risque de constitution de déserts médicaux dans le milieu rural et les zones urbaines défavorisées.

La loi a été préparée par les travaux de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par monsieur Gérard Larcher, et par les réflexions des Etats généraux de l'organisation des soins. Elle se situe dans le prolongement des réformes antérieures, qu'il s'agisse de la loi Kouchner sur les droits des patients ou des réformes initiées par Jean-François Mattéi dans le cadre du plan hôpital 2007. Elle renforce les mécanismes mis progressivement en place depuis 15 ans pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins.

Pour atteindre ses objectifs, la loi a fait évoluer le cadre d'exercice des professionnels de santé et le mode de fonctionnement des établissements de santé. Elle a transformé la gouvernance de l'hôpital public et a défini un nouveau régime des missions de service public. Elle a donné une définition aux soins de premier recours et un statut aux maisons et aux pôles de santé. Elle a ouvert des possibilités nouvelles à la coopération entre professionnels et établissements de santé publics et privés. Elle a créé les unions régionales des professionnels de santé. Elle comporte des dispositions relatives à l'éducation thérapeutique du patient et à la télémédecine. Elle crée les agences régionales de santé qui remplacent pas moins de 7 organismes différents et dont la compétence s'étend à l'ensemble du champ de la santé et du médico-social.

Ces mesures traduisent concrètement la volonté des pouvoirs publics de faire tomber les barrières entre les différents acteurs du système de santé. Le statut, la spécialisation ou la vocation ne doivent pas être un obstacle à un travail en commun pour la prise en charge de la population. La médecine de ville, les hôpitaux et cliniques, les alternatives à l'hospitalisation et les institutions médico-sociales doivent s'attacher à organiser ensemble le parcours des patients.

Le Parlement a décidé, pour la première fois dans le corps même de la loi par son article 35, de mettre en place dès sa promulgation un dispositif d'évaluation de la mise en œuvre de son volet hospitalier. L'objectif est d'apprécier la pertinence des outils proposés, leur efficacité au regard des objectifs de la loi et la manière dont les acteurs s'en sont emparés.

La disposition de l'article 35 s'est traduite par la création d'un comité – les textes créant le comité et définissant sa composition figurent en annexe – qui doit présenter au Parlement deux ans après la promulgation de la loi un rapport sur l'état de sa mise en œuvre et sur son efficacité au regard des objectifs de santé publique. Il doit également pointer d'éventuelles insuffisances, déviations ou limites. Le comité peut, dans ce cadre, proposer des mesures tendant à améliorer le dispositif. Il l'a déjà fait à deux reprises en saisissant le ministre de la santé sur des projets de décrets. Son président a présenté une proposition de loi tendant à corriger certains aspects de loi.

Le comité a procédé à de nombreuses auditions. Dans 5 régions de métropole – Auvergne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire et Rhône-Alpes – et 2 régions d'Outre-mer – Guadeloupe et Martinique – il est allé à la rencontre des hospitaliers publics et privés, des professionnels de santé et des agences régionales de santé. Une enquête réalisée auprès des responsables régionaux et hospitaliers de ces régions a précédé les déplacements. Le comité s'est également déplacé en Ile-de-France, en Lorraine et en Picardie où lui ont notamment été présentées des initiatives en matière de coopérations hospitalières.

Malgré un contexte difficile pour l'hôpital, confronté à d'importants déséquilibres financiers, le comité a pu constater que la loi HPST était entrée en application.

Le comité a consacré une partie importante de son rapport aux changements introduits par la loi dans la gouvernance hospitalière et son mode de management. Il a examiné les conditions dans lesquelles se sont mises en place les nouvelles instances et leur impact sur les équilibres institutionnels. Il a examiné les transformations du management de l'hôpital exigées par son organisation en pôles d'activité clinique et médico-technique et leur impact sur la gestion des médecins et des cadres hospitaliers.

Il s'est ensuite penché sur l'intégration de l'hôpital dans son environnement. Plus particulièrement, il a examiné les changements introduits par la loi dans l'exercice des missions de service public et dans les structures de coopération. Le comité s'est intéressé au fonctionnement des agences régionales de santé. Il a consacré un développement particulier aux liens entre l'hôpital et l'Université.

La troisième partie du rapport est consacrée au décloisonnement du système de santé. A cet égard, le comité s'est intéressé au dispositif de planification du système de santé et au décloisonnement des professions de santé. Il a consacré un développement particulier à l'organisation territoriale de la psychiatrie.

La dernière partie du rapport traite du dispositif d'accompagnement des transformations de la gouvernance et du management de l'hôpital. Il s'est intéressé aux missions et au fonctionnement de l'agence nationale d'appui à la performance hospitalière et médico-sociale (ANAP), ainsi qu'au dispositif de formation des équipes de direction, à la formation continue des médecins hospitaliers et à la formation des managers de la santé.

## 1<sup>ère</sup> PARTIE :

# LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

La loi HPST poursuit l'œuvre de réforme de la gouvernance hospitalière amorcée en 2002. Le modèle historique de la gouvernance des établissements publics, basé sur la dualité directeur - conseil d'administration, est abandonné. Le législateur a entendu clarifier les rôles : le directeur est désormais pleinement responsable de ses décisions, mais elles sont préparées collectivement au sein d'un directoire.

L'hôpital est organisé en pôles d'activité cliniques et médico-techniques dirigés par des médecins. Le chef de pôle doit, dans l'esprit du législateur, bénéficier d'une importante délégation de gestion.

Elus, personnalités qualifiées et représentants des usagers sont les garants du bon fonctionnement de l'hôpital et de la qualité du service rendu à la population. Au sein d'un conseil de surveillance, ils se prononcent sur les grandes orientations et ils contrôlent la gestion de l'établissement.

Sans être exclues de la gouvernance de l'hôpital, les collectivités territoriales ont désormais un rôle limité. L'hôpital n'est plus un établissement public local : le lien juridique entre les hôpitaux et les communes et départements est rompu.

Les médecins sont encouragés à s'investir collectivement, au côté des représentants des usagers, dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Tous les acteurs de l'hôpital doivent prendre pleinement conscience de ces changements. Ils doivent se positionner différemment, changer leurs comportements, envisager autrement les enjeux.

Le comité a pu constater que les nouvelles institutions, sans être exemptes de critiques, se sont mises en place sans difficulté majeure. Mais la révolution managériale que représente la gestion décentralisée par pôles reste encore à faire. Les mesures d'accompagnement statutaires et managériales ne sont pas à la hauteur des transformations en cours.

### **1. LES NOUVELLES INSTANCES DE LA GOUVERNANCE SE SONT MISES EN PLACE SANS DIFFICULTES MAJEURES**

Les auditions conduites par le comité, ainsi que l'enquête réalisée en octobre 2010 auprès des principaux acteurs de l'hôpital public ont clairement fait apparaître que la nouvelle organisation de la gouvernance n'a pas suscité de rejet d'ensemble.

Trois changements ont été critiqués : la diminution de la place faite aux collectivités territoriales, le remplacement du conseil d'administration par un conseil de surveillance et le rôle plus limité de la commission médicale d'établissement.

Ces critiques ont également été formulées par les élus et les professionnels rencontrés lors des déplacements du comité.

## **1.1. Le lien avec les collectivités territoriales se distend**

### **1.1.1. L'hôpital public est désormais un établissement public de l'Etat**

Les établissements publics de santé étaient des établissements communaux, intercommunaux, interdépartementaux ou nationaux. La loi HPST en a fait des établissements publics de l'Etat.

Un des objectifs majeurs de la loi est de renforcer les liens du système de santé avec les territoires. Le législateur aurait pu vouloir conforter le rôle des collectivités et s'orienter vers une décentralisation de l'organisation des soins. Un choix inverse a été fait : le législateur a renforcé l'emprise de l'Etat sur le système de santé.

La constitution des hôpitaux publics en établissements publics de l'Etat a quelques conséquences pratiques. C'est le cas pour les marchés, mais aussi pour la gestion du personnel. Les gestionnaires hospitaliers, pour des raisons de sécurité juridique, souhaiteraient que soit maintenu ce qui relevait du régime des établissements publics locaux.

### **1.1.2. Le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance ...**

Les collectivités territoriales tenaient une place importante dans les conseils d'administration. Ceux-ci délibéraient sur l'organisation interne, le règlement intérieur, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), le plan de redressement ... Leurs délibérations avaient un impact réel sur la gestion des établissements.

Le rôle des conseils de surveillance est différent de celui des conseils d'administration. Il est recentré sur les décisions stratégiques et le contrôle de la gestion de l'établissement.

### **1.1.3. ... dont le président est élu ...**

Le président du conseil d'administration était le maire de la commune d'implantation ou son représentant<sup>1</sup>. Le président du conseil de surveillance est élu en son sein.

A quelques exceptions notables, les maires ont été élus à la présidence des conseils de surveillance. Ces premières élections confirment leur légitimité pour présider aux destinées de « leur » hôpital. C'est aussi une manifestation de leur volonté de continuer à s'impliquer.

### **1.1.4. ... dans lequel la présence des collectivités est amoindrie ...**

Quand le ressort de l'établissement est communal, le conseil de surveillance compte en principe 9 membres. Le directeur général de l'ARS peut porter ce nombre à 15 quand l'établissement a une activité de soins sur plusieurs communes ou quand ses produits sont supérieurs à 50 M€. Le conseil de surveillance compte également 15 membres quand le ressort de l'hôpital est intercommunal, départemental, régional ou national.

Les équilibres entre les trois composantes<sup>2</sup> du conseil évoluent peu par rapport à la composition du conseil d'administration. Par contre, le nombre de membres de chaque catégorie diminue. Ainsi les représentants des collectivités, antérieurement au nombre de huit, ne sont plus que trois ou cinq selon que le conseil a 9 ou 15 membres. Plusieurs des personnes auditionnées par le comité l'ont regretté, ainsi que certains présidents de conseils de surveillance ayant répondu à l'enquête du comité.

---

<sup>1</sup> Le président du conseil général dans les établissements départementaux

<sup>2</sup> Le conseil est composé pour un tiers de représentants des collectivités, pour un autre tiers de représentants du personnel, le troisième tiers étant réparti entre représentants des usagers et personnalités qualifiées

En Franche Comté mais aussi dans les Pays de Loire, les élus ont confirmé ce point de vue. Ils ont également évoqué le cas des établissements fusionnés : alors qu'ils peuvent avoir été les moteurs de ce rapprochement, les représentants des collectivités concernées voient leur présence amoindrie dans le conseil de surveillance de l'établissement issu de la fusion.

Le conseil d'administration était conçu comme un lieu de débat entre les personnels, les élus et les usagers et comme un outil d'intégration de l'hôpital dans le milieu local. Le conseil de surveillance, instance plus resserrée, n'a plus le même rôle.

#### **1.1.5. ... et auquel le directeur ne réfère pas**

Dans le modèle de gouvernance antérieur à la loi HPST, le directeur était « *chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration* » et de mettre « *en œuvre la politique définie par ce dernier* »<sup>3</sup>. Les compétences du directeur étaient définies en constante référence au conseil d'administration.

Désormais, le directeur est seulement tenu d'informer le conseil de surveillance et de lui communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Le poids politique du maire et l'importance du rôle de l'hôpital dans la vie locale doivent conduire le directeur à établir une relation de confiance avec le président du conseil de surveillance. Il n'est cependant pas exclu que, dans certains établissements, le président du conseil de surveillance s'estime, à tort ou à raison, insuffisamment informé de la vie de l'hôpital. En sens inverse, certains directeurs craignent une ingérence du président du conseil de surveillance dans leur gestion. Une dégradation de la relation peut donc se nourrir d'une méfiance réciproque.

La recherche d'un équilibre dans les rôles respectifs du conseil de surveillance et du directeur est indispensable. Il est important d'anticiper d'éventuels conflits, très préjudiciables à la sérénité des collectivités hospitalières et à l'image de l'hôpital dans la population en définissant des règles de bonne conduite dans leurs relations.

#### **1.2. *Le conseil de surveillance doit être en mesure de jouer pleinement son rôle d'orientation et de contrôle.***

La nécessité d'un renforcement du rôle d'orientation du conseil de surveillance est clairement apparue lors des auditions qui se sont déroulées en Pays de Loire, Franche-Comté et Rhône Alpes. Il faudrait pour cela que le conseil de surveillance délibère sur les orientations stratégiques, budgétaires et financières pluriannuelles et sur leurs modifications. Il devrait également être consulté sur la lettre de mission par laquelle le directeur général de l'ARS fixe les objectifs du chef d'établissement lors de sa prise de fonction. Il en est de même pour toute modification des missions de ce dernier.

**Recommandation n°1 : Le conseil de surveillance doit délibérer sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement de santé et leurs modifications (court terme).**

**Recommandation n°2 : Le Conseil de surveillance doit être consulté par le directeur général de l'ARS sur la lettre de mission du directeur (court terme)**

---

<sup>3</sup> Ancien article L 6143-1 du code de la santé publique

Il est un rôle que la loi n'a pas prévu de donner au conseil de surveillance : le règlement des situations graves de désaccord au sein du directoire. L'agence régionale de santé est bien évidemment en mesure d'intervenir, mais une intervention extérieure fait courir le risque d'une crispation des intéressés et celui de donner à la crise une dimension publique. Elle risque en outre d'être tardive. Le conseil de surveillance paraît être le recours le mieux indiqué et le plus légitime pour intervenir avant que des situations difficiles ne s'enveniment. Le cadre de son intervention doit cependant être clairement circonscrit, pour éviter que le conseil de surveillance ne soit tenté de s'immiscer dans la gestion de l'établissement.

**Recommandation n°3 : Le conseil de surveillance peut être saisi par le directeur pour arbitrage en cas de désaccord entre le président du directoire et les autres membres du directoire (court terme).**

Le comité s'est interrogé sur les conditions nécessaires à l'exercice par le conseil de surveillance de sa mission de contrôle. En particulier il lui a été signalé que dans certains établissements aucun compte rendu ne lui était fait des travaux du directoire, faute de procès-verbaux de ses réunions.

Le conseil de surveillance ne peut exercer sa mission de contrôle que s'il dispose d'une information aisément utilisable. Le directeur doit être attentif à communiquer au conseil de surveillance des documents accessibles à ses membres. Il s'agit là de « bonnes pratiques » qui ne doivent pas – ni sans doute ne peuvent – se traduire en instructions.

***1.3. Le directeur a des pouvoirs élargis, mais il en partage l'exercice***

La loi HPST accroît sensiblement les pouvoirs du directeur. Nombre de décisions qui faisaient l'objet d'une délibération du conseil d'administration sont désormais de sa compétence. Il a une compétence générale pour « régler les affaires de l'établissement ». Les autres instances – conseil de surveillance et directoire – ont des compétences limitativement énumérées.

Mais sur toutes les questions importantes, le directeur ne décide pas seul. Si, en définitive, la décision lui appartient, il doit au préalable « se concerter » avec le directoire, décider sur « proposition » du président de la commission médicale d'établissement (CME) ou du chef de pôle, prendre l'avis des institutions représentatives du personnel. Dans certains cas il partage son pouvoir de décision avec le président de CME.

L'exercice du pouvoir du directeur est par ailleurs très encadré par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le législateur a entendu faire du directeur le personnage clé de l'hôpital. En aucun cas il n'a voulu en faire un autocrate. Le modèle de management voulu par le législateur repose sur trois principes : la clarté dans la prise de responsabilité, la concertation et la décentralisation de la gestion.

***1.4. Les décisions du directeur sont concertées au sein du directoire***

Aux termes de la loi HPST, les établissements publics de santé sont « dirigés par un directeur assisté d'un directoire ». Le directeur engage l'établissement « après concertation » avec le directoire sur les questions les plus importantes<sup>4</sup>.

Dans deux cas seulement, le directoire a des pouvoirs propres : il approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement. Ces deux documents sont établis pour une durée de 5 ans.

---

<sup>4</sup> le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, la politique d'amélioration de la qualité, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), le programme d'investissement, la politique d'intéressement du personnel, le compte financier, l'organisation interne de l'établissement ...

Le directoire de l'hôpital public est très différent du directoire des sociétés privées. En droit des sociétés, le directoire est un organe décisionnel qui engage collectivement ses membres. Le comité s'est interrogé sur la pertinence de la transformation du directoire de l'hôpital en organe de décision. Cette évolution est jugée souhaitable par certaines personnalités auditionnées. Elle est cependant apparue prématurée aux membres du comité, au regard de la nécessité de stabiliser la gouvernance de l'hôpital après deux réformes à intervalle rapproché. Cette solution pourra être envisagée à moyen terme, après qu'ait été réalisé un bilan du fonctionnement des instances créées par la loi HPST.

Le comité s'est interrogé sur le nombre des membres du directoire (7 dans le cas général, 9 dans les établissements universitaires) qui excède sensiblement celui du directoire des sociétés commerciales. Sa composition est représentative des composantes de l'hôpital : il est composé majoritairement de médecins et le coordonnateur des soins en est membre de droit. Dans les établissements universitaires s'y ajoutent le doyen de la faculté de médecine et un représentant des activités de recherche.

Ce nombre, excessif pour un organe de décision, peut se justifier dans le cas d'un organe de concertation. Par contre, si le directoire évoluait vers un organe de décision, le nombre de ses membres devrait nécessairement diminuer.

**Recommandation n°4 : Le directoire doit être l'instance de mise en œuvre des orientations stratégiques et financières pluriannuelles délibérées par le conseil de surveillance. Ses débats font l'objet d'un compte rendu diffusé à l'ensemble des responsables de l'établissement. Le président du directoire présente au conseil de surveillance la synthèse des débats du directoire (court terme).**

### ***1.5. Le rôle de dirigeant du président de la CME est reconnu***

Le rôle du président de la CME est fortement accru. Il est vice-président du directoire. Il coordonne la politique médicale de l'établissement et élabore le projet médical avec le directeur. Il participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative, propose au directeur les listes de candidats pour les fonctions de chefs de pôle. Il émet des avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur le contenu des contrats de pôle, sur l'admission par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral.

Pour diriger l'hôpital, la bonne entente entre directeur et président de CME est nécessaire. Les uns et les autres en sont convaincus.

Le directeur général d'un important établissement universitaire auditionné par le comité rencontre le président de CME chaque semaine et ne prend aucune décision sans en avoir au préalable discuté avec lui. Ils composent à eux deux le véritable exécutif, le directoire n'étant réuni qu'une fois par mois. Cet exemple est loin d'être isolé. Ainsi, le directeur de l'ARS d'une des régions visitée par le comité a qualifié le trio composé du directeur général, du président de CME et du doyen de l'hôpital universitaire de sa région de « trio d'impulsion ».

Le président de la CME joue désormais le rôle qui, dans d'autres pays, est celui du directeur médical<sup>5</sup>. Mais sa fonction va au-delà : il est pleinement associé au management global de l'établissement.

---

<sup>5</sup>Cette fonction existe dans la plupart des pays, mais non sur le mode électif. La fonction de directeur médical est, auprès du directeur général, d'élaborer la politique médicale, de faire le lien avec le corps médical et de préparer les recrutements médicaux

Le comité s'est interrogé sur le risque pour les présidents de CME de se trouver écartelés entre leur rôle de dirigeant et celui de représentant de la communauté médicale. S'ils ne croient pas courir le risque d'être mis gravement en porte-à-faux, ils sont conscients des difficultés de leur double rôle. Cette ambiguïté a été signalée par les présidents de CME rencontrés dans les régions visitées, mais elle ne doit pas être surestimée. L'accord entre directeurs et présidents de CME et leur sens des responsabilités permettent le plus souvent de résoudre les difficultés, bien que le comité ait pu constater au cours de ses visites en région un certain malaise des praticiens hospitaliers qui n'ont pas de responsabilités institutionnelles.

Le renouvellement des CME à l'automne 2011 sera une étape importante. En effet 75% des présidents actuels ne sont pas renouvelables. Dans la majorité des établissements, de nouveaux couples devront se former et apprendre à travailler ensemble. Le choix des nouveaux présidents et l'attitude des futures CME à leur égard seront déterminants.

### ***1.6. Les compétences de la commission médicale d'établissement doivent être élargies***

Les rôles respectifs de la CME et du CTE n'ont pas été appréhendés de manière globale dans la loi HPST. Les compétences consultatives nombreuses du CTE ne trouvent pas leur correspondance dans les compétences de la CME. Ces différences ont pour effet que les médecins sont exclus de la consultation sur de nombreuses questions d'intérêt majeur pour le fonctionnement de l'hôpital.

**Recommandation n°5 : La CME doit donner un avis sur les orientations stratégiques, budgétaires et financières pluriannuelles de l'établissement. Elle doit donner également un avis sur le CPOM. Elle doit être consultée sur l'organisation en pôles (court terme).**

### ***1.7. La responsabilité du directeur général de l'ARS est accrue***

Le remplacement du conseil d'administration par un conseil de surveillance a eu pour effet de distendre le lien entre le directeur et le président de l'instance délibérante. Cet éloignement le met plus clairement dans une position de dépendance vis-à-vis du directeur général de l'ARS auquel il doit rendre des comptes.

Le directeur de l'ARS joue, dans la nomination des directeurs, un rôle que n'avait pas le directeur d'ARH. Il propose une liste de trois noms au directeur du CNG<sup>6</sup>, après avis du président du conseil de surveillance.

Le législateur n'a pas voulu donner au directeur général de l'ARS une autorité sans partage sur les chefs d'établissement. Ainsi, la loi HPST ne lui donne aucun rôle dans le retrait d'emploi, ce qui est regretté par certains. En Région Rhône-Alpes, un haut dirigeant hospitalier a fait part de son souhait d'obtenir une réponse rapide du CNG pour les demandes de mise en situation de recherche d'emploi, afin d'éviter un risque de pourrissement des situations.

## **2. LE MANAGEMENT MEDICO-ECONOMIQUE DES POLES EST RAREMENT PASSE DANS LES FAITS**

L'ordonnance du 3 mai 2005 a posé le principe de l'organisation de l'hôpital public en pôles cliniques et médico-techniques. L'objectif de ce modèle d'organisation est triple :

- introduire dans le fonctionnement de l'hôpital un niveau pertinent d'organisation, intermédiaire entre le service, de taille trop limitée et souvent refermé sur lui-même, et le management centralisé inefficace et déresponsabilisant ;

---

<sup>6</sup> Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

- confier des responsabilités de management, d'organisation et de gestion à des membres du corps médical, afin de combler le fossé historique entre médecins et directions ;
- assurer une meilleure garantie de qualité et de sécurité des décisions prises à ce niveau en y associant les responsables médicaux.

Le principe qui préside au management décentralisé est le suivant : la compétence de l'autorité est une compétence générale ; ne doit demeurer à l'échelon central que ce qui ne peut pas être délégué à l'échelon local.<sup>7</sup>

Au cours des années qui ont suivi l'entrée en application de l'ordonnance de 2005, les hôpitaux se sont fortement mobilisés pour définir les contours des pôles et pour identifier au sein du corps médical les personnalités susceptibles d'en prendre la direction. Le contour des pôles a été défini de manière pragmatique, dans la mesure du possible selon une logique médicale et universitaire pour les CHU. Dans la très grande majorité des établissements, des « responsables » de pôle ont été désignés. Des compromis ont été nécessaires, pour tenir compte des affinités au sein du corps médical. Depuis, les situations ont mûri. La majorité des hôpitaux ont remis le découpage en chantier pour en renforcer la cohérence médicale.

### ***2.1. Les chefs de pôle sont nommés par le directeur***

L'ordonnance du 3 mai 2005 conditionnait la nomination d'un « praticien responsable de pôle » - devenu « chef de pôle » dans la loi HPST – par son inscription préalable sur une liste nationale d'aptitude. Cette exigence a disparu dans la loi HPST.

Dans le régime de 2005, les « praticiens responsables de pôle » étaient nommés par décision conjointe du directeur et du président de CME<sup>8</sup>. En cas de désaccord, la décision revenait au conseil d'administration.

Désormais, les « chefs de pôle » d'activité clinique et médico-technique sont nommés par décision du directeur, sur présentation d'une liste élaborée par le président de la CME et conjointement par le doyen pour les CHU. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Le décret du 11 juin 2010 en a précisé les modalités d'application : la liste présentée par le président de CME comporte trois noms. Cette exigence apparaît inadéquate : dans la pratique, l'identification des candidats à la chefferie de pôle est le fruit d'une réflexion commune entre le directeur et le président de la CME. Elle est également irréaliste en ce qu'elle implique de susciter trois candidatures pour chaque chefferie de pôle, surtout dans les établissements de petite taille.

### ***2.2. Les chefs de pôle bénéficient d'une délégation de gestion et de moyens sur la base d'un contrat de pôle***

Dans la très grande majorité des établissements les contrats de pôle n'ont pas été signés. Et lorsque les directeurs ont contractualisé avec les chefs de pôle, le contenu du contrat est limité.

Le décret du 11 juin 2010 a défini un contenu obligatoire du contrat de pôle. Ce contenu est très détaillé. Le comité s'est interrogé sur l'efficacité de ce texte. Des actions d'accompagnement à la préparation des contrats seraient sans doute plus adéquates.

Le comité estime nécessaire que chaque établissement élabore un contrat-type, arrêté par le directoire. Le contrat-type est décliné pour chaque pôle par la définition de ses objectifs et de ses moyens.

<sup>7</sup> Le comité s'est appuyé pour ses analyses sur l'organisation en pôle sur les avis recueillis dans le cadre de ses auditions et de ses visites, mais aussi sur le rapport de l'inspection générale des affaires sociales : « 1<sup>ère</sup> PARTIE » - Hayet Zeggar, Guy Vallet, Oriane Tercerie – février 2010.

<sup>8</sup> Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision était prise conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Le contrat concerne les activités de soins, mais aussi, le cas échéant, de recherche et d'enseignement. Il précise les collaborations dans le cadre des nouveaux modes d'organisation que sont le département hospitalo-universitaire et l'institut hospitalo-universitaire,

**Recommandation n°6 :** Le contrat de pôle doit décrire le champ et le contenu des délégations de gestion et de signature confiées aux chefs de pôle dans le cadre d'un contrat-type arrêté par le directoire. Ce contrat décrit les objectifs et moyens du pôle dans ses activités de soins, mais aussi de recherche et d'enseignement lorsque nécessaire. Il doit aussi définir les modalités d'évaluation et de contrôle de son exécution (court terme).

### **2.3. Les chefs de pôle ont autorité sur les personnels du pôle**

L'article L6146-1 du code de la santé publique donne au chef de pôle une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle. L'autorité fonctionnelle consiste en l'attribution d'un pouvoir d'encadrement et d'organisation du travail. Elle se distingue de l'autorité hiérarchique qui confère le pouvoir de nomination, d'avancement et de mutation.

Le chef de pôle a l'initiative du recrutement des personnels médicaux<sup>9</sup>. L'avis de la commission médicale d'établissement n'est plus requis. Le chef de pôle peut aussi proposer à des médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux d'intervenir dans son pôle.

La question des marges dont dispose le chef de pôle pour la gestion des personnels placé sous son autorité doit être posée.

Pour les autres personnels, seule la pratique permettra d'apprécier comment seront traitées des questions qui se posent quotidiennement : procédures et délais pour pourvoir les postes, gestion de l'absentéisme et des remplacements, rôle du chef de pôle dans la notation et les promotions, gestion des problèmes de personnes ....

### **2.4. Le management décentralisé des pôles se heurte à des obstacles culturels et économiques**

Le management décentralisé des pôles et l'application du principe de subsidiarité sont très éloignés du mode historique de fonctionnement des hôpitaux.

A l'hôpital, la concurrence entre pouvoirs est souvent la règle. L'affrontement entre logiques institutionnelles et professionnelles est traditionnel.

Aux yeux de beaucoup de directeurs d'hôpital et de certains représentants syndicaux auditionnés par le comité, donner une trop large autonomie de gestion fait courir un risque certain de dérapage économique.

L'enjeu est de changer cette représentation du fonctionnement de l'hôpital. Sans s'illusionner par une vision idéalisée des comportements individuels ou collectifs, il est nécessaire que chaque acteur puisse se concevoir comme apportant sa contribution à la réalisation d'un objectif commun et non comme le détenteur d'un pouvoir ou d'un territoire.

A cet égard, le comportement du directeur est déterminant : il doit s'interdire les jeux de pouvoirs, ne pas hésiter à déléguer, instituer des relations de confiance et exiger le même comportement de la part des équipes placées sous son autorité. Plutôt que de souligner les difficultés, il doit s'attacher à trouver des solutions, être attentif à ce qui peut faciliter le travail de chacun.

---

<sup>9</sup> Il propose les candidats au directeur, le président de la CME donne son avis et le directeur procède à la nomination.

Le comité fait le constat que certains médecins sont disposés à s'investir dans les responsabilités de chef de pôle. L'enquête de l'IGAS met en évidence que c'est plutôt du côté des gestionnaires qu'il faut rechercher les réticences les plus fortes. Ce sont eux qui ont, au moins symboliquement, le plus à perdre. Les évolutions des équipes de direction ne sont pas assez visibles, qu'il s'agisse de transformer l'organisation des services administratifs ou d'apporter aux chefs de pôles les outils techniques nécessaires à la gestion décentralisée.

Les gestionnaires hospitaliers interrogés par le comité à l'occasion de ses déplacements dans les régions ont fait valoir que la situation économique tendue ou même critique de beaucoup d'établissements a été un frein à une gestion décentralisée et à la contractualisation interne. Ils voient un risque à confier des responsabilités importantes de gestion à des médecins qui n'en ont aucune expérience et qui seront soumis à une forte pression de leurs confrères pour une augmentation de leurs moyens.

Ces craintes, qui ont une base réelle, ne doivent pas être exagérées. De nombreuses expériences ont montré que la responsabilisation à un niveau décentralisé a un effet d'entraînement vertueux sur l'organisation, la qualité et le bon usage des moyens, à la condition toutefois que les établissements mettent en place un dispositif de « reporting » partagé.

L'accompagnement de la transformation du management hospitalier et du transfert des responsabilités au niveau des pôles doit être considérablement renforcé, notamment dans le domaine de la formation des différents acteurs. Le comité a formulé à ce sujet une recommandation dans la quatrième partie consacrée au dispositif d'accompagnement.

### ***2.5. Les équipes médicales au sein des pôles doivent être valorisées ...***

La nécessité de considérer le pôle comme le niveau privilégié d'organisation et de gestion de l'hôpital ne doit pas conduire à ignorer le rôle joué par les équipes médicales. L'équipe médicale, constituée par les praticiens d'une même discipline, correspond à la tradition de compagnonnage dans l'exercice de la médecine, de la formation médicale et de la recherche. L'organisation en services – à chaque service correspond une équipe médicale de la même discipline – avait le mérite d'être en accord avec cette tradition.

L'activité d'une équipe médicale s'exerce désormais dans plusieurs lieux distincts qui ne sont pas nécessairement intégrés au même pôle. Dans beaucoup d'hôpitaux, les consultations, les unités d'hospitalisation de jour, le plateau technique sont désormais centralisés. Les équipes mobiles – de gériatrie, de soins palliatifs, d'hygiène ... – ont vocation à intervenir dans l'ensemble de l'hôpital.

L'évolution de l'activité hospitalière doit conduire à distinguer le fonctionnement de l'équipe médicale de l'organisation des unités de soins. L'activité médicale à l'hôpital n'est plus seulement de prendre en charge les patients hospitalisés dans une unité donnée, mais d'assurer une activité diversifiée, le plus souvent éclatée dans plusieurs lieux au sein de l'hôpital.

Chaque pôle regroupe des équipes médicales de plusieurs spécialités. En dehors de sa spécialité, le chef de pôle ne jouit pas de la légitimité médicale qui était celle du chef de service. Il doit laisser à chaque équipe une réelle autonomie dans la définition de ses objectifs et de son organisation dans la conduite de ses activités de soins et, le cas échéant, d'enseignement et de recherche. Une manière concrète de donner un contenu à cette autonomie dans le cadre du fonctionnement du pôle sera la négociation de contrats internes entre les équipes et le chef de pôle..

La valorisation des équipes médicales ne pourra trouver une traduction concrète dans un dispositif d'intéressement collectif en laissant à celles-ci des marges importantes pour la définition des règles de répartition interne de cet intéressement. Ce dispositif aurait pour avantage majeur de favoriser une autorégulation favorable à la constitution et au bon fonctionnement d'équipes cohérentes et solidaires.

## 2.6. ... et toute leur place doit être donnée aux équipes soignantes

La loi HPST fait du coordonnateur des soins un membre de droit du directoire. A ce titre, précise le statut des directeurs des soins,<sup>10</sup> il «*contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie et de la politique d'établissement, et participe notamment à la définition et à l'évaluation des objectifs des pôles dans le domaine de la politique des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques* ».

Dans sa version de 2002, le statut des directeurs des soins donnait au coordonnateur général des soins, par délégation du chef d'établissement, une autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. Cette disposition a été abrogée par le décret du 29 septembre 2010.

L'ordonnance du 2 mai 2005 précisait que le chef de pôle était assisté par un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences. La composition des équipes de pôle dépend désormais de l'initiative du chef de pôle.

Ces dispositions successives manifestent l'attention du législateur et du pouvoir réglementaire à la place des soignants au sein de l'hôpital. Les auditions du comité les montre hésitants sur le positionnement d'une « filière » soignante, et sur le rôle respectif de la direction des soins et des chefs de pôle dans l'organisation des soins comme dans l'exercice de l'autorité sur les cadres soignants.

A cet égard, le comité entend souligner trois points :

- la gestion décentralisée de l'hôpital rend nécessaire que l'autorité des chefs de pôle s'exerce sur l'ensemble de ses personnels. Ce n'est pas contradictoire avec une politique des soins, définie à l'échelle de l'établissement sous la conduite du coordinateur général des soins ;
- tant les chefs d'établissement que les chefs de pôle doivent s'impliquer dans l'organisation des soins.
- le projet de soins du pôle est défini en cohérence avec le projet global de soins de l'établissement et fait l'objet d'un chapitre du contrat de pôle.

Plus que la visibilité institutionnelle de la filière soignante les équipes soignantes demandent que leur travail soit pleinement reconnu. Il est pour cela nécessaire que soit organisée une réelle coordination des activités médicales et soignantes autour de la prise en charge du patient et une valorisation de ces activités.

La loi HPST a supprimé les conseils de pôles. Cette suppression ne doit pas conduire à sous estimer la nécessité d'associer étroitement le personnel médical et paramédical du pôle à son fonctionnement selon les modalités les mieux adaptées à la configuration du pôle et aux nécessités de son fonctionnement.

**Recommandation n°7 : Un dispositif d'intéressement collectif des équipes doit être expérimenté et mis en place. Il doit être fondé sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de résultats (moyen terme).**

---

<sup>10</sup> Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, modifié par le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010

## 2.7. *La gestion d'un pôle repose sur une équipe et sur des outils*

L'ordonnance du 3 mai 2005 avait défini précisément la composition des équipes de pôle<sup>11</sup>. La rédaction de la loi HPST est beaucoup plus ouverte<sup>12</sup> : leur composition est désormais définie dans les contrats de pôle. L'initiative laissée au chef de pôle est une avancée importante qui n'est pas encore généralisée. La participation de personnels administratifs peut se trouver contrariée par une direction qui mettrait en avant la faiblesse de ses moyens. Car ne voulant pas remettre en cause son organisation, cette direction tomberait dans le piège de vouloir doubler les structures.

Les auditions et des visites en région ont mis en évidence la nécessité d'alléger les tâches administratives du cadre paramédical de pôle par des moyens mis à sa disposition par la direction, ce qui permettrait son recentrage sur les soins. La mise en place d'une véritable gestion décentralisée posera, au-delà de la constitution d'une équipe, celle de la création d'unités administratives décentralisées en charge de la gestion des personnels, des commandes, des maintenances, des admissions et des facturations ...

La gestion décentralisée implique que soient mis à la disposition des pôles des outils de gestion performants. Les outils de gestion de l'hôpital, et plus globalement les systèmes d'information, doivent être reconfigurés pour un usage par les pôles et pas seulement par et pour les directions fonctionnelles. Ce doit être le cas pour les outils de contrôle de gestion, mais aussi les outils de gestion des personnels, des commandes ou des stocks ... Il s'agit d'un enjeu majeur.

## 2.8. *Les équipes de direction et les services centraux doivent être repositionnés*

La gestion décentralisée des pôles a un impact très important sur le positionnement des équipes de direction et des services centraux de l'hôpital<sup>13</sup>. Dans un fonctionnement idéal, l'application du principe de subsidiarité doit conduire les directions fonctionnelles à se positionner principalement en prestataires de service au bénéfice des équipes de pôle. Elles doivent aussi leur apporter une technicité et un appui à l'organisation.

Ne devraient subsister comme fonctions spécifiques des services centraux que les actes qui engagent juridiquement l'établissement – notamment recrutements, concours et passation des marchés – et les systèmes d'information nécessaires au pilotage global de l'établissement.

Les membres de l'équipe de direction gardent dans ce schéma la responsabilité des services centraux de l'hôpital, l'intégration des informations de gestion, l'appui à la gestion des pôles, la responsabilité de conduire les projets transversaux et une contribution à l'élaboration des documents stratégiques.

Une telle évolution n'est pas envisageable sans transformation de la culture des managers et gestionnaires hospitaliers. Cette transformation ne pourra pas se réaliser sans un renforcement des actions d'accompagnement.

**Recommandation n°8 : Un dispositif destiné à favoriser le dialogue entre les pôles, le directoire et les directions fonctionnelles doit être mis en place dans chaque établissement, selon des modalités à définir localement, notamment sous la forme d'un conseil de chefs de pôle. Les directions fonctionnelles doivent faire évoluer leurs organisations pour servir les objectifs fixés aux chefs de pôle (court terme).**

---

<sup>11</sup> Aux termes de ce texte, le chef de pôle devait être « assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif. »

<sup>12</sup> « Dans l'exercice de ses fonctions le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.»

<sup>13</sup> Ce point est clairement mis en évidence par l'enquête de l'inspection générale des affaires sociales

### 3. LES EVOLUTIONS STATUTAIRES SONT LIMITEES

La loi HPST comporte des évolutions statutaires concernant les directeurs d'hôpital et l'exercice médical à l'hôpital.

#### ***3.1. Le statut de praticien clinicien doit renforcer l'attractivité et lier activité et rémunération***

La loi HPST institue une nouvelle catégorie de contrats destinés à des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien présentant une difficulté particulière à être pourvus. Ces contrats sont ouverts, par la voie de recrutement direct, à des professionnels médicaux non hospitaliers, mais aussi, par la voie du détachement, à des praticiens hospitaliers. Ces professionnels reçoivent la dénomination de « praticiens cliniciens ».

Le contrat de praticien clinicien a été créé pour permettre d'offrir une rémunération plus importante que celle de praticien hospitalier, en échange « d'engagements particuliers et d'objectifs prévus par le contrat ». Il s'agit d'un moyen d'établir, sur la base du volontariat, un lien entre activité et rémunération, ce que n'a pas permis le système de rémunération variable expérimenté dans les années 2000. Il pourrait aussi être une alternative à l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

On peut regretter les limitations du régime de ces contrats : ils sont réservés aux seuls emplois difficiles à pourvoir, leur durée est limitée à trois ans renouvelable une seule fois, une rémunération maximale est définie. Enfin les emplois médicaux concernés doivent figurer au contrat pluriannuel de l'établissement dont la durée est de trois à 5 ans.

En mars 2011, aucun contrat de praticien clinicien n'avait été signé. Les personnalités auditionnées le regrettent dans leur grande majorité, considérant que ces contrats devraient se concevoir comme un élément d'une stratégie de dynamisation des équipes médicales, en lien avec le projet médical de l'établissement. Ces contrats doivent comporter des engagements réciproques d'objectifs mais aussi de moyens, soumis à évaluation. Ces contrats peuvent concerner des activités de soins, mais aussi de recherche ou d'enseignement en lien avec l'université.

**Recommandation n°9 : Les emplois de praticien clinicien doivent être un élément de la politique médicale de l'établissement. Leur référence à des emplois difficiles à pourvoir doit être supprimée. Il est proposé à ces contractuels un contrat à durée déterminée ou indéterminée comportant une période probatoire. Leurs conditions de rémunération sont définies par un accord-cadre conclu entre les syndicats de médecins hospitaliers et la FHF (moyen terme).**

De façon identique il est important de renforcer l'attractivité des postes pour les personnels médicaux titulaires en établissant, dans des conditions définies par un accord national et précisées par le projet médical, un lien entre activité et rémunération.

**Recommandation n°10 : Les médecins statutaires hospitaliers et hospitalo-universitaires en activité devront pouvoir recevoir une rémunération supplémentaire sur la base d'un contrat d'objectifs fixés par le directoire sur proposition du président de la CME. Un plafond est fixé dans l'accord-cadre signé avec la FHF. Cette mesure est incompatible avec le maintien du secteur privé à l'hôpital pour les intéressés. Des objectifs de recherche et d'enseignement peuvent être envisagés en lien avec l'Université (moyen terme).**

Cet argument trouve également tout son sens concernant l'attractivité des cadres paramédicaux. L'importance de leur rôle dans l'organisation des soins et dans la prise en charge des patients est fondamentale

**Recommandation n°11 : Les cadres paramédicaux contractuels ou titulaires doivent bénéficier des mêmes dispositions que les médecins (moyen terme).**

**Recommandation n°12 : Les praticiens exerçant des fonctions de management dans l'établissement de santé doivent recevoir une indemnité de responsabilité fixée par le directoire sur proposition du président de la CME dans la limite d'un plafond fixé dans l'accord-cadre signé avec la FHF (moyen terme).**

### ***3.2. Le recrutement des chefs d'établissement doit être diversifié***

La loi HPST permet aux directeurs d'ARS de nommer des non fonctionnaires à la direction des établissements publics de santé. Le législateur a entendu favoriser le mariage de la culture hospitalière avec d'autres cultures managériales.

Le décret du 11 mars 2010 a précisé leurs conditions d'emploi<sup>14</sup>. La composition du comité de sélection national n'est pas un gage d'ouverture à de nouveaux profils de dirigeants hospitaliers.

Le décret fixe un plafond de 10% au nombre des emplois de directeur qui leur sont ouverts. A la date de publication du présent rapport, seuls deux établissements, tous deux de petite taille, ont un directeur non fonctionnaire. La possibilité de diversifier les recrutements se heurte à deux difficultés :

- la grande spécificité du management hospitalier : il existe peu de candidats susceptibles de réunir les compétences nécessaires. La formation dont ils bénéficient avant leur prise d'emploi ne peut pas entièrement remplacer la connaissance de l'hôpital assise sur une expérience personnelle ;
- des postes relativement peu attractifs quant à leur statut et leur rémunération.

Si on juge réellement souhaitable de diversifier les profils des directeurs d'hôpitaux publics, il est nécessaire de définir une politique de recherche active de candidats. Le comité géré par le CNG chargé de piloter cette action et d'agréeer les candidats doit être composé de personnalités reconnues pour leurs compétences managériales au sein et à l'extérieur du monde hospitalier.

De manière plus générale, il est nécessaire de conduire une politique active de gestion des emplois de chefs d'établissements. Il faut pour cela établir des profils de directeurs en adéquation avec différents types ou situations d'établissements, constituer des viviers, définir des itinéraires professionnels.

Parallèlement à cette action, les conditions d'emploi des chefs d'établissement doivent être assouplies. En particulier, doit être ouverte la possibilité d'un détachement de directeurs statutaires sur des contrats, dans le cadre d'une mission particulière comme la conduite d'un projet de coopération ou la direction d'un établissement en crise.

L'accompagnement des projets de constitution de communautés hospitalières de territoire devrait comporter des mesures incitatives au bénéfice des directeurs des établissements concernés. Dans le cas contraire, ils seront peu enclins à coopérer.

La conduite de cette politique relève des compétences du Centre national de gestion (CNG) dont les moyens qu'il y consacre sont limités, essentiellement orientés vers les personnels de direction et médicaux placés en position de recherche d'affectation.

**Recommandation n°13 : Le cadre contractuel des chefs d'établissement devra être réservé à des candidats n'appartenant pas au corps de direction, sauf demande expresse d'un cadre du corps d'être détaché sur un contrat. Les termes du contrat sont fixés dans les mêmes conditions que celles définies pour les médecins contractuels (moyen terme).**

---

<sup>14</sup> Ils sont recrutés par contrat pour une durée de 3 ans renouvelable une fois. Ils doivent avant leur prise de fonction satisfaire à une formation. Les directeurs contractuels doivent au préalable avoir été agréés par le comité chargé, auprès du directeur général du CNG, de sélectionner les candidatures aux emplois de direction des établissements publics de santé. Ce comité est composé pour moitié de représentants syndicaux et institutionnels du corps des directeurs d'hôpital, pour l'autre moitié de représentants de l'administration de la santé, auxquels s'ajoute une personnalité qualifiée en recrutement

**Recommandation n°14 : Le détachement de directeurs statutaires sur des contrats devra être possible pour la réalisation de missions particulières, notamment pour favoriser les coopérations (court terme).**

#### **4. LA COMMUNAUTE MEDICALE ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS ONT DES RESPONSABILITES NOUVELLES DANS LA POLITIQUE DE LA QUALITE**

##### ***4.1. La commission médicale d'établissement doit jouer un rôle majeur dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins***

La commission médicale d'établissement (CME) est clairement positionnée par la loi HPST sur la conception et la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La priorité donnée à la gestion de la qualité des soins a été accueillie favorablement dans beaucoup d'établissements. Elle est un levier dans les mains de la communauté médicale pour orienter l'organisation et le fonctionnement global de l'hôpital sur des objectifs à caractère médical, au service de la prise en charge des patients.

La gestion de la qualité repose sur des personnels très qualifiés, dispersés selon leur compétence dans différentes structures de l'établissement et souvent coordonnés par une direction de la qualité. Les compétences nouvelles de la CME exigent qu'elle soit en mesure d'orienter l'activité de ces personnels.

Par ailleurs certaines personnalités auditionnées jugent souhaitable que la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins soit élaborée et mise en œuvre à l'échelle des territoires de santé.

**Recommandation n°15 : En matière de qualité, le président de la CME devra disposer des ressources qualité et gestion des risques de l'établissement pour élaborer et mettre en œuvre, avec la CME et l'appui du directoire, la politique d'amélioration de la qualité des soins (court terme).**

##### ***4.2. L'existence institutionnelle de la CME dans les établissements privés doit être confortée***

La conférence médicale a été créée dans les établissements de santé privés à caractère commercial par la loi hospitalière de 1991. Leur régime juridique et la définition de leur mission étaient restés inchangés jusqu'à la loi HPST.

La conférence médicale des établissements privés a désormais les mêmes compétences que la CME des établissements publics dans le domaine de la qualité, de la sécurité et des conditions d'accueil et de prise en charge.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Article L 6144-1 CSP - Dans chaque établissement public de santé, la *commission médicale d'établissement* contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Article L6161-2 - La *conférence médicale* contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

En outre, la conférence médicale est consultée avant la signature avec l'ARS du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de ses avenants, ainsi que sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice de missions de service public.

Dès 1999, le conseil national de l'ordre des médecins « s'étonnait » que « des moyens juridiques et financiers n'aient pas été prévus pour permettre aux conférences médicales d'exercer leurs missions. Effectivement, elles n'ont pas la personnalité juridique, ne disposent d'aucune dotation budgétaire pour mener à bien leur action. »

La conférence nationale des présidents de CME de l'Hospitalisation privée a réitéré dans le cadre de son audition par le comité la demande que la personnalité juridique soit conférée aux conférences médicales. Elle souhaite que des moyens de fonctionnement leur soit attribués, en particulier pour rétribuer le temps médical consacré aux différentes commissions et instances à caractère médical.

Sans nécessairement leur conférer la personnalité juridique, il est souhaitable de conforter l'assise institutionnelle des conférences médicales. Elles devraient en particulier être représentées en tant que telles dans les instances consultatives auxquelles les établissements de santé privés sont appelées à participer. Elles devraient également être partie prenante dans tous les engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins.

La communauté médicale joue désormais un rôle essentiel dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Dans les hôpitaux publics, un temps médical identifié est consacré à la coordination de cette politique. Le temps consacré aux fonctions de président de CME est désormais reconnu dans les établissements publics.

Il ne serait donc pas injustifié, dans le processus de convergence tarifaire, que le coût des activités médicales à caractère transversal dans les établissements de santé privés comme dans les établissements de santé publics soit identifié et que le temps qui leur est consacré par les médecins de ces établissements puisse être indemnisé.

**Recommandation n°16 : L'existence institutionnelle des conférences médicales des établissements de santé privés devra être renforcée pour leur permettre de participer plus activement aux instances sanitaires (moyen terme).**

#### ***4.3 Les représentants des usagers ont une légitimité distincte de celle des représentants des collectivités territoriales***

Le comité a débattu des rôles respectifs des représentants des collectivités et des représentants des usagers pour être les porte-paroles des préoccupations de la population.

La légitimité des représentants des collectivités est incontestable : ils sont interpellés par la population pour l'organisation des services publics locaux et lui rendent des comptes dans le cadre des élections.

Les représentants des usagers se situent sur un autre plan : celui de l'accès aux soins, de l'accueil, de la qualité et de la sécurité des soins. La loi leur confère sur ces sujets un rôle spécifique, notamment au sein de la commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

La CRUQPC est chargée du traitement des plaintes, de l'analyse du résultat des enquêtes de satisfaction et se prononce sur la politique d'amélioration de la qualité de l'établissement. Il est important que la CRUQPC, comme la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, soit étroitement associée à l'élaboration du programme annuel d'action pour « *l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* » dont l'élaboration a été confiée à la CME par la loi HPST. Ce programme annuel doit prendre en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la CRUQPC.

Il est souhaitable que les deux instances soient en mesure de conduire un travail en commun pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme annuel d'action. L'article R1112-81 CSP, permet à la CME d'être représentée au sein de la CRUQPC. Il est souhaitable que cette possibilité devienne la règle, afin qu'une relation permanente s'établisse entre les deux commissions. Cette demande a été formulée dans les Pays de Loire.

Les représentants des usagers dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé sont désignés par le préfet du département dans lequel se situe l'établissement. Leur nomination par le préfet n'est pas conforme à la volonté de conférer aux directeurs généraux d'ARS une compétence globale sur le fonctionnement des établissements et la délivrance de l'agrément aux associations à vocation régionale.

Il serait par ailleurs souhaitable que des moyens pérennes soient attribuées aux associations agréées en santé, afin qu'elles puissent agir pour améliorer l'information, la formation et le travail inter associatif de leurs représentants dans les instances des établissements de santé. Faute de ces moyens, les associations ne pourront jouer pleinement le rôle qui leur est reconnu par la loi.

**Recommandation n°17 : Les représentants des usagers devront être invités par la CME, au moins une fois par an, à débattre de la politique de qualité des soins et d'accueil des usagers tant dans les établissements publics que dans les établissements privés (court terme).**

**Les organes de gestion des établissements de santé privés devront comprendre des représentants des associations d'usagers (court terme).**

**Les représentants d'associations d'usagers au conseil de surveillance de l'établissement devront être désignés par le DG d'ARS (court terme).**

## 2<sup>e</sup> PARTIE :

# L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT

Un des enjeux majeurs de la loi HPST est de décroiser le système de santé.

L'hôpital a eu historiquement tendance à se replier sur lui-même. Son fonctionnement doit désormais être apprécié au regard de sa capacité à se coordonner avec les autres acteurs du système de santé. Les agences régionales de santé (ARS) doivent s'attacher à favoriser cette évolution.

Le comité a examiné les conditions dans lesquelles les ARS se sont installées. Il s'est penché sur les modifications des instruments de coopération introduites par la loi.

Il s'est également attaché à apprécier la qualité des liens entre l'hôpital et son environnement, en particulier avec l'Université, pour la réalisation de ses missions de formation et de recherche.

### 1. LE LIEN ENTRE L'HOPITAL ET LE SERVICE PUBLIC EST RENOVE

Antérieurement à la loi HPST, le service public hospitalier était assuré par les établissements publics de santé. Les établissements privés non lucratifs pouvaient demander à y participer. Le service public pouvait également être concédé à des établissements privés à caractère commercial, mais le recours à la concession de service public hospitalier avait un caractère exceptionnel.

Désormais, le service public hospitalier n'est plus attaché à un statut d'établissement. Il est défini par une liste de 14 missions que tous les établissements de santé peuvent être appelés à assurer en tout ou partie.

Le comité souhaite réaffirmer la vocation première des établissements publics de santé à garantir la mise en œuvre des missions de service public définies par la loi. Aux termes de la loi HPST, ce n'est que « *lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne la ou les personnes qui en sont chargées.* »

Le comité juge souhaitable que les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) soient étroitement associés à l'exécution des missions de service public. En cas de carence dûment constatée par le directeur de l'ARS, une mission de service public peut légitimement être attribuée à un établissement de santé privé à but lucratif, à la condition que son exercice soit régulièrement contrôlé.

Le comité est intervenu auprès du ministre de la santé pour que ne soit pas publié un projet de décret qui définissait une procédure de mise en concurrence pour l'attribution des missions de service public. Il demandait ainsi que soient respectés l'esprit et la lettre de la loi. Le ministre de la santé a suivi la recommandation du comité.

## 2. LE STATUT DES STRUCTURES DE COOPERATION HOSPITALIERE EST RENFORCE

La loi HPST a créé une nouvelle structure de coopération, la communauté hospitalière de territoire. Elle a également profondément modifié le régime des groupements de coopération sanitaire.

### *2.1. La communauté hospitalière de territoire est constituée par une convention qui ne lui confère pas la personnalité juridique*

Dans le domaine des coopérations, la communauté hospitalière de territoire (CHT) est l'innovation la plus visible de la loi HPST. Cette nouvelle forme de coopération entre établissements publics de santé est la conséquence du constat de la fragilité de l'hôpital public dans certains territoires. Elle offre aux établissements publics la possibilité d'une stratégie de groupe et constitue une alternative aux regroupements avec les établissements privés. La constitution d'une CHT contribue à donner aux établissements qui la constituent une image de dynamisme et de solidarité. Le comité a pu constater que beaucoup d'établissements se sont mobilisés. En particulier lui ont été présentés, dans le cadre ses déplacements, les projets de CHT constitués autour du centre hospitalier de Beauvais, autour du CHU de Clermont-Ferrand, ainsi que la CHT constituée entre le CHU de Nancy et le CHR de Metz qui ont permis de renforcer et de donner une existence institutionnelle à l'organisation d'un territoire. Dans les deux premiers cas, il s'est agit d'organiser les activités de recours et, dans le dernier cas, d'organiser les activités de soins et de recherche entre les établissements de Metz et de Nancy.

La loi HPST fait disparaître le syndicat inter-hospitalier qui a été depuis des décennies le support « naturel » de la coopération entre hôpitaux publics dans des domaines non directement liés à la prise en charge des patients. De même disparaît la communauté d'établissement créée par la loi hospitalière de 1991, qui était historiquement la première structure d'organisation commune d'activités médicales.

Contrairement aux groupements de coopération sanitaire dont la vocation est de regrouper des établissements de statut différent, les CHT sont réservées aux seuls établissements publics. Les établissements privés non lucratifs peuvent seulement leur être associés au moyen d'une convention particulière. Les établissements médico-sociaux peuvent être associés aux actions menées dans le cadre d'une CHT.

La CHT a rencontré une certaine adhésion de la part du monde hospitalier. L'idée d'une organisation à l'échelle du territoire paraît correspondre à une aspiration réelle. Les hospitaliers y voient une chance de dépasser les concurrences entre établissements et de favoriser une organisation plus rationnelle de l'offre de soins.

Le comité estime qu'il est nécessaire de conférer la personnalité juridique à la communauté hospitalière de territoire. Dans la situation actuelle, la CHT ne peut pas être le support juridique de la mise en commun d'activités cliniques, médico-techniques ou logistiques. Pour constituer un tel support, les établissements participant à une CHT doivent actuellement créer un ou plusieurs groupements de coopération sanitaire (GCS).

Faute de bénéficier de la personnalité morale, la CHT risque de n'être qu'une coquille vide ou fragile. Les coopérations se concrétiseront à travers des GCS, avec un risque de multiplication de groupements spécialisés avec, le cas échéant, des partenaires différents. La conséquence en serait la dilution de la dimension territoriale dans des coopérations à géométrie variable. L'idée de groupes hospitaliers publics de territoire perdrait en ce cas de sa substance.

**Recommandation n°18 : Les communautés hospitalières de territoire devront pouvoir, à leur demande, bénéficier de la personnalité morale. Le modèle fédératif doit être privilégié avec une gouvernance simplifiée respectant les identités de ses membres. Les établissements médico-sociaux publics peuvent être membres à part entière des CHT (court terme).**

Une autre disposition fait problème : celle qui limite la participation des établissements à une seule CHT. L'objectif de cette disposition est d'éviter la multiplication de structures à géométrie variable. Cette disposition apparaît inadaptée dans deux cas portés à la connaissance du comité :

- les établissements hospitalo-universitaires, en particulier les plus importants d'entre eux, notamment en Ile de France, dont il serait souhaitable qu'ils puissent intégrer plusieurs CHT correspondant à des aires d'attractivité distinctes ;
- l'organisation de la psychiatrie, pour laquelle, comme c'est le cas dans le contexte parisien, les professionnels et les établissements souhaitent favoriser une organisation à l'échelle d'un territoire de santé.

**Recommandation n°19 : Les centres hospitaliers régionaux devront pouvoir participer à plusieurs CHT. De la même manière les centres hospitaliers membre d'une CHT peuvent également participer une autre CHT dédiée aux activités de psychiatrie (court terme).**

## ***2.2. L'évolution du régime des groupements de coopération sanitaire est contestable***

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) a été créé par l'ordonnance du 24 avril 1996 pour favoriser la coopération entre établissements publics de santé et établissements privés. Depuis sa création, son régime juridique a connu de nombreuses modifications qui ont fait progressivement du GCS la structure de droit commun pour l'organisation de coopérations entre acteurs du système de santé de statuts différents. S'il doit comprendre au moins un établissement de santé public ou privé, il peut être constitué avec des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société.

Deux dispositions de la loi HPST relatives aux GCS posent problème : celles relatives à la détermination du statut de droit public ou de droit privé du groupement, et celles relatives aux GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins.

### **2.2.1. La liberté nécessaire dans le choix du statut public ou privé**

Dans le régime antérieur à la loi HPST, le GCS était de droit public lorsqu'il n'était composé que de personnes de droit public. Il était de droit privé quand il n'était composé que de personnes de droit privé. Si sa composition était mixte, regroupant personnes de droit privé et de droit public, les membres pouvaient opter librement pour l'un ou l'autre des statuts. Le choix devait figurer dans la convention constitutive du groupement.

Désormais, quand la composition du groupement est mixte, le caractère de droit public ou de droit privé est déterminé soit par la majorité des apports, quand le GCS est constitué avec capital, soit par la majorité de la participation aux charges de fonctionnement.

Les auditions menées par le comité, notamment à l'occasion des déplacements en régions, montrent que, lorsque le GCS est constitué de partenaires publics et privés, ces derniers affichent une forte préférence pour le statut de droit privé, ce qui rend quasi inopérant le dispositif de la loi HPST.

Le texte de la proposition de loi adopté en première lecture rétablit la situation antérieure à la loi HPST, c'est-à-dire la liberté de choix du statut public ou privé dès lors que le GCS regroupe des personnes de droit public et des personnes de droit privé.

### **2.2.2. Le régime du GCS établissement de santé doit être adapté**

Le GCS est « érigé<sup>16</sup> » en établissement de santé dès lors que lui est délivrée une autorisation d'activité de soins. Dans son principe, cette érection permet logiquement de soumettre le GCS à l'ensemble des règles qui s'imposent à l'organisation des activités de soins hospitaliers. Elle permet au GCS de facturer directement à l'Assurance-maladie les activités de soins autorisées.

Le problème réside dans le fait que, dès qu'un GCS de droit public est érigé en établissement de santé, il devient un établissement public de santé, emportant l'application de l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement interne de ces établissements. La conséquence de cette mutation est la disparition de la participation des éventuels partenaires privés dans les instances du nouvel établissement. Disparaît de ce même fait, la dimension de coopération entre les établissements à l'origine de la création du GCS.

La liberté d'option du statut du GCS réintroduite par la proposition de loi, atténue les inconvénients de l'érection en établissement de santé. Il serait cependant souhaitable de revenir à la situation antérieure dans laquelle le GCS, sans être un établissement de santé pouvait en assurer les missions. Il devrait en être de même pour le groupement de coopération social et médico-social (GCSMS).

## **3. LES INSTANCES DE PILOTAGE SONT COHERENTES ET DOIVENT ETRE CONSOLIDEES**

En regroupant sous la seule autorité de l'ARS les compétences exercées antérieurement par 7 organismes différents, l'objectif du législateur est de créer les conditions d'un remodelage du système de santé. Les ARS ont été conçues pour mettre en cohérence prévention et soins, soins hospitaliers et soins ambulatoire, activités sanitaires et activités médico-sociales. Elles sont aussi l'expression d'un consensus pour faire de la région le niveau privilégié pour la conduite des politiques de santé.

### ***3.1. Le pilotage national et régional des agences régionales de santé doit être un pilotage stratégique***

La loi HPST a créé un conseil national de pilotage des ARS (CNP) dont le rôle est de déterminer les orientations de l'action des agences et d'approuver l'ensemble des instructions adressées par les administrations centrales à leurs directeurs généraux.

En l'absence des ministres, le conseil est présidé par le secrétaire général des ministères sociaux<sup>17</sup> qui en assure le secrétariat. Il regroupe les directeurs d'administration centrale concernés<sup>18</sup>, ainsi que le directeur du budget, le chef de l'inspection générale des affaires sociales, les directeurs des caisses nationales des trois grands régimes d'assurance maladie (général, agricole et indépendants), ainsi que le directeur général de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le CNP se réunit deux fois par mois et ses membres ne peuvent pas se faire représenter.

L'intérêt du CNP est indéniable : il constitue un lieu de débat et de décision pour les différentes administrations et organismes en charge de la conduite de la politique de santé. Il constitue à certains égards le pendant national des compétences régionales des ARS.

---

<sup>16</sup> C'est le terme qui figure dans le texte de la loi HPST

<sup>17</sup> Aux termes de la loi HPST, les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres. En pratique en vertu de l'article D1433-1 CPS, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales préside le conseil national de pilotage en l'absence des ministres.

<sup>18</sup> Direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la cohésion sociale, direction de la sécurité sociale, direction des affaires financière, juridiques et de services, direction des ressources humaines

Le CNP a aussi pour fonction de réguler le flux d'instructions aux ARS. En son absence, on aurait pu craindre, de la part de l'administration centrale, la tentation de multiplier des demandes non coordonnées, parfois contradictoires. Malgré le filtre opéré par le CNP, 300 instructions ont été adressées aux ARS au cours de la période du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 2010.

Dans la phase de mise en place des ARS, un pilotage très serré était nécessaire, à la hauteur des enjeux d'une réforme de cette ampleur. Passée la phase initiale, les directeurs généraux d'ARS doivent bénéficier dans la définition d'une politique régionale de santé d'une importante marge d'autonomie qui ne soit pas bridée par des instructions trop nombreuses et trop détaillées.

**Recommandation n°20 : Le pilotage des ARS doit être resserré autour du secrétaire général des ministères sociaux. Son action est essentiellement stratégique et non pas gestionnaire. Il est indispensable de laisser le maximum de marge de manœuvre aux directeurs généraux d'ARS, notamment en matière financière (court terme).**

**Recommandation n°21 : L'action du conseil national de pilotage devra être évaluée. Cette évaluation pourrait conduire à la création, sous tutelle des ministres concernés, d'une véritable structure de pilotage national de la mise en œuvre de la politique de santé. Il s'agit de mettre fin aux rivalités entre les différentes institutions, y compris l'assurance maladie (moyen terme).**

La conception des ARS est vécue par les acteurs du système de santé comme très étatique, d'autant que leur création se conjugue avec la transformation des hôpitaux publics en établissements publics de l'Etat. Certains évoquent une « verticalisation » du système voire une « étatisation des hôpitaux ».

Le pilotage du système de santé par l'échelon régional – ou par les Etats dans les pays fédéraux – est une situation très fréquente dans les pays européens. Telle n'a pas été l'évolution choisie dans notre pays. Sans remettre en cause cette option, une association plus importante des élus au fonctionnement des ARS serait une orientation positive.

En outre, le comité a été sensibilisé, en particulier en régions Pays de Loire, Languedoc Roussillon et Rhône Alpes sur la nécessité de l'instauration de relations étroites entre les préfets de départements et les délégués territoriaux de l'ARS, en particulier en raison des compétences partagées pour la gestion des crises sanitaires et dans la relation avec la collectivité départementale. Il est sans doute nécessaire que les Préfets de Région et les DG d'ARS aient une réflexion commune à ce sujet.

**Recommandation n°22 : Le DG d'ARS doit informer régulièrement les parlementaires sur sa conduite du programme régional de santé (court terme).**

**La présidence du conseil de surveillance de l'ARS pourrait être confiée à un élu ou à une personnalité qualifiée. Le préfet de Région deviendrait commissaire du gouvernement de l'ARS disposant d'un droit de veto (moyen terme).**

### **3.2. *L'assurance maladie doit être un acteur à part entière des agences régionales de santé***

Les déplacements du comité en régions ont fait clairement apparaître les réticences de l'assurance maladie, tout particulièrement le régime général, dans le fonctionnement des agences régionales de santé. Son attention a notamment été attirée sur deux points :

- Les personnels de l'assurance maladie mis à la disposition des agences régionales de santé se jugent défavorisés dans le déroulement de leur carrière ;

- Surtout, le fonctionnement centralisé et très hiérarchisé est un obstacle à la collaboration des caisses primaires d'assurance maladie avec l'ARS pour la définition et la mise en œuvre des programmes régionaux de gestion du risque. Rien n'est envisageable pour un responsable de caisse primaire qui ne soit pas prévu dans une « lettre réseau » du directeur général de la CNAM.

Le fonctionnement centralisé de l'assurance maladie a clairement été mis en évidence dans le financement des URPS, retardé faute de la « lettre réseau » qui doit en fixer les modalités.

Il est indispensable à un bon fonctionnement des ARS et à une participation positive de l'assurance maladie à la régulation du système de santé que le mode de management du réseau des caisses locales évolue dans le sens d'une plus grande autonomie.

### **3.3. *Les directeurs généraux des ARS sont confrontés à un important enjeu managérial***

Les agences régionales de l'hospitalisation créées en 1995 avaient été conçues comme des structures légères. Il s'agissait de groupements d'intérêt public constitués entre l'Etat et l'Assurance-maladie qui, selon la taille de la région, employaient 10 à 20 personnes. Dans le domaine du management public, les ARH ont été très innovantes : une petite équipe, dédiée à un domaine circonscrit, l'hospitalisation, faisait travailler pour son compte les personnels de divers services de l'administration de l'Etat et de l'Assurance-maladie. Sur de nombreux sujets, l'ARH était amenée à coopérer, à négocier et à convaincre. La pertinence de leur action et la qualité des relations qu'elles avaient développées avec le milieu hospitalier public et privé étaient reconnues.

L'ARS est un retour au modèle traditionnel : elle est constituée en établissement public de l'Etat, qui a en propre la plénitude de ses moyens. Elle rassemble des personnels nombreux – plusieurs centaines de personnes dans les plus petites régions, plus d'un millier en Ile-de-France – d'origine et de statuts divers. Ces personnels, à la différence des membres des équipes rapprochées des ARH, n'ont pas tous choisi d'intégrer l'ARS.

Le regroupement au sein d'une même structure de personnels de cultures professionnelles diverses peut être une richesse et peut permettre aux ARS de renouveler les approches dans la conduite des politiques de santé. L'attention que les directeurs généraux d'ARS porteront à la bonne intégration de tous ces personnels sera déterminante pour le bon fonctionnement des agences. Une harmonisation des statuts des personnels des ARS est nécessaire, faute de quoi, des tensions risquent de se développer. On les a déjà vu apparaître au sujet de la rémunération des astreintes, différentes selon qu'il s'agit de personnels de l'Etat ou de personnels de l'Assurance-maladie.

La constitution de structures de grande taille fait courir un risque de dérive bureaucratique. Le rôle des ARS est principalement d'animer des politiques. Il ne faudrait pas que la gestion de procédures administratives et financières, au demeurant nécessaires, soit utilisée pour créer une distance entre l'ARS et les acteurs du système de santé. Ce risque a été souligné par les responsables hospitaliers interrogés, notamment sur le terrain. Ils constatent, en particulier, des difficultés d'accès aux vrais responsables et un allongement des délais de réponse à leurs demandes.

### **3.4. *Les ARS disposent de leviers financiers limités***

Une tentation constante de l'administration centrale du ministère de la santé consiste à orienter strictement les moyens mis à la disposition des régions. La vie des ARH a été ponctuée par le ciblage de marges régionales pour l'exécution des plans de santé publique définis au niveau national.

Un facteur majeur du succès de l'action des ARS sera les marges financières dont elles disposeront pour orienter le fonctionnement du système de santé dans leur région.

Il est dès à présent nécessaire de définir des enveloppes régionales globalisant l'ensemble des moyens d'intervention, de fonctionnement et d'investissement des différents champs d'intervention : santé publique, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers, médico-social.

Certains estiment que dans un second temps on doit s'orienter vers la définition d'objectifs régionaux des dépenses d'Assurance-maladie (ORDAM). Outre l'effet de décloisonnement, les ORDAM responsabiliseront les directeurs généraux d'ARS sur le maintien des équilibres financiers de l'assurance maladie.

La définition d'ORDAM devra s'accompagner d'un accroissement des marges régionales de négociation – dans un cadre défini par une négociation nationale – sur les modes de rémunération des structures et des professionnels de santé, en lien avec les objectifs régionaux d'organisation des soins, ainsi que de pertinence et de qualité des prestations.

**Recommandation n°23 : Les ARS doivent bénéficier d'une importante fongibilité de leurs moyens d'intervention (court terme).**

**Le financement de la santé devra évoluer vers la définition d'objectifs régionaux des dépenses de l'assurance-maladie (moyen terme).**

### **3.5. Les ARS ont un double rôle : conduire d'une politique régionale de santé et piloter l'hospitalisation publique**

La loi HPST a renforcé le lien entre l'Etat et l'hôpital public. Elle a clairement placé les hôpitaux sous la responsabilité des agences régionales de santé. Mais la mission principale des ARS est le pilotage du système régional de santé.

Les ARS doivent donc concilier deux rôles de nature très différente : un rôle de management régional de l'hôpital public et un rôle de régulateur du système de santé.

L'hôpital, en raison des masses financières en jeu et de sa technicité, est un puissant levier dans les mains du directeur d'ARS pour la mise en œuvre de la politique régionale et pour renforcer les relations entre la ville et l'hôpital. Mais on peut craindre que, responsable direct du bon fonctionnement de l'hôpital public, il ait tendance à lui réserver un traitement privilégié. Il pourrait ainsi favoriser les tendances à l'hospitalo-centrisme, les autres acteurs du système de santé risquant ainsi de se crispier sur les cloisonnements traditionnels.

Les ARS devront être très attentives à bien séparer leur rôle de garant du bon fonctionnement économique et institutionnel de l'hôpital et celui de régulateur du système de santé.

Un syndicat des personnels hospitaliers a évoqué la nécessité de mettre en place, auprès de l'ARS, une cellule d'accompagnement des personnels concernés par les restructurations du système de soins. Cette demande a été réitérée auprès du comité lors de son déplacement en Pays de Loire.

## **4. LES LIENS ENTRE L'HOPITAL ET L'UNIVERSITE DOIVENT ETRE RENFORCES**

Les universités ont bénéficié de profondes mutations législatives antérieurement à la loi HPST.

La mise en place du LMD pour l'ensemble des personnels de santé renforce le lien entre l'hôpital et l'Université. Le caractère professionnel de ces formations doit être affirmé et, comme pour les professionnels médicaux, l'équilibre entre savoirs théoriques et connaissances pratiques est indispensable.

L'impact de l'enseignement et de la recherche sur l'attractivité des carrières aujourd'hui et la qualité des soins de demain, les liens étroits entre la recherche fondamentale et la recherche clinique, entre l'enseignement théorique et le savoir pratique fondent la synergie soin-enseignement-recherche.

La création des instituts hospitalo-universitaires doit être prise en compte dans le fonctionnement des établissements hospitaliers concernés.

Le lien entre les activités de soins et les activités d'enseignement et de recherche est formalisé dans les conventions hospitalo-universitaires et décliné à la fois dans le CPOM du CHU et dans le volet hospitalo-universitaire du contrat quadriennal –bientôt quinquennal – des universités. L'intérêt de leur déclinaison dans les contrats de pôles, ainsi que dans les objectifs définis pour des médecins statutaires et les praticiens cliniciens a déjà été souligné.

Aux termes de la loi HPST, les directeurs des UFR de médecine et les responsables de la recherche sont membres de droit du directoire des centres hospitaliers universitaires, en qualité de vice-présidents. Les directeurs d'UFR assistent également, avec voix consultative, au conseil de surveillance des CHU.

Afin de clarifier les liens entre les stratégies, programmes et actions des différents acteurs de la recherche et de l'enseignement en santé, la représentation des CHU et des universités dans leurs instances de pilotage respectives doit être renforcée.

**Recommandation n°24 : Le président de l'université ou son représentant doit être membre du conseil de surveillance des CHU. Le DG du CHU doit être membre du Conseil d'administration de l'Université et des conseils de gestion des UFR concernées (court terme).**

Au niveau national, un représentant des directeurs généraux de CHU est actuellement membre du conseil d'administration de l'Inserm et de l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN). Il serait souhaitable qu'un représentant des présidents de CME de CHU soit également désigné. De même dans les instances nationales de pilotage de l'ANR (financeur de la recherche) et de l'AERES (évaluateur de la recherche et de l'enseignement en santé).

Au niveau régional, les universités et les CHU doivent participer aux décisions de l'ARS qui concernent l'enseignement et la recherche. Plusieurs commissions existent déjà pour l'évaluation des besoins de formation et leur organisation. Certaines auditions, par exemple en Languedoc-Roussillon et Franche Comté, pointent le risque de redondance.

**Recommandation n°25 : Une commission régionale compétente sur les questions d'enseignement et de recherche relevant de l'ARS doit être créée auprès du DG de l'ARS et se substituer aux commissions existantes. Elle doit associer l'Université, les CHU, les EPST et l'ARS. Elle doit être présidée par le directeur de l'UFR. Elle doit donner un avis sur l'attribution aux établissements de santé des missions de service public qui la concernent. L'évaluation des besoins de formation et l'organisation des stages d'internes doit également relever de sa compétence (moyen terme).**

## **3<sup>e</sup> PARTIE :**

# **LE DECLOISONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

Le comité a tenté d'apprécier l'adéquation du contenu de la loi HPST à l'objectif de décloisonnement du système de santé. Il s'est intéressé à la démarche de planification en santé, aux conditions d'exercice des professionnels de santé. Il a fait un point particulier sur l'organisation de la prise en charge des patients souffrant de pathologies mentales.

En créant les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), la loi HPST a fait un pas important dans le sens du renforcement des relations entre médecins et professionnels paramédicaux et de leur capacité à s'organiser en commun pour améliorer les conditions de prise en charge des patients.

### **1. LES INSTRUMENTS DE PLANIFICATION ET LE REGIME DES AUTORISATIONS DOIVENT EVOLUER POUR FAVORISER LE DECLOISONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

En redéfinissant les outils de planification, le législateur a souhaité favoriser la bonne articulation entre les différents volets de la politique régionale de santé. Cependant, tant les outils de planification que la définition des territoires de santé restent marqués par des logiques traditionnelles.

#### ***1.1. Des territoires de grande taille sont mal adaptés à la volonté de décloisonner le système de santé***

Dès l'année 2010, un nouveau découpage des territoires de santé a été opéré par les agences régionales de santé. La taille de ces territoires est en forte augmentation par rapport à un premier découpage réalisé en 2006. Ils comptent en moyenne plus de 600 000 habitants contre 370 000 dans le précédent découpage.

En cohérence avec les compétences des ARH, le découpage de 2006 était fondé sur une logique hospitalière. Les territoires s'organisaient à partir des hôpitaux de référence équipés d'un plateau technique complet, autour desquels gravitaient des hôpitaux de proximité. L'appartenance d'un établissement à un territoire était déterminée par l'étude des flux de patients. Les projets de territoire devaient définir les relations entre établissements d'un même territoire.

Dans beaucoup de régions, le nouveau découpage correspond au découpage départemental voire régional comme en Franche Comté et Limousin. La préoccupation institutionnelle – la relation avec les conseils généraux pour les actions médico-sociales et la relation avec les préfets de département – semble avoir pris le pas sur la logique sanitaire. La cohérence territoriale de la planification sanitaire risque d'en souffrir. Ceci n'est pas conforme aux objectifs fixés par le législateur.

Certaines régions ont défini des territoires à deux niveaux – ou même à trois niveaux comme en Auvergne – dont un niveau de proximité. Ce modèle a l'intérêt majeur de favoriser la problématique de l'organisation des soins de premier recours et de leur articulation avec le système hospitalier et les structures médico-sociales. C'est à ce premier niveau que s'organisent la permanence des soins et les services aux personnes dépendantes et que se définissent les actions de prévention et d'éducation à la santé.

### ***1.2. Les outils de planification sont fondés sur les découpages techniques traditionnels***

La loi HPST prévoit l'élaboration de quatre documents de planification : le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation des soins, le schéma régional médico-social et le programme régional de gestion du risque. Ces documents doivent se décliner en programmes.

L'approche sectorielle de la planification – même si un projet régional de santé est prévu pour chapeauter ces quatre documents – n'apparaît pas pleinement cohérente avec l'optique de décloisonnement de la loi HPST.

Pour favoriser l'objectif de décloisonnement du système de soins il sera important d'impliquer fortement les médecins hospitaliers et libéraux et les autres professionnels de santé dans l'élaboration de projets de santé de territoires. La discussion entre professionnels sera la meilleure manière de garantir leur implication dans les changements à opérer dans leurs modes de fonctionnement. Cette nécessité est clairement apparue dans le cadre de la visite du comité en Auvergne, notamment dans la relation entre prescripteurs hospitaliers et pharmaciens d'officine pour anticiper la sortie des patients de l'hôpital.

Deux des régions visitées par le comité, la Franche-Comté et la Martinique, ont mis en place des dispositifs informels de concertation autour des présidents de CME publics et privés visant à promouvoir la mise en œuvre d'un projet médical de territoire. Ces initiatives ont permis, dans le même temps, un dialogue avec les médecins de ville et, dans certains cas, avec les médecins intervenant dans les structures médico-sociales. Ces initiatives sont encouragées par le comité.

Le comité a rencontré les responsables du service central de santé des Armées qui dispose de 9 hôpitaux militaires et de nombreux médecins exerçant dans les bases et casernes. Le service de santé des armées souhaite clairement participer aux missions de service public dans les territoires d'implantation de ses structures, à la condition que cela ne porte pas atteinte à l'accomplissement de ses missions militaires.

### ***1.3. Les structures médico-sociales sont partie intégrante du système de santé***

La loi HPST a rassemblé dans les mains du directeur général de l'ARS les compétences qui étaient antérieurement celles de l'Etat dans le domaine de la santé et dans le domaine médico-social. Il est important que les ARS s'investissent pleinement dans le domaine des activités médico-sociales.

La nécessité d'une plus grande intégration des structures médico-sociales dans le système de santé ne fait aucun doute, tant pour la prise en charge du handicap physique, sensoriel et psychique, que pour la prise en charge des malades chroniques et des personnes âgées. Elle doit permettre de fluidifier le parcours du patient et d'éviter les attentes ou le placement dans des structures ou des services inadaptés.

Dans le domaine médico-social, les compétences restent partagées entre l'ARS et les départements. Les schémas régionaux médico-sociaux sont un des quatre volets thématiques du projet régional de santé. Ils sont établis et actualisés au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région.

Aux termes de la loi HPST, ils doivent « *veiller à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé* ».

Il est à craindre que les agences régionales de santé soient confrontées à d'importantes difficultés pour articuler des dispositifs élaborés par des autorités distinctes.

L'intégration par la loi HPST du médico-social dans les compétences des ARS et du projet régional de santé est une étape importante. Elle risque cependant de trouver ses limites si ne se mettent pas en place des dispositifs transversaux favorisant une organisation rationnelle du parcours des patients et la prise en compte des dimensions sociale et médicale de leur prise en charge.

#### ***1.4. Le régime des autorisations doit être mis au service des coopérations***

Afin d'amplifier le mouvement, déjà important, des coopérations initiées par les différents acteurs de terrain, le comité propose de permettre, à chaque fois que cela est possible voire nécessaire, que les autorisations d'activité ou d'équipement soient portées par des structures juridiques de coopération.

**Recommandation n°26 : Les outils de planification en santé doivent évoluer pour favoriser la meilleure prise en charge des patients dans chaque territoire de santé. Le rôle des URPS dans les conférences régionales de santé est fondamental (moyen terme).**

## **2 LE DECLOISONNEMENT DES PROFESSIONS DE SANTE EST UNE NECESSITE.**

La loi HPST a assoupli les conditions d'exercice des médecins et des autres professionnels de santé à l'hôpital, en ouvrant le recours à des professionnels libéraux et en assouplissant le recours à des praticiens contractuels. Ces possibilités nouvelles sont de nature à rendre plus attractif l'exercice professionnel à l'hôpital, en particulier pour les établissements de proximité.

La loi a également entendu jeter des ponts entre l'exercice médical et celui des autres professionnels de santé, en donnant une place plus importante aux «services de santé» et en donnant une base légale à la «coopération entre professionnels de santé».

### ***2.1 L'exercice à l'hôpital de professionnels libéraux est facilité***

Au cours des dix dernières années, diverses mesures ont été prises pour tenter de rendre plus attractif l'exercice médical à l'hôpital. On peut citer l'alignement de la rémunération des attachés sur celle des praticiens hospitaliers ou la mise en place d'un dispositif de part salariale variable ...

La loi HPST poursuit cette évolution en rénovant les conditions d'exercice à l'hôpital des praticiens libéraux. Dans le régime antérieur à la loi HPST, le recours de l'hôpital à des médecins libéraux était possible dans deux cas :

- l'hôpital local pour lequel le recours à des praticiens libéraux était la règle ;
- la clinique ouverte, qui autorisait l'hôpital, pour une activité déterminée, à fonctionner comme un établissement privé en faisant intervenir des professionnels libéraux. La clinique ouverte, très critiquée par l'assurance-maladie, était pratiquement tombée en désuétude, en partie en raison de redevances prohibitives.

La loi HPST a supprimé tant la catégorie d'hôpital local que le dispositif de clinique ouverte. En contrepartie, elle a ouvert la possibilité pour des médecins, sages-femmes et odontologistes d'exercer à l'hôpital à titre libéral<sup>19</sup>, ainsi qu'aux auxiliaires médicaux libéraux.

La publication du texte d'application étant récente, il n'est pas encore possible d'évaluer l'impact de ce dispositif. Il est en particulier difficile de prévoir quels seront les profils des professionnels concernés : il peut s'agir de spécialistes ou de généralistes, de médecins libéraux insatisfaits de l'exercice dans un établissement privé, de professionnels qui souhaitent diversifier leur activité, de professionnels qui intervenaient dans un hôpital local et qui souhaitent poursuivre cet exercice dans les mêmes conditions ...

Un des intérêts du recours par l'hôpital à des professionnels de santé libéraux, qu'il s'agisse de médecins ou de professionnels paramédicaux, pourrait être de les intégrer à un projet local visant au décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, en lien, notamment, avec la création de maisons de santé et avec l'organisation de la permanence des soins.

## **2.2 Les coopérations entre professionnels de santé sont encouragées**

Sous la dénomination de « coopération entre professionnels de santé » la loi HPST a défini un dispositif qui permet à des professionnels de santé de déroger aux règles d'exercice spécifiques à chaque profession en s'engageant « dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ».

La faible présence médicale sur certains territoires sera sans doute un levier efficace pour le développement de ces « coopérations ». Ces coopérations sont aussi de nature à renforcer l'attractivité pour les professions paramédicales.

La loi HPST donne l'initiative aux professionnels dans un domaine où la démarche réglementaire était bloquée depuis plusieurs années du fait des réticences des représentants des professions à s'engager dans cette voie.

Les modalités de la coopération sont définies par un groupe de professionnels. Elles font l'objet d'un protocole dont l'ARS autorise la mise en œuvre après avis conforme de la Haute autorité de santé. Les protocoles de coopération peuvent être « étendus »<sup>20</sup> par la HAS à l'ensemble du territoire national. Dans ce cas l'ARS peut directement autoriser leur mise en œuvre.

Le législateur a entendu, par le double contrôle de l'ARS et de l'HAS, apporter des garanties à la fois aux professionnels et aux patients. La possibilité ouverte à l'HAS d'étendre les protocoles devrait permettre d'alléger progressivement les contrôles.

## **2.3 Les « services de santé » permettent le décloisonnement des professions et des modes d'exercice**

Sous l'appellation « Autres services de santé »<sup>21</sup> le code de la santé publique regroupe :

- les réseaux de santé, qui ont pour objet d'organiser des prises en charge, mais pas de prodiguer directement des soins ;
- les centres de santé d'initiative institutionnelle et fonctionnant avec des professionnels médicaux salariés ;

---

<sup>19</sup> Les professionnels libéraux concluent avec l'établissement un contrat d'une durée maximale de 5 ans, renouvelable par avenant. Ce contrat est soumis à l'approbation du directeur général de l'ARS. Les honoraires du praticien sont à la charge de l'établissement. Ils sont diminués d'une redevance dont le montant est fixé par voie réglementaire. La décision d'admission de professionnels libéraux revient au directeur, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement.

<sup>20</sup> Le modèle suivi par la loi HPST est celui des conventions collectives, que le ministre du travail peut « étendre » quand il juge son application souhaitable à l'ensemble d'une branche professionnelle.

<sup>21</sup> Par opposition aux « établissements de santé »

- les maisons de santé créées par des professionnels et fonctionnant sur le mode de l'exercice libéral ;

- les pôles de santé créés par la loi HPST qui permettent de regrouper des services de santé (maisons et centres de santé, établissements de santé, réseaux de santé, GCS, GCSMS) et des professionnels.

La proposition de loi en cours de discussion au Parlement apporte à ce dispositif deux éléments complémentaires : elle permet de conférer la personnalité juridique aux maisons de santé et crée avec la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), le support juridique de l'exercice commun de médecins et d'autres professionnels de santé.

Le comité s'est interrogé sur la pertinence du maintien de la distinction rigide entre maisons de santé et centres de santé.

Alors même que le législateur a entendu favoriser la mixité d'exercice médical, libéral et salarié à l'hôpital, il l'exclut dans les services de santé non hospitaliers. Elle serait pourtant une réponse à la demande des praticiens, et notamment des plus jeunes, d'un assouplissement et d'une diversification des modes d'exercice.

La mixité de l'exercice dans les services de santé non hospitaliers serait également en accord avec la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération des professionnels et pourrait permettre de marier plusieurs modes : salaire, rémunération à l'acte, forfaits liés à la prise en charge d'une population donnée. Les expérimentations en cours dans les Pays de Loire et en Franche Comté ont été évoquées devant le comité. Elles devraient contribuer aux évolutions nécessaires.

Le rapprochement des statuts favoriserait une évolution des centres de santé dont beaucoup sont confrontés à des difficultés de fonctionnement. Elle favoriserait également la création et le fonctionnement de structures dans des contextes où l'initiative des professionnels libéraux fait défaut, mais dans lesquels il est souhaitable de les faire participer.

Le comité a constaté dans ses visites en régions des difficultés de mise en place des URPS. Si les élections ont été organisées dans les délais prévus pour les professions dont les représentants sont élus, la désignation des représentants des autres professions a pris du retard. Les crédits de fonctionnement tardent également à se mettre en place. Le comité a cependant bien mesuré la volonté des acteurs concernés de s'investir dans ce dispositif.

Dans plusieurs régions visitées, les membres des URPS se sont plaints de l'importance des sollicitations de l'ARS pour la participation à des réunions. Les directeurs généraux d'ARS ont souligné que ces sollicitations ont un caractère conjoncturel, lié à la mise en place des ARS et à la préparation du projet régional de santé.

Les professionnels de santé rencontrés ont par ailleurs signalé la difficulté de disposer des informations médicales concernant les patients. Ils souhaitent la mise en place prioritaire de véritables systèmes d'information en santé partagés (SIS), faute de quoi le décroisement restera un vœu pieu.

**Recommandation n°27 : Les statuts des SISA, des centres de santé et des maisons de santé sont rapprochés pour favoriser la mixité d'exercice des professionnels et l'évolution des modes de rémunération des activités de soins. Un des objectifs de ce rapprochement des statuts devra être de favoriser l'égalité territoriale et financière dans l'accès aux soins (moyen terme).**

**La mise à disposition des moyens financiers doit être accélérée pour permettre aux URPS de fonctionner, ce que l'URCAM n'a pas été en mesure de faire (court terme).**

### 3 L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE EST UNE PROBLEMATIQUE PARTICULIERE

Dans les travaux préparatoires à la loi HPST, il a été décidé de réserver un traitement législatif particulier à l'organisation des activités de psychiatrie. Une commission a été constituée à cette fin dont la présidence a été confiée à monsieur Edouard COUTY.

Le rapport de la commission COUTY avait mis l'accent dans ses recommandations sur la nécessité d'intégrer dans une politique de santé mentale les différents aspects de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, des familles et de leurs proches.

Elle jugeait également nécessaire de définir réglementairement une organisation graduée des soins psychiatriques en trois niveaux : le niveau de proximité assurant les prises en charge extrahospitalières, le niveau du territoire de santé assurant l'hospitalisation complète, et le niveau régional ou interrégional d'expertise.

De nombreux professionnels de la psychiatrie estiment nécessaire une remise en ordre de l'organisation de la psychiatrie qui permette :

- une clarification des missions du secteur psychiatrique, qui a pour mission la prise en charge globale des patients, mais dont les pratiques sont très diverses et les conditions de prise en charge inégalitaires ;
- de repenser l'organisation de l'hospitalisation pour éviter la promiscuité dans les mêmes unités entre malades de gravité, de pathologies et d'âges différents, tout en limitant les hospitalisations éloignées du domicile des patients.

Ces impératifs doivent trouver leur traduction dans les volets psychiatrie et santé mentale des schémas régionaux d'organisation des soins, dans les contrats d'objectifs et de moyens des établissements ayant une activité de psychiatrie et dans les contrats de pôle de psychiatrie. En particulier, des objectifs relatifs aux délais de premier rendez-vous dans les centres médico-psychologiques doivent y figurer.

**Recommandation n°28 : L'organisation intersectorielle de l'hospitalisation complète en psychiatrie doit être favorisée. Le comité recommande de constituer de véritables communautés hospitalières de territoire en psychiatrie, pouvant intégrer des services de psychiatrie des établissements de santé non spécialisés. Une organisation commune des prises en charge des patients entre le secteur psychiatrique et les services sociaux doit être systématisée (court terme).**

## **4<sup>e</sup> PARTIE :**

# **LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT**

Le comité fait le constat que les importantes réformes du système de santé de la loi HPST n'ont pas fait l'objet d'un dispositif d'accompagnement à la hauteur des enjeux. La création de l'agence nationale d'appui à la performance hospitalière et médico-sociale n'est qu'une réponse partielle à cette nécessité. Le dispositif de formation des acteurs n'apparaît pas adapté aux transformations du système de santé.

### **1. L'ACTION DE L'ANAP DOIT ETRE ORIENTEE PLUS FORTEMENT SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES REFORMES HOSPITALIERES**

La loi HPST se situe dans la continuité des réformes de l'hôpital entreprises depuis le début des années 2000. Un dispositif d'accompagnement avait été mis en place au sein de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, devenue depuis la direction générale de l'offre de soins. C'est dans ce cadre que plusieurs missions avaient été créées : la mission « tarification à l'activité », la mission d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), ainsi qu'une mission d'accompagnement des réformes.

La MAINH et la MEAH ont été réunies par la loi HPST pour constituer l'agence nationale d'appui à la performance hospitalière et médico-sociale (ANAP), constituée en établissement public. La nouvelle agence a également repris une partie des moyens et des missions du groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

L'ANAP doit jouer un rôle déterminant dans la réussite de la mise en œuvre de la loi HPST. Elle s'est orientée depuis sa création vers une intervention directe en appui des établissements, notamment sous la forme de contrats de performance et de l'accompagnement de 100 chefs de pôle. Ce positionnement risque de l'entraîner à consacrer l'essentiel de ses moyens à ces interventions au détriment de missions plus stratégiques en lien avec les évolutions attendues ou possibles de l'hôpital.

Il serait souhaitable d'orienter son activité :

- sur la poursuite de l'élaboration et diffusion d'outils de management, d'organisation et de gestion dans l'esprit des travaux de la MEAH ;
- sur l'élaboration d'outils de transformation du management des établissements pour les mettre en cohérence avec la gestion décentralisée par pôles ;
- sur la mesure de la performance médico-économique des établissements de santé et médico-sociaux ;
- sur une fonction de veille des impacts des innovations en santé.

**Recommandation n°29 : L'ANAP est un établissement autonome, sous contrat avec l'Etat. Il doit être présidé par un parlementaire (court terme).**

Sa mission est la mesure de la performance médico-économique des acteurs du système de santé publics et privés y compris les ARS. Elle définit, avec l'aide de l'INSEE, une série d'indicateurs de mesure de cette performance (court terme).

Elle produit, tous les ans, un rapport public remis au Ministre de la Santé présentant les résultats des performances du secteur hospitalier et du secteur médico-social. Ce rapport présente en outre l'évolution des restes à charge des patients et des insuffisances de l'offre de soins sur le territoire national (moyen terme).

Elle élabore les outils et méthodes permettant aux acteurs publics et privés de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la performance médico-économique et de réponses aux besoins de la population (court terme).

**Recommandation n°30 :** Il est créé, auprès du comité scientifique de l'ANAP, une cellule de veille, de prospective et d'évaluation chargée de mesurer l'impact médical, organisationnel et économique des innovations technologiques. Cette cellule, en liaison avec les structures internationales ayant une vocation identique, est en charge de publier des monographies d'aide à la décision après leur validation par le comité scientifique (moyen terme).

## **2. LES EQUIPES DE DIRECTION DOIVENT ETRE FORMEES A L'ACCOMPAGNEMENT DE LA GESTION DECENTRALISEE PAR POLES**

Si les chefs de pôles ont l'obligation de se former, rien n'est prévu pour les équipes de direction. Or les transformations dans le management et la gestion des établissements ne pourront se faire que si les équipes de pôles et les équipes de direction ont une vision commune des conséquences de ce nouveau modèle de gestion sur l'organisation de l'hôpital et sur les relations entre les pôles et les services centraux de l'hôpital.

La formation initiale à l'EHESP des futurs directeurs d'hôpital doit en tenir compte. Un accent important doit être mis dans cette formation sur la connaissance du fonctionnement global de l'hôpital et des enjeux de son évolution, sur le management médico-économique des pôles et sur la conduite de projet. La formation technique spécifique aux différentes fonctions des services centraux des hôpitaux – RH, finances, contrôle de gestion, achats, organisation des activités support ... – doit être principalement apportée dans le cadre d'actions d'accompagnement à la prise de fonctions.

Les équipes de direction en place doivent aussi participer à des formations organisées en commun avec les chefs de pôle. Il est indispensable qu'ils partagent une même conception du management des pôles et une maîtrise commune des outils de la gestion médico-économique des pôles.

**Recommandation n°31 :** Un programme national exceptionnel de formation, financé par l'ANFH et consolidé par les crédits actuellement gérés par l'ANAP, est confié à l'institut de management de l'EHESP. Son objectif est d'élaborer des outils pédagogiques d'accompagnement de la loi et de former des formateurs régionaux placés auprès d'organismes de formation spécialisés de niveau universitaire (IAE, Instituts d'études politiques, Ecoles de commerce...) (court terme).

## **3. UNE IMPULSION NECESSAIRE A LA FORMATION CONTINUE DES MEDECINS HOSPITALIERS**

Les enjeux de la réforme impliquent un accompagnement en matière de formation continue qui permette des formations mixtes des médecins et non médecins dans le domaine du management.

**Recommandation n°32 : Les crédits consacrés par les établissements publics de santé à la formation continue doivent être évalués au même taux de prélèvement sur la masse salariale quels que soient les professionnels concernés. Ces crédits sont versés à l'ANFH (court terme).**

#### **4. LA FORMATION DES MANAGERS DE LA SANTE DOIT ETRE COMMUNE**

L'objectif qui a présidé à la création des agences régionales de santé – conduire à l'échelle de la région une politique globale de santé – doit trouver sa traduction dans une formation commune des managers qui auront pour vocation de conduire cette politique.

L'école des hautes études de santé publique (EHESP) a créé récemment un institut du management hospitalier qui a des difficultés à trouver sa place au sein de l'école. Cet institut pourrait utilement devenir un institut commun à l'EHESP et à l'école nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) qui forme les cadres de la sécurité sociale. Il aurait pour vocation à accueillir les cadres des ARS, les cadres de la protection sociale et les directeurs d'hôpital sélectionnés pour occuper des emplois de management supérieur. Cette formation favoriserait le partage d'une culture commune et d'outils communs pour le management des politiques et des structures sanitaires.

**Recommandation n°33 : La formation des managers de la santé (directeurs d'hôpitaux et d'établissement de santé privés, chefs et cadres de pôle, présidents de CME, responsables du secteur médico-social, responsables d'ARS, représentants des usagers) doit être assurée en commun par un institut de management distinct de l'Ecole des hautes études en santé publique et de l'EN3S (moyen terme).**

# Conclusion

Deux ans après la publication de la loi HPST, le rapport du comité d'évaluation ne peut être qu'un rapport d'étape. L'entrée en application de ses dispositions ne s'est faite que progressivement, au rythme de la publication des décrets et arrêtés, tout n'étant pas encore achevé. Une réforme de cette ampleur ne peut s'apprécier que dans la durée : c'est dans quatre ou cinq ans que l'on pourra porter un jugement définitif. Mais le comité a parfaitement conscience que la mise en place de la loi améliore déjà l'offre de soins proposée à nos concitoyens.

Au cours de ses travaux, le comité a rencontré plusieurs centaines d'acteurs de la santé tant dans le cadre de ses auditions que lors de ses déplacements en régions. Il a pu constater qu'en dépit d'un contexte financier difficile pour les établissements de santé, les principes de la réforme ont été mis en œuvre avec volonté, clairvoyance et pragmatisme. La nouvelle gouvernance hospitalière est désormais une réalité. Les coopérations entre établissements de soins, organismes médico-sociaux et le secteur ambulatoire commencent à se développer. Le décroisement entre l'hôpital, les cliniques privées et les acteurs libéraux est un phénomène perçu comme nécessaire. Le rôle des ARS semble bien compris de tous les professionnels de santé et leur coordination par le comité national de pilotage n'a pas engendré trop de bureaucratie.

Six observations essentielles se dégagent des travaux du comité d'évaluation.

- la quasi-totalité des acteurs de terrain, après des réformes qui se sont succédé à un rythme soutenu, demande que les règles soient stabilisées. S'ils ne contestent pas la nécessité d'un cadre législatif et réglementaire, ils souhaitent qu'il soit conçu de telle manière que les pratiques locales bénéficient d'une grande souplesse et que de nombreuses expérimentations soient possibles.
- L'accès à des soins de qualité suppose que soit réformé le dispositif d'affectation des ressources de l'assurance maladie aux différents éléments du système de santé. L'extrême centralisation du processus de décision de l'UNCAM est un facteur de dysfonctionnement pour les ARS qui mettent en œuvre une culture déconcentrée.
- La gouvernance des établissements hospitaliers demande quelques corrections pour éviter d'être mal vécue par certains élus, médecins hospitaliers ou cadres de santé. Tous souhaitent une lisibilité plus grande de leurs diverses fonctions et la plupart sont à la recherche d'un meilleur équilibre entre le conseil de surveillance, le directoire et la commission médicale d'établissement, équilibre que la généralisation des pôles risque de perturber. Chaque acteur doit être reconnu, valorisé et respecté.
- L'action de l'Etat portée par les ARS ne doit pas exclure du paysage sanitaire et social des régions, parfois marqué par une certaine désertification médicale, les autorités préfectorales, les représentants des collectivités territoriales et les représentants des usagers. Ils sont les garants du bon fonctionnement du système de santé et de son adéquation aux besoins de la population.
- Le comité souhaite souligner la situation des régions ultramarines. S'étant rendu en Guadeloupe et en Martinique, il a fait deux recommandations spécifiques. L'une concerne le respect du Plan Santé Outre Mer. L'autre la désignation d'un référent ministériel de haut niveau pour la mise en œuvre de ce plan.

- L'observation finale concerne la faiblesse du dispositif d'accompagnement de la réforme engagée par la loi HPST. Le rôle du CNG reste ambigu, les interventions de l'ANAP sont trop dispersées.  
Une action massive de formation de l'ensemble des professionnels de santé concernés par la réforme est indispensable. Il s'agit de faire évoluer les cultures professionnelles des uns et des autres pour partager l'objectif central de la réforme : assurer à tous les patients des soins permanents de qualité et autant territorialisés que possible.

# Les recommandations du comité

## 1<sup>ERE</sup> PARTIE : LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

### *Recommandations de court terme :*

**Recommandation n°1 :** Le conseil de surveillance doit délibérer sur les orientations stratégiques et financières pluriannuelles de l'établissement de santé et leurs modifications.

**Recommandation n°2 :** Le conseil de surveillance doit être consulté par le directeur général de l'ARS sur la lettre de mission du directeur de l'établissement de santé.

**Recommandation n°3 :** Le conseil de surveillance peut être saisi par le directeur pour arbitrage en cas de désaccord entre le président du directoire et les autres membres du directoire.

**Recommandation n°4 :** Le directoire doit être l'instance de mise en œuvre des orientations stratégiques et financières pluriannuelles délibérées par le conseil de surveillance. Ses débats font l'objet d'un compte rendu diffusé à l'ensemble des responsables de l'établissement. Le président du directoire présente au conseil de surveillance la synthèse des débats du directoire.

**Recommandation n°5 :** La CME doit donner un avis sur les orientations stratégiques, budgétaires et financières pluriannuelles de l'établissement. Elle doit donner également un avis sur le CPOM. Elle doit être consultée sur l'organisation en pôles.

**Recommandation n°6 :** Le contrat de pôle doit décrire le champ et le contenu des délégations de gestion et de signature confiées aux chefs de pôle dans le cadre d'un contrat-type arrêté par le directoire. Ce contrat décrit les objectifs et moyens du pôle dans ses activités de soins, mais aussi de recherche et d'enseignement lorsque nécessaire. Il doit aussi définir les modalités d'évaluation et de contrôle de son exécution.

**Recommandation n°7 :** Un dispositif d'intéressement collectif des équipes doit être expérimenté et mis en place. Il doit être fondé sur des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de résultats.

**Recommandation n°8 :** Un dispositif destiné à favoriser le dialogue entre les pôles, le directoire et les directions fonctionnelles doit être mis en place dans chaque établissement, selon des modalités à définir localement, notamment sous la forme d'un conseil de chefs de pôle. Les directions fonctionnelles doivent faire évoluer leurs organisations pour servir les objectifs fixés aux chefs de pôle.

**Recommandation n°14 :** Le détachement de directeurs statutaires sur des contrats devra être possible pour la réalisation de missions particulières, notamment pour favoriser les coopérations.

**Recommandation n°15 :** En matière de qualité, le président de la CME devra disposer des ressources qualité et gestion des risques de l'établissement pour élaborer et mettre en œuvre, avec la CME et l'appui du directoire, la politique d'amélioration de la qualité des soins.

**Recommandation n°17 :** Les représentants des usagers devront être invités par la CME, au moins une fois par an, à débattre de la politique de qualité des soins et d'accueil des usagers tant dans les établissements publics que dans les établissements privés.

Les organes de gestion des établissements de santé privés devront comprendre des représentants des associations d'usagers.

Les représentants d'associations d'usagers au conseil de surveillance de l'établissement devront être désignés par le DG d'ARS.

*Recommandations de moyen terme :*

**Recommandation n°9 :** Les emplois de praticien clinicien doivent être un élément de la politique médicale de l'établissement. Leur référence à des emplois difficiles à pourvoir doit être supprimée. Il est proposé à ces contractuels un contrat à durée déterminée ou indéterminée comportant une période probatoire. Leurs conditions de rémunération sont définies par un accord-cadre conclu entre les syndicats de médecins hospitaliers et la FHF.

**Recommandation n°10 :** Les médecins statutaires hospitaliers et hospitalo-universitaires en activité devront pouvoir recevoir une rémunération supplémentaire sur la base d'un contrat d'objectifs fixés par le directoire sur proposition du président de la CME. Un plafond est fixé dans l'accord-cadre signé avec la FHF. Cette mesure est incompatible avec le maintien du secteur privé à l'hôpital pour les intéressés. Des objectifs de recherche et d'enseignement peuvent être envisagés en lien avec l'Université.

**Recommandation n°11 :** Les cadres paramédicaux contractuels ou titulaires doivent bénéficier des mêmes dispositions que les médecins.

**Recommandation n°12 :** Les praticiens exerçant des fonctions de management dans l'établissement de santé doivent recevoir une indemnité de responsabilité fixée par le directoire sur proposition du président de la CME dans la limite d'un plafond fixé dans l'accord-cadre signé avec la FHF.

**Recommandation n°13 :** Le cadre contractuel des chefs d'établissement devra être réservé à des candidats n'appartenant pas au corps de direction, sauf demande expresse d'un cadre du corps d'être détaché sur un contrat. Les termes du contrat sont fixés dans les mêmes conditions que celles définies pour les médecins contractuels.

**Recommandation n°16 :** L'existence institutionnelle des conférences médicales des établissements de santé privés devra être renforcée pour leur permettre de participer plus activement aux instances sanitaires.

**2<sup>E</sup> PARTIE : L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT**

*Recommandations de court terme :*

**Recommandation n°18 :** Les communautés hospitalières de territoire devront pouvoir, à leur demande, bénéficier de la personnalité morale. Le modèle fédératif doit être privilégié avec une gouvernance simplifiée respectant les identités de ses membres. Les établissements médico-sociaux publics peuvent être membres à part entière des CHT.

**Recommandation n°19 :** Les centres hospitaliers régionaux devront pouvoir participer à plusieurs CHT. De la même manière les centres hospitaliers membre d'une CHT peuvent également participer une autre CHT dédiée aux activités de psychiatrie.

**Recommandation n°20 :** Le pilotage des ARS doit être resserré autour du secrétaire général des ministères sociaux. Son action est essentiellement stratégique et non pas gestionnaire. Il est indispensable de laisser le maximum de marge de manœuvre aux directeurs généraux d'ARS, notamment en matière financière.

**Recommandation n°22 :** Le DG d'ARS doit informer régulièrement les parlementaires sur sa conduite du programme régional de santé.

**Recommandation n°23 :** Les ARS doivent bénéficier d'une importante fongibilité de leurs moyens d'intervention.

**Recommandation n°24 :** Le président de l'université ou son représentant doit être membre du conseil de surveillance des CHU. Le DG du CHU doit être membre du Conseil d'administration de l'Université et des conseils de gestion des UFR concernées.

*Recommandations de moyen terme :*

**Recommandation n°21 :** L'action du conseil national de pilotage devra être évaluée. Cette évaluation pourrait conduire à la création, sous tutelle des ministres concernés, d'une véritable structure de pilotage national de la mise en œuvre de la politique de santé. Il s'agit de mettre fin aux rivalités entre les différentes institutions, y compris l'assurance maladie.

**Recommandation n°22 :** La présidence du conseil de surveillance de l'ARS pourrait être confiée à un élu ou à une personnalité qualifiée. Le préfet de Région deviendrait commissaire du gouvernement de l'ARS disposant d'un droit de veto.

**Recommandation n°23 :** Le financement de la santé devra évoluer vers la définition d'objectifs régionaux des dépenses de l'assurance-maladie.

**Recommandation n°25 :** Une commission régionale compétente sur les questions d'enseignement et de recherche relevant de l'ARS doit être créée auprès du DG de l'ARS et se substituer aux commissions existantes. Elle doit associer l'Université, les CHU, les EPST et l'ARS. Elle doit être présidée par le directeur de l'UFR. Elle doit donner un avis sur l'attribution aux établissements de santé des missions de service public qui la concernent. L'évaluation des besoins de formation et l'organisation des stages d'internes doit également relever de sa compétence.

### **3<sup>E</sup> PARTIE : LE DECLOISONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

*Recommandations de court terme :*

**Recommandation n° 27 :** La mise à disposition des moyens financiers doit être accélérée pour permettre aux URPS de fonctionner, ce que l'URCAM n'a pas été en mesure de faire.

**Recommandation n° 28 :** L'organisation intersectorielle de l'hospitalisation complète en psychiatrie doit être favorisée. Le comité recommande de constituer de véritables communautés hospitalières de territoire en psychiatrie, pouvant intégrer des services de psychiatrie des établissements de santé non spécialisés. Une organisation commune des prises en charge des patients entre le secteur psychiatrique et les services sociaux doit être systématisée.

*Recommandations de moyen terme :*

**Recommandation n° 26 :** Les outils de planification en santé doivent évoluer pour favoriser la meilleure prise en charge des patients dans chaque territoire de santé. Le rôle des URPS dans les conférences régionales de santé est fondamental.

**Recommandation n° 27 :** Les statuts des SISA, des centres de santé et des maisons de santé sont rapprochés pour favoriser la mixité d'exercice des professionnels et l'évolution des modes de rémunération des activités de soins. Un des objectifs de ce rapprochement des statuts devra être de favoriser l'égalité territoriale et financière dans l'accès aux soins.

### **4<sup>E</sup> PARTIE : LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT**

*Recommandations de court terme :*

**Recommandation n°29 :** L'ANAP est un établissement autonome, sous contrat avec l'Etat. Il doit être présidé par un parlementaire.

Sa mission est la mesure de la performance médico-économique des acteurs du système de santé publics et privés y compris les ARS. Elle définit, avec l'aide de l'INSEE, une série d'indicateurs de mesure de cette performance.

Elle élabore les outils et méthodes permettant aux acteurs publics et privés de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la performance médico-économique et de réponses aux besoins de la population.

**Recommandation n°31** : Un programme national exceptionnel de formation, financé par l'ANFH et consolidé par les crédits actuellement gérés par l'ANAP, est confié à l'institut de management de l'EHESP. Son objectif est d'élaborer des outils pédagogiques d'accompagnement de la loi et de former des formateurs régionaux placés auprès d'organismes de formation spécialisés de niveau universitaire (IAE, Instituts d'études politiques, Ecoles de commerce...).

**Recommandation n°32** : Les crédits consacrés par les établissements publics de santé à la formation continue doivent être évalués au même taux de prélèvement sur la masse salariale quels que soient les professionnels concernés. Ces crédits sont versés à l'ANFH.

*Recommandations de moyen terme :*

**Recommandation n°29** : L'ANAP produit, tous les ans, un rapport public remis au Ministre de la Santé présentant les résultats des performances du secteur hospitalier et du secteur médico-social. Ce rapport présente en outre l'évolution des restes à charge des patients et des insuffisances de l'offre de soins sur le territoire national.

**Recommandation n°30** : Il est créé, auprès du comité scientifique de l'ANAP, une cellule de veille, de prospective et d'évaluation chargée de mesurer l'impact médical, organisationnel et économique des innovations technologiques. Cette cellule, en liaison avec les structures internationales ayant une vocation identique, est en charge de publier des monographies d'aide à la décision après leur validation par le comité scientifique.

**Recommandation n°33** : La formation des managers de la santé (directeurs d'hôpitaux et d'établissement de santé privés, chefs et cadres de pôle, présidents de CME, responsables du secteur médico-social responsables d'ARS, représentants des usagers) doit être assurée en commun par un institut de management distinct de l'Ecole des hautes études en santé publique et de l'EN3S.

# Annexes

# 1. LETTRE DE MISSION DE MONSIEUR JEAN PIERRE FOURCADE



*Ministère de la Santé,  
de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*

*Paris, le 01 DEC. 2008*

*La Ministre*

Cab RBN/MD/RN/Mc.D.08-12627

Monsieur le ministre,

*Cher ami,*

Le projet de loi « hôpital, santé, patients et territoires », qui vient d'être adopté par le Gouvernement en Conseil des ministres, sera prochainement débattu au Parlement.

Ce projet propose une réforme d'ensemble de notre système de santé, dont l'objectif principal est d'assurer durablement l'accès à des soins de qualité pour tous nos concitoyens, tout en consolidant notre modèle solidaire de financement, hérité du pacte de 1945.

Cette réforme ne doit pas seulement être adoptée : elle doit surtout réussir. A cet égard, le Gouvernement attache une importance toute particulière à la mise en œuvre de la loi, qui fera l'objet d'un accompagnement soutenu, à la fois en 2009 et en 2010.

C'est pourquoi je souhaite vous confier la présidence du comité qui sera chargé d'assurer le suivi et l'évaluation du volet hospitalier de la loi, qui en est le cœur. La qualité du suivi et la rigueur de l'évaluation sont en effet une condition indispensable de notre réussite collective.

Ce comité aura une double mission :

- vérifier l'avancée des travaux de mise en œuvre du volet hospitalier de la loi, sur le plan juridique comme sur le plan opérationnel, avec un regard particulier sur le processus de constitution des communautés hospitalières de territoire ;
- évaluer les effets de la mise en œuvre de ce volet de la loi, tant du point de vue des acteurs hospitaliers que de celui de ses usagers.

Mes services seront à votre disposition tout au long de votre mission. En particulier, deux fois par an, le secrétaire général des ministères sociaux et les directeurs d'administration centrale vous tiendront informé de l'action qu'ils mènent pour mettre en œuvre la réforme.

*.../...*

Monsieur Jean-Pierre FOURCADE  
Sénateur  
Le Sénat  
Palais du Luxembourg  
15 rue de Vaugirard  
75291 Paris Cedex 06

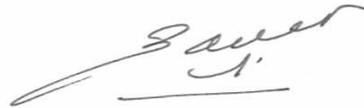
*14, avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP Tél. : 01 40 56 60 00*

Vous bénéficierez de l'appui des membres de la commission sur les missions de l'hôpital mise en place par Gérard Larcher.

Je vous serais reconnaissante de m'adresser un rapport annuel sur vos travaux.

En vous remerciant pour votre engagement, je vous prie d'agréer, monsieur le ministre, l'expression de ma considération distinguée.

*Bien à vous,*



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

## 2. DECRET DE CREATION DU COMITE

### **Décret n° 2010-114 du 3 février 2010 relatif au comité d'évaluation de la mise en œuvre des dispositions relatives à la modernisation des établissements de santé de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**

NOR: SASH1003159D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 35,

Décète :

#### **Article 1**

Il est créé, auprès du ministre chargé de la santé, un comité d'évaluation de la mise en œuvre des dispositions de la loi du 21 juillet 2009 susvisée relatives à la modernisation des établissements de santé.

A ce titre, le comité est chargé :

1° D'évaluer la mise en œuvre de la réforme de la gouvernance hospitalière et d'en dresser un bilan portant notamment sur la mise en place des conseils de surveillance et des directoires ainsi que sur la mise en place des pôles et de la contractualisation interne ;

2° D'évaluer et de faire le bilan de la réorganisation des procédures de suivi et d'amélioration de la qualité dans les établissements de santé ;

3° D'évaluer la mise en œuvre des mesures ayant pour objet de favoriser les coopérations entre établissements de santé.

Pour la réalisation des évaluations et des bilans mentionnés au présent article, le comité prend en compte le point de vue des acteurs hospitaliers et celui des usagers. Il examine également le rôle joué par les agences régionales de santé.

Les évaluations et les bilans donnent lieu à des recommandations adressées au ministre chargé de la santé.

Le comité remet un rapport au Parlement deux ans après la promulgation de la loi du 21 juillet 2009 susvisée.

#### **Article 2**

Le comité d'évaluation comprend douze membres :

1° Un sénateur et un député ;

2° Un représentant des associations d'usagers ;

3° Six représentants des personnels médicaux et non médicaux et des personnels de direction des établissements de santé ;

4° Trois personnalités qualifiées choisies en raison de leur connaissance du système de santé.

Les membres mentionnés aux 2° à 4° sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.  
Le président du comité est nommé dans les mêmes conditions parmi les membres mentionnés au 1°.

### **Article 3**

Le comité se réunit à la demande de son président.

Le comité se réunit au moins trois fois par an. Ses séances ne sont pas publiques.

A l'initiative du président, peut également être invitée à participer aux travaux du comité toute personne dont le concours paraît utile.

Deux fois par an, le secrétaire général des ministères sociaux et les directeurs d'administration centrale de ces mêmes ministères informent le président du comité de l'action qu'ils mènent pour mettre en œuvre la loi du 21 juillet 2009 susvisée.

Les membres du comité ainsi que les autres personnes appelées à assister à ses réunions sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par le président.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du comité est réputé démissionnaire.

### **Article 4**

Les fonctions de membre du comité d'évaluation sont exercées à titre gratuit.

Les membres peuvent être indemnisés des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils ou militaires sur le territoire métropolitain.

### **Article 5**

Les dispositions du présent décret cessent de s'appliquer à la remise du rapport mentionné au dernier alinéa de l'article 1er.

### **Article 6**

La ministre de la santé et des sports est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 3 février 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,  
Roselyne Bachelot-Narquin

### **3. LISTE DES MEMBRES DU COMITE**

Monsieur Jean-Pierre FOURCADE, ancien ministre, sénateur des Hauts de Seine, Président

Monsieur Jean-Pierre DOOR, Député, Maire de Montargis

#### **1- En qualité de représentant des associations d'usagers :**

Monsieur Nicolas BRUN, président d'honneur de l'UNAF-CISS (Paris)

#### **2 – En qualité de représentant des personnels médicaux et non médicaux et des personnels de direction des établissements de santé :**

Monsieur Gilles CHAUVIN, Président de CME du CH de Mont-de-Marsan

Madame Catherine DELAVEAU, Coordinatrice générale des soins CH de Longjumeau

Monsieur Didier DELMOTTE, Directeur général du CHU de Lille

Monsieur Olivier DUBOURG, Professeur de cardiologie Hôpital Ambroise Paré (Boulogne – AP HP)

Monsieur Philippe EL SAIR, Directeur du CH de Villefranche-sur-Saône

Monsieur Jean-Patrick LAJONCHERE, Directeur de l'hôpital Saint-Joseph (Paris)

#### **3 – En qualité de personnalité qualifiée :**

Monsieur Guy COLLET, Secrétaire général du comité d'évaluation de la mise en œuvre de la loi HPST

Monsieur Eric MOLINIE, Rapporteur au Conseil Economique, Social et Environnemental

Monsieur Gérard de POUVOURVILLE, Professeur titulaire de la chaire santé ESSEC (Cergy Pontoise)

#### **4 – En qualité de rapporteurs :**

Monsieur Patrick BROUDIC, Conseiller Général des Etablissements, ministère de la santé et des sports

Madame Elisabeth FERY-LEMONNIER, Conseillère Générale des Etablissements, ministère de la santé et des sports

#### 4. LISTE DES PERSONNALITES AUDITIONNEES

##### AUDITIONS DES PERSONNALITES

Monsieur	Christian	ANASTASY	directeur général	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Monsieur	François	AUBART	président	Coordination Médicale Hospitalière (CMH)
Monsieur	Jean-Marc	AUBERT	directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
Monsieur	Jean-Michel	BADET	1er vice-président	Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) au CHU de Besançon
Monsieur	Jean-Pierre	BADER	médecin gastro-entérologue	
Monsieur	Jean-Noël	BAIL	directeur des affaires économiques et gouvernementales	GlaxoSmithKline France
Monsieur	Jean-Luc	BARON	président	Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
Madame	Stéphanie	BARRE-HOUDART	avocate	cabinet d'avocats Houdart
Monsieur	Denis	BASSET	secrétaire fédéral	Fédération des Personnels des services publics et des services de santé FO
Monsieur	Sadek	BELOUCIF	professeur	Syndicat National des Médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics (SNAM-HP) – Hôpital Avicenne
Monsieur	François	BERARD	délégué national	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
Monsieur	Pascal	BEROUD	radiologue	Hôpital de Lagny
Monsieur	Jean-Marie	BERTRAND	secrétaire général	chargé des ministères des affaires sociales
Monsieur	Claude	BIGOT	directeur	Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S)
Monsieur	Philippe	BLUA	président	Syndicat des Managers Publics de Santé (SMPS)

Madame	Rachel	BOCHER	présidente	Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH)
Monsieur	Pierre	BOISSIER	chef	Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
Monsieur	Marc	BRAY	vice-président	Conférence nationale des présidents de CME des CH
Monsieur	Raoul	BRIET	président du conseil de surveillance	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP)
Monsieur	Philippe	BURNEL	délégué général	Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
Madame	Nathalie	CANIEUX	secrétaire générale	Fédération santé-sociaux CFDT
Monsieur	Paul	CASTEL	directeur général	Hospices Civils de Lyon, président de la conférence des directeurs généraux de CHU
Monsieur	David	CAUSSE	chargé de mission	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Michel	CHOTEAU	chirurgien	Hôpital du Cateau-Cambrésis
Monsieur	Olivier	CLARIS	président de la CME	Hospices Civils de Lyon
Monsieur	Dominique	COIFFARD	secrétaire national	Fédération santé-sociaux CFDT
Monsieur	Pierre	CORIAT	président de la CME	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP)
Monsieur	Edouard	COUTY	conseiller – maître	Cour des Comptes
Monsieur	Jean-Pierre	DAVANT	président	Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
Monsieur	Etienne	DEGUELLE	directeur de cabinet	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP)
Monsieur	Jean-Luc	DEHAENE	membre de la société et de son bureau exécutif	Société Française de Radiologie (SFR)
Monsieur	Luc	DELARUE	secrétaire fédéral	Fédération des personnels des services publics et des services de santé FO
Madame	Agathe	DENECHERE	directrice de cabinet	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
Madame	Stéphanie	DESCHAUME	adjointe au directeur de la politique de santé et de gestion du risque	Régime Social des Indépendants (RSI)
Monsieur	Alain	DESTEE	président	Conférence Nationale des présidents de CME de CHU
Monsieur	Patrice	DETEIX	président	Conférence des doyens des facultés de médecine
Monsieur	Renaud	DOGIMONT	directeur	Hôpital du Cateau-Cambrésis
Monsieur	Antoine	DUBOUT	président	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Jean-Paul	DUEZ	radiologue	Hôpital du Cateau-Cambrésis
Monsieur	Francis	DUJARRIC	membre du bureau	Fédérations des Spécialités Médicales (FSM)

Monsieur	Yves-Jean	DUPUIS	délégué général	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	André	ELHADAD	docteur	Syndicat National des Médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics (SNAM-HP) – Hôpital Avicenne
Monsieur	Pierre	FARRAGI	président	Conférence des Praticiens des Hôpitaux (CPH)
Monsieur	Thomas	FATOME	chef de service	Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
Madame	Mireille	FAUGERE	directrice générale	Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (APHP)
Monsieur	Sylvain	FERNANDEZ-CURIEL	chargé de mission	Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)
Monsieur	Francis	FELLINGER	président	Conférence Nationale des présidents de CME des CH
Monsieur	Romain	FINAS	Senior Manager Santé	Société Accenture
Monsieur	Antoine	FLAHAUT	directeur	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)
Monsieur	Benoit	FOUCHER	directeur	Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH)
Madame	Sabine	FOURCADE	directrice générale adjointe	Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
Madame	Stéphanie	FRAGA de OLIVEIRA	étudiante	
Monsieur	Denis	FRECHOU	président	Conférence Nationale des directeurs de CH
Monsieur	Didier	GAILLARD	président	CME d'Etablissement de Santé Public d'Intérêt Collectif (ESPIC)
Monsieur	Jean	GARRIC	délégué général	Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) au CHU de Nancy
Monsieur	Christian	GATARD	secrétaire général	Cadres Hospitaliers FO - (CH/FO)
Monsieur	Jean-Pierre	GENET	docteur	CME d'Etablissement de Santé Public d'Intérêt Collectif (ESPIC) à Hôpital Sainte-Camille Bry-sur-Marne
Monsieur	Bruno	GILLES	député	des Bouches-du-Rhône, maire de secteur de Marseille, membre du conseil de surveillance de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
Monsieur	François-Noël	GILLY	doyen	Faculté de médecine de Lyon
Monsieur	André	GIRAL	secrétaire fédéral	chargé du médico-social à Sud Santé
Monsieur	Hervé	GISSEROT	président	GlaxoSmithKline France
Monsieur	Bernard	GRANGER	secrétaire	Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP)
Monsieur	Yves	GRILLET	vice-président	Fédération des Spécialités Médicales (FSM)
Monsieur	André	GRIMALDI	président	Mouvement de Défense de l'Hôpital Public (MDHP)

Monsieur	Olivier	GOEAU-BRISSONNIERE	président	Fédération des Spécialités Médicales (FSM)
Monsieur	Charles	GUEPRATTE	directeur général Adjoint	Fédération Nationale des Centres de lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
Monsieur	Pierre	de HAAS	président	Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)
Monsieur	Yvan	HALIMI	président	Conférence des présidents de CME de CHS
Monsieur	Joseph	HALOS	président	Association des Etablissements participant au Service Public en Santé Mentale
Monsieur	Alain	HERIAUD	directeur général	CHU de Bordeaux, président de la Conférence des directeurs généraux des CHRU
Monsieur	Fabrice	HEYRIES	directeur général	Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)
Monsieur	Laurent	HOUDART	avocat	cabinet d'avocats Houdart
Monsieur	Didier	HOUSSIN	directeur général	Direction Générale de la santé (DGS)
Madame	Elisabeth	HUBERT	ancien ministre, présidente	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
Monsieur	Marc	HUMBERT	vice-président	recherche du directoire de l' Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)
Monsieur	Alain	JACOB	secrétaire général	Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers (INPH) au CH Sud Francilien
Monsieur	Olivier	JOURDAIN	secrétaire général	Conférence Nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
Monsieur	Yann	de KERGUENEC	directeur des affaires juridiques	Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
Monsieur	Gilles	LACAUSSE	chargé de mission	auprès du secrétaire général des ministères des Affaires Sociales
Monsieur	Philippe	LAFFON	directeur	Mutualité Sociale Agricole (MSA)
Monsieur	Christian	LAJOUX	président	Les Entreprises du Médicament (LEEM)
Monsieur	Philippe	LAMOUREUX	directeur	Les Entreprises du Médicament (LEEM)
Madame	Valérie	Le BORGNE	déléguée générale	Fédération des Spécialités Médicales (FSM)
Monsieur	Benoit	LECLERCQ	directeur général	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP)
Monsieur	Yannick	LEGUEN	sous-directeur	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Monsieur	Thomas	LELUDEC	directeur	Hôpital de Lagny
Monsieur	Raymond	LE MOIGN	directeur	à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé (HAS)
Monsieur	Georges	LEONETTI	doyen	Faculté de médecine de Marseille

Monsieur	Pierre	LESTEVEN	responsable du pôle organisation sanitaire et médico-social et de la recherche clinique	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur	Dominique	LIBAULT	directeur	direction de la Sécurité Sociale (DSS)
Monsieur	Dominique	LIGER	directeur général	Régime Social des Indépendants (RSI)
Monsieur	Dominique	MAIGNE	délégué général	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)
Monsieur	Frédéric	MASSE	directeur	des relations institutionnelles de la Systems Applications Products (SAP)
Monsieur	Gérard	MASSE	président de la CME	CH de Sainte Anne (Paris), ancien chef de la mission nationale d'appui en santé mentale
Monsieur	Hubert	MEUNIER	vice-président	Conférence Nationale des directeurs de CH
Monsieur	Alain	MICHEL	président	Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH)
Madame	Isabelle	MILLET- CAURIER	directrice des affaires publiques	Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
Monsieur	Daniel	MOINARD	directeur général	Hospices Civiles de Lyon (HCL)
Monsieur	Jean- Jacques	MONTEIL	président	du directoire du Groupement hospitalier de la mutualité française
Monsieur	Guy	MOULIN	président de la CME	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
Monsieur	Olivier	OBRECHT	chargé de mission	auprès du secrétaire général des ministères des Affaires Sociales
Monsieur	Patrick	OLIVIER	sous-directeur des affaires financières	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Monsieur	Roland	OLLIVIER	directeur	Institut du management, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)
Monsieur	Jean- Jacques	PENCIOLELLI	directeur des ventes	France Benelux en charge du développement du marché Santé, société Accenture
Monsieur	Jean-Claude	PENOCHET	secrétaire général, président	Conférence des Praticiens des Hôpitaux (CPH)
Monsieur	Philippe	PINTON	adjoint au sous-directeur	de l'organisation du système de soins à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Madame	Annie	PODEUR	directrice générale	Direction de l'Offre de Soins (DGOS)
Madame	Nadine	PRIGENT	secrétaire générale	Fédération CGT de la santé et de l'action sociale
Monsieur	Christophe	PRUDHOMME	membre de la commission exécutives fédérale	Fédération CGT de la santé et de l'action sociale
Monsieur	Jean-Pierre	PRUVO	secrétaire général	Société Française de Radiologie (SFR)
Monsieur	Gérard	QUEVILLON	président	Régime Social des Indépendants (RSI)

Monsieur	Alain	RAHMOUNI	secrétaire général adjoint	Société Française de Radiologie (SFR)
Madame	Claude	RAMBAUD	présidente du lien, membre du conseil d'administration	Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)
Monsieur	Pierre	RAMON-BALDIE	directeur	de la recherche et du développement de l'Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale (EN3S)
Monsieur	Philippe	RITTER	président	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)
Monsieur	Jean-Yves	ROBIN	directeur	Agence des Systèmes d'Information partagés de Santé (ASIP)
Monsieur	François	ROMANEIX	directeur	Haute Autorité de Santé (HAS)
Monsieur	Michel	ROSENBLATT	secrétaire général	Syndicat National des Cadres de Direction, Médecins, Dentistes et Pharmaciens des Etablissements Sanitaires et Sociaux publics et privés (SYNCASS/CFDT)
Monsieur	André	ROSSINOT	maire de Nancy, vice-président	Association des Maires des Grandes Villes de France
Monsieur	Frédéric	ROSTAND	président	du Directoire de la Générale de Santé
Monsieur	Roland	RYMER	président	Syndicat National des Médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics (SNAM-HP)
Madame	Emmanuelle	QUILLET	sous-directrice	Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)
Monsieur	Jean-Marie	SALA	secrétaire général	Sud-santé
Monsieur	Kamel	SANHADJI	conseiller municipal délégué chargé des relations	Hospices Civils de Lyon
Monsieur	Thomas	SANNIE	vice-président	Association Française des Hémophiles en charge de la Santé Publique et des relations avec le Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)
Monsieur	Benoit	SCHULEMMER	doyen	de Paris 7 (Denis Diderot), vice-président de la conférence.
Monsieur	Jérémie	SECHER	directeur de cabinet	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur	Jean-Paul	SEGADE	directeur général	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
Monsieur	Marc-David	SELIGMAN	directeur des relations institutionnelles	Générale de Santé
Madame	Evelyne	SYLVAIN	directrice des établissements et services médico-sociaux	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
Monsieur	Jacques	TREVIDIC	vice-président	Conférence des Praticiens des Hôpitaux (CPH)
Madame	Danielle	TOUPILLIER	directrice générale	Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG)
Monsieur	Philippe	ULMANN	directeur de la politique de santé et de gestion du risque	Régime Social des Indépendants (RSI)

Monsieur	Serge	UZAN	doyen, membre du directoire	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP)
Monsieur	Laurent	VACHEY	directeur	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
Monsieur	Guy	VALLENCIEN	professeur chirurgie	Institut Montsouris
Monsieur	Guy	VALLET	inspecteur général	Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
Monsieur	Frédéric	VAN ROEKEGHEM	directeur général	Caisse Nationale d' Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
Monsieur	Gérard	VAQUIN	docteur	CME d'Etablissement de Santé Public d'Intérêt Collectif (d'ESPIC) Institut Hospitalier Franco Britannique Levallois Perret
Monsieur	Gérard	VINCENT	délégué général	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur	Walter	VORHAUER	secrétaire général	Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)
Madame	Emmanuelle	WARGON	secrétaire générale	des ministères chargés des affaires sociales
Madame	Hayet	ZEGGAR	inspectrice générale	Inspection Générale des affaires sociales à l'IGAS

DEPLACEMENT A NANCY le 25 octobre 2010

Madame	Véronique	ANATOLE- TOUZET	directrice générale, présidente du directoire	CHR de Metz-Thionville
Professeur	Henri	COUDANE	doyen de la Faculté de médecine de Nancy	vice-président du directoire du CHU de Nancy
Madame	Béatrice	CUIF- MATTHIEU	directrice de cabinet	Mairie de Nancy
Docteur	Jean-Yves	GRALL	directeur général	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Dominique	GROS	maire de la ville de Metz	président du conseil de surveillance du CHR de Metz-Thionville
Madame	Geneviève	LEFEBVRE	directrice générale adjointe	CHU de Nancy
Professeur	Pierre-Yves	MARIE	président de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation	vice-président du directoire du CHU de Nancy
Docteur	Bernard	MONTINET	président de la CME, vice- président du directoire	CHR de Metz-Thionville
Monsieur	Jean-Pierre	PERON	directeur de l'offre de Santé de l'autonomie et de l'animation territoriale	Agence Régionale de Santé (ARS)
Madame	Gwenola	REY	chef de cabinet	Agence Régionale de Santé (ARS)

Docteur	André	ROSSINOT	maire	ville de Nancy
Madame	Clémence	SCHELSCHER- BEYER	chargée de mission	Association des Maires des Grandes Villes de France
Professeur	Jean-Luc	SCHMUTZ	président de la CME	vice-président du directoire du CHU de Nancy
Monsieur	Philippe	VIGOUROUX	directeur général	président du directoire du CHU de Nancy

DEPLACEMENT A BEAUVAIS le 8 février 2010

Madame	Béatrice	BABY	cadre supérieur de santé	Pôle Femme-Enfant, CH de Beauvais
Docteur	Gérard	BARRE	président de la CME	Centre de Rééducation Fonctionnelle à St Omer-en-Chaussée
Madame	Amélie	BASSET	directrice-Adjointe	CH de Beauvais
Madame	Agnès	BEAUMONT	directrice	EHPAD de BRETEUIL
Monsieur	Yahia	BEHLOULI	ingénieur responsable	CH de Beauvais
Monsieur	Frédéric	BOIRON	directeur	CH de Beauvais
Monsieur	Paul	BONELLE	directeur adjoint délégué	Hôpital Local de Crèvecœur-le-Grand
Monsieur	André	BOSCHI	directeur adjoint	CH de Beauvais
Monsieur	Jean-Luc	BOURGEOIS	maire adjoint	
Docteur	Isabelle	BRESSON- RAYNAUD	responsable de l'UCR, coordonnatrice de l'antenne HAD	CH de Beauvais
Madame	Caroline	CAYEUX	présidente du conseil d'administration	CH de Beauvais
Docteur	Hélène	COCKENPOT	présidente de la CME	Hôpital Local de Grandvilliers
Monsieur	André	COET	président du conseil d'administration	Hôpital Local de Crèvecœur-le-Grand
Monsieur	Jacques	COTEL	président du conseil d'administration	EHPAD de BRETEUIL
Monsieur	Serge	COUNY	directeur adjoint	CH de Beauvais
Docteur	Benoît	CUVELIER	chef de pôle	Pôle Mère-Enfant, CH de Beauvais
Madame	Pascale	DARTOIS	cadre supérieur de santé	Pôle Médico-Technique, CH de Beauvais
Monsieur	Joseph	DEBRAY	délégué régional	Fédération Hospitalière de France Régionale
Monsieur	Lucien	DEGAUCHY	député	
Monsieur	Thierry	DESENZANI	ingénieur responsable	Centre de Traitement Textile Hospitalier
Monsieur	Nicolas	DESFORGES	préfet de l'Oise	
Docteur	Eliane	DONSA	chef de pôle	Urgences-Consultations, CH de Beauvais

Monsieur	Jacques	DORIDAM	maire adjoint	
Monsieur	Jack-André	DUCHAUFFOUR	cadre supérieur de santé	Pôle Chirurgie, CH de Beauvais
Madame	Sylvie	DURANT	cadre supérieur de santé	Pôle Cancérologie, CH de Beauvais
Docteur	Jean-Luc	DUTEL	chef de pôle	Pôle F – Cancérologie, CH de Beauvais
Madame	Marie-Anne	FIZET-GORIN	maire adjoint	
Monsieur	Pascal	FORCIOLI	directeur	Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie
Monsieur	Jean-Pierre	GRAFFIN	directeur adjoint	Agence Régionale de l'Hospitalisation de Picardie
Monsieur	Thierry	GUERIN	directeur	Centre de Rééducation Fonctionnelle à St Omer-en-Chaussée
Docteur	Raphaël	HELOU	président de la CME	CH de Chaumont-en-Vexin
Monsieur	Christophe	JACQUINET	directeur	Agence Régionale de la Santé
Madame	Charlotte	KOVAR	directrice	CH de Chaumont-en-Vexin
Madame	Marie-Christine	LACAILLE	cadre supérieur de santé	Pôle Urgences-Consultations, CH de Beauvais
Docteur	Guy	LAMBREY	médecin	Néphrologie-Endocrinologie, CH de Beauvais
Monsieur	Jacques	LARCHER	président du conseil d'administration	Hôpital Local de Grandvilliers
Monsieur	Gérard	LARCHER	président du Sénat	
Monsieur	Charles	LOCQUET	maire adjoint	
Madame	Christine	LOUCHET	directrice adjointe	Hôpital Local de Grandvilliers
Madame	Félicia	MANELA	chef de pôle	Pôle A – Médico-Technique, CH de Beauvais
Monsieur	Philippe	MARINI	sénateur	
Madame	Sylvie	MARQUET	directrice des soins	CH de Beauvais
Monsieur	Alain	MILON	sénateur	Délégation du Sénat
Monsieur	Patrick	MOREAU	directeur adjoint	CH de Beauvais
Madame	Isabelle	PARENT	directrice adjointe	CH de Beauvais
Madame	Anne-Lise	PENNEL	directrice adjointe	Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
Docteur	Dominique	RENARD	médecin chirurgie orthopédie et traumatologie	CH de Beauvais
Docteur	Henri	RENAUD	Chef de pôle - pôle E – Médecine	CH de Beauvais
Madame	Thérèse	ROMA	cadre supérieur de santé	Pôle Médecine, CH de Beauvais
Madame	Annick	SAGEOT	cadre supérieur de santé	Pôle – Gérontologie, CH de Beauvais
Madame	Corinne	SAUSSE	Conseillère technique auprès de M. Gérard Larcher	Délégation du Sénat
Madame	Bénédicte	SCHMIT	pharmacien	CH de Beauvais

Docteur	Daniel	VALET	président de la CME	CH de Beauvais
Monsieur	Gérard	VINCENT	délégué général	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur	Raymond	YEDDOU	directeur de cabinet	Préfecture de Beauvais

DEPLACEMENT AUX ANTILLES du 14 décembre au 16 décembre 2010

#### MARTINIQUE

Monsieur	Joseph	BALTIDE	conseiller du directeur général directeur délégué à la coordination des soins et de l'efficience	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Elie	BOURGEOIS		Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Raymond	DUPUY	directeur président du Conseil de surveillance	Hôpital Blondet à Saint-Joseph
Monsieur	Athanase	JEANNE-ROSE		Hôpital Blondet à Saint-Joseph
Monsieur	Christian	LASSALLE	conseiller Médical	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Alain	LEOTURE	président de la CME	Hôpital Blondet à Saint-Joseph
Monsieur	Ange	MANCINI	préfet	de la région
Monsieur	Christian	URSULET	directeur général	Agence Régionale de Santé (ARS)

#### GUADELOUPE

Docteur	Ibrahim	ABOUD	président de la CME	CH de Montéran
Docteur	André	ATTALAH	conseiller régional	Conseil Régional
Monsieur	Jacques	BANGOU	président conseil de surveillance	CHU
Monsieur	Henri	BLANCHARD	directeur des affaires financières	CH de la Basse-Terre (CHBT)
Professeur	Pascal	BLANCHET	doyen	Faculté de médecine au CHU
Monsieur	Christian	BLOCK de FRIBERG	président	Syndicat des masseurs kiné
Monsieur	Pierre	BONNET	directeur	Direction Régionale du Service Médical
Docteur	Marius	BOREL	président	Ordre des Médecins
Monsieur	Eric	BROUSSILLON	vice président	Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)

Monsieur	Gabriel	CARABIN	député-maire	Préfecture
Madame	Line	CITEE-SABLON	directrice générale	Association pour la Sauvegarde de l'Enfance de l'Adolescence et de l'Adulte (ADSEA)
Docteur	Hervé	CUSENIER	président	Syndicat national des chirurgiens dentistes
Monsieur	Edouard	DELTA	président	Syndicat départemental des pharmaciens
Monsieur	Patrick	DOLLIN	président	Syndicat des infirmiers libéraux
Docteur	Jean-Claude	GBENOU	président	Association Départementale des Gardes et Urgences pour la Promotion de la Santé (ADGUPS)
Docteur	Bruno	GUERIN	président	Syndicat des chirurgiens dentistes
Monsieur	Franck	HAMOT	président	Conseil départemental de l'ordre des masseurs kiné
Monsieur	Jacques	HELISSEY	directeur des ressources humaines	CH de la Basse-Terre (CHBT)
Monsieur	Jacques	HENRY	président	Commission Droit des usagers
Monsieur	Patrick	HOUSSEL	directeur général	CHU FHF Guadeloupe
Monsieur	Eric	JALTON	député-maire	Préfecture
Professeur	Eustase	JANKY		Faculté de médecine au Centre Hospitalier Universitaire
Monsieur	François	JEAN-MARIE	président	Association Départementale de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales (ADAPEI)
Monsieur	Daniel	JOSEPH	directeur des ressources humaines	CH de Montéran
Docteur	Claude	KADJI	gérant	clinique l'Espérance et clinique les Eaux Claires
docteur	Philippe	LACROSSE	gérant	Cliniques Choisy et le Gai Foyer
Monsieur	Serge	LAVEL	directeur	centre gérontologique de Raizet
Monsieur	Firmin	LODIN	président	Conférence de la Santé et de l'Autonomie
Monsieur	Philippe	LOUIS	représentant	Conseil de l'ordre des pharmaciens
Monsieur	Victorin	LUREL	président	Conseil Régional
Monsieur	Bruno	MAGRAS	président	Collectivité de la collectivité d'Outre-mer de Saint-Barthélemy
Madame	Jeanny	MARC-MATHIASIN	sénateur-maire	
Monsieur	Daniel	MARSIN	sénateur	
Madame	Pascale	MELOT	présidente	Commission spécialisée prévention

Madame	Pierrette	MEURY	présidente	Syndicat National des infirmiers et des infirmières libéraux
Madame	Lucette	MICHAUX-CHEVRY	sénatrice-maire	
Monsieur	René	NOEL	président	Association des maires
Madame	Marie-Yveline	PONCHATEAU	Conseillère régionale	Conseil Régional
Madame	Isabelle	ROUIN	présidente	Commission spécialisée médico-social
Docteur	Pierre	SAINTE-LUCE	président	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Docteur	Jacques	SALIN	président	Commission organisation des soins
Monsieur	Robert	SILO	délégué régional	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Sébastien	TOURNEBIZE	directeur	Cliniques Choisy et le Gai Foyer
Docteur	Guy	URSULE	président	Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)
Madame	Hélène	VAINQUEUR	Conseillère régionale	Conseil Régional
Monsieur	Henri	YACOU	directeur général	Caisse Générale de la Sécurité Sociale
Madame	Mireille	WILLAUME	directrice générale	Agence Régionale de Santé (ARS)

DEPLACEMENT à EVRY COUROURONNES le 28 février 2011

Madame	Elise	ALOUR	présidente du conseil de surveillance	CH de Juvisy sur Orge
Monsieur	Stéphane	BEAUDET	membre du conseil de surveillance	CHSF, marie de Courcouronnes Hôtel de ville
Monsieur	Jean-Pierre	BECHTER	membre du conseil de surveillance	CHSF, Maire de Corbeil Essonnes
Docteur	Marc	BRAY	président de la CME	service des urgences CHSF
Monsieur	Serge	DASSAULT	membre du conseil de surveillance	CHSF, Sénateur de l'Essonne
Monsieur	Laurent	FAUCHEUX	directeur financier	Groupe Saint Gratien
Monsieur	Didier	HOELTGEN	directeur	CHI de Villeneuve Saint-Georges
Docteur	Moncef	KETARI	président de la CME	CHI de Villeneuve Saint-Georges
Docteur	Christian	JEDRECY	président de la CME	CH de Dourdan
Monsieur	Serge	LAGAUCHE	président du conseil de surveillance	GH Henri Mondor-Albert Chenevier, Sénateur du Val de Marne

Madame	Aurore	LE BONNEC	secrétaire général	Direction générale du CHSF
Madame	Colette	NODIN	directrice	EPX CH Arpajon
Monsieur	Michel	PALLOT	directeur	CH Marc Jacquet
Monsieur	Yves	TAVERNIER	président du conseil de surveillance	CH de Dourdan, ancien député-maire de Dourdan
Monsieur	Franck	TOUAFCHIA	directeur	Clinique Pasteur
Monsieur	Frédéric	VALLETOUX	président de la FHF- IDF	Maire de Fontainebleau Hôtel de ville
Monsieur	Manuel	VALLS	président du conseil de surveillance	CHSF, député-maire d'Evry Hôtel de ville

DEPLACEMENT EN LANGUEDOC-ROUSSILLON le 9 mai 2011

Madame	Bénédicte	ALLARD	chargée de mission	Délégation régionale Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Docteur	Martine	AOUSTIN	directrice générale	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Claude	BALAND	préfet de région	
Madame	Cécile	BELTRAN	déléguée générale	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur	Jean-Christophe	BOURSIN	secrétaire général régional	Préfecture
Madame	Marie-Christine	BOUSQUET	conseillère générale, maire de Lodève,	présidente du conseil de surveillance du centre hospitalier de Lodève, ancienne Directrice d'EMS, et présidente de la conférence de territoire de l'Hérault
Monsieur	Jean-Marie	BRUGERON	directeur général adjoint	Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Val d'Aurelle
Madame	Marie-Thérèse	BRUGUIERE	sénatrice de l'Hérault	de l'Hérault
Docteur	Lotfi	CHALABI	président de la CME	Etablissements ESPIC AIDER
Monsieur	Jérôme	COMBESCURE	directeur des finances	groupe Languedoc Mutualité
Monsieur	Raymond	COUDERC	sénateur	de l'Hérault
Madame	Catherine	DARDE	directrice générale	groupe Languedoc Mutualité
Monsieur	Jacques	DOUMERGUE	député	de l'Hérault
Monsieur	Marc	ETIENNE	président	Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées
Monsieur	Lamine	GHARBI	président	Fédération Hospitalière Privé (FHP)

Monsieur	Olivier	JAUDON	directeur de la stratégie	groupe Languedoc Mutualité
Docteur	Dominique	JEULIN-FLAMME	secrétaire générale	Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins (URPS ML)
Monsieur	Jean-Pierre	LACROIX	président régional	Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS)
Monsieur	Dominique	MARCHAND	directeur général adjoint	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Laurent	MIACHON	directeur de l'ambulatorioire	groupe Languedoc Mutualité
Monsieur	Jean-François	MILLET	chargé de Mission	Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées (UGECAM)
Docteur	Jean-Paul	ORTIZ	président	Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins (URPS ML) et de la conférence régionale des présidents de CME des établissements privés
Monsieur	Bertrand	PICARD	directeur général	Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées (UGECAM)
Monsieur	Jean-Marc	PICARD	sous-directeur	Union pour la Gestion des Établissements des Caisses d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées (UGECAM)
Professeur	Henri	PUJOL	président	de la CRSA collègue usagers
Monsieur	Maurice	POUZOLET	chargé des affaires réservées	auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Philippe	REMER	secrétaire Général et Délégué Régional	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Patrick	RODRIGUEZ	directeur général	Association Audoise Sociale et Médicale (ASM) de Limoux
Docteur	Christian	VEDRENNE	1er secrétaire général adjoint	Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins (URPS ML)

DEPLACEMENT EN PAYS DE LA LOIRE le 16 mai 2011

Monsieur	Gérard	ALLARD	coordinateur régional santé Pays de la Loire	UFC Que Choisir
Monsieur	Dominique	ANDRE	directeur général Association des œuvres de Pen Bron-Nantes	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Madame	Françoise	ANTONIN	présidente	Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)
Monsieur	Michel	BALLEREAU	représentant	Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées (SYNERPA)
Monsieur	Denis	BAUDINAUD	directeur	Fédération Hospitalisation Privée (FHP) - Polyclinique du Parc – Cholet
Madame	Isabelle	BECIGNEUL	représentante	Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers diplômés d'Etat (URPS)

Monsieur	Jean-Michel	BELLE	président	Fédération Hospitalière de France (FHF) Conseil de surveillance – CH Les Sables d'Olonne
Docteur	Edouard	BICHER	président	Fédération Hospitalière de France (FHF) - Conférence Régionale des Présidents de CME
Monsieur	Jean-Pierre	BLAIN	représentant	Association des Paralysés de France - Délégation de Loire Atlantique (APF)
Monsieur	Hubert	BLIN	infirmier coordinateur de la permanence de sécurité Gate Argent	Association Française contre les Myopathies (AFM)
Monsieur	Philippe	BOENNEC	président du conseil de surveillance	Fédération Hospitalière de France (FHF) - Hôpital intercommunal des Pays de Retz, Pornic
Monsieur	Olivier	BOSSARD	directeur du pôle Hospitalier Mutualiste Jules Verne	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Docteur	Dominique	BRACHET	président	Union Régionale des Professionnels de Santé – Chirurgiens Dentistes (URPS)
Monsieur	Jérôme	BRARD	directeur EHPAD Saint Gabriel Thouaré s/Loire	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Jean-François	CAILLAT	directeur général par intérim	Fédération Hospitalière de France (FHF) - CHU d'Angers
Monsieur	Elie	CHARRIER	président	Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
Monsieur	Jean-Marie	CHATELAIS	président de l'association HAD Mauges Bocage Choletais - Cholet	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Patrick	COLOMBEL	directeur	Fédération Hospitalière de France (FHF) - CH de Saint Nazaire
Monsieur	François-Xavier	CORBIN	secrétaire Général	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Madame	Christiane	COUDRIER	déléguée régionale -directrice générale	Fédération Hospitalière de France (FHF) - CHU de Nantes
Docteur	Philippe	DAVID	président de la CME pôle Hospitalier Mutualiste Jules Verne	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) - Nantes
Madame	Marie-Sophie	DESSAULE	directrice	Agence Régionale de Santé (ARS)
Madame	Evelyne	DELUZE	présidente	Aide à Domicile et Services à la Personne (ADSP)

Madame	Marie	DERENNES	députée générale régionale	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Docteur	Pascal	FORTIER	président	Fédération Hospitalière de France (FHF) - CME – CH haut Anjou
Docteur	Patrick	GASSER	président	Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins (URPS)
Madame	Odile	GOMBAULT	députée régionale	Union Régionale des Associations Familiales (URAF)
Madame	Sophie	GONNEVILLE	représentante	Union Régionale des Professionnels de Santé - pharmaciens 53 (URPS)
Monsieur	Alain	GUILLEMINOT	président	Union Régionale des Professionnels de Santé - pharmaciens 44 (URPS)
Madame	Gisèle	GAUTIER	Sénatrice	de Loire-Atlantique
Docteur	Patrick	GROB	médecin coordonnateur EHPAD St Gabriel	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Mathias	HUBERT	représentant	Union Régionale des Professionnels de Santé - pharmaciens 85 (URPS)
Madame	Françoise	JAN	présidente	Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (URAPEI)
Madame	Colette	JAUNET	représentante	Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers Diplômés d'Etat (URPS)
Madame	Marie-Michèle	JOANNIS	directrice	Fédération Hospitalière de France (FHF) - Hôpital Sèvre et Loire
Monsieur	Bertrand	LAVIGNE	représentant	Aide à Domicile et Services à la Personne (ADSP)
Monsieur	Jean-Yves	LEMERLE	président	Union Régionale des Professionnels de Santé Masseurs Kinésithérapeutes (URPS)
Monsieur	Joseph	LISSILOUR	président d'honneur	Association Française des Traumatisés Crâniens (AFTC)
Monsieur	Philippe	MAHEUX	directeur des Centres Les Capucins, délégué régional	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Patrick	MAILLARD	directeur EHPAD La Reponsance Le Mans	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	François	MARIE DIT CALAIS	directeur général	Associations pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH), représentant de l'Union Régionale des Associations pour Adultes et Jeunes Handicapés (URAPAJH)
Monsieur	Denis	MARTIN	directeur	Fédération Hospitalière de France (FHF) - CH Cholet
Monsieur	François	MOUREAU	président national et régional	Association ALCOOL ASSISTANCE Région Ouest
Madame	Monique	PAPON	Sénatrice Loire-Atlantique	
Madame	Joëlle	PATRON	vice-présidente résidence les jardins du vert Praud	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Jean-Yves	PENNEC	directeur du centre Médical François Gallouédec	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

Madame	Agnès	PICHOT	directrice HAD Nantes et sa région	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Madame	Geneviève	POIRIER COUTANSAIS	retraîtée et ancienne directrice	CH de la Roche sur Yon
Madame	Anne	POSTIC	directrice	Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
Professeur	Gilles	POTEL	président de la CME	Fédération Hospitalière de France (FHF) - CHU de Nantes
Madame	Brigitte	ROUE	directrice des affaires médicales	Fédération Hospitalière Privée (FHP) - Clinique de l'Anjou
Madame		ROUSSIAT	conseillère technique	Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
Monsieur	Pascal	RUTTEN	directeur des établissements	Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux 49 (ADIMC)
Monsieur	Willy	SIRET	délégué régional	Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées - Pays de la Loire (SYNERPA)
Monsieur	Raphaël	VIOLLET	directeur général – Les Apsyades – Bouguenais	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

DEPLACEMENT EN RHONE-ALPES le 23 mai 2011

Madame	Nadiège	BAILLE	directrice	CH de Montélimar
Monsieur	Philippe	BALAGNA	président des chirurgiens dentistes	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	Lucien	BARAZA	président des infirmiers	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	Jean-Pierre	BERNARD	directeur	CH de Valence
Monsieur	Serge	BERNARD	directeur	CH d'Annecy
Monsieur	Gilles	BONNEFOND	président des pharmaciens	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	Daniel	BOUQUET	directeur	CH Drôme Nord
Madame	Véronique	BOURRACHOT	directrice	CH de Roanne
Monsieur	Christian	CARMAGNAC	président de la conférence régionale des présidents de la CME et de CH	
Monsieur	Bruno	CHABAL	président des kinésithérapeutes	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)

Madame	Audrey	CHARLON-TULIPANI	Directrice régionale	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Monsieur	Bruno	DELATTRE	directeur	centre médical MGEN
Monsieur	Francis	DEPLUS	président de la CME	CH de Valence
Monsieur	Christian	DEVOLFE	président des médecins	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	Didier	DOREZ	président de la CME	CH d'Annecy
Monsieur	Olivier	DREVON	bureau	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Monsieur	Philippe	EI SAIR	directeur	CH de Villefranche
Monsieur	Alain	FRANCOIS	secrétaire adjoint	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	François-Noël	GILLY	doyen	Faculté de médecine de Lyon
Madame	Frédérique	GAMA	bureau	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Madame	Virginie	GRANGE	chargée de mission	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Charles-Henry	GUEZ	secrétaire des médecins	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Madame	Ségolène	GUICHARD	présidente de conseil de surveillance	CH d'Annecy
Monsieur	Pierre	de HAAS	président	Fédération des maisons et pôles de santé
Monsieur	Hubert	MEUNIER	directeur	CH le Vinatier
Monsieur	Gérard	MICK	président	Union nationale des réseaux de santé
Monsieur	Patrick	MIGNOT	bureau	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Monsieur	Olivier	MILLET	président de la CME	CH de Montélimar
Monsieur	Henri	de MONTCLOS	président de la CME	CH de Bourg en Bresse
Madame	Dominique	MONTEGU	déléguée régionale	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Denis	MORIN	directeur général	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Angélo	POLI	président	Conférence régionale des Présidents de CME des EPSM
Monsieur	Philippe	POUGET	président	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Monsieur	Philippe	REBAUD	président de la CME	CH de Villefranche
Monsieur	Vincent	REBEILLE-BORGELLA	représentant	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	Jean	ROCHE	président de la CME	CH de Roanne

Monsieur	Olivier	ROCHETTE	secrétaire général ORSAC	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
Monsieur	Claude	ROMANET	doyen	Faculté de médecine de Grenoble
Monsieur	Jean-Pierre	SALVARELLI	président de la CME	CH le Vinatier
Monsieur	Jean	STAGNARA	vice président des médecins	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Monsieur	Fabrice	ZENI	doyen	Faculté de médecine de St Etienne

DEPLACEMENT EN FRANCHE COMTE le 30 mai 2011

Monsieur	Didier	BACHELEY	directeur	centre d'accueil le Haut de Versac
Monsieur	Patrice	BARBEROUSSE	directeur général	CHU de Besançon
Docteur	Martial	BOTELBOL		maison de santé des Mercureaux
Madame	Françoise	BRANGET	députée	du Doubs
Monsieur	Gilles	CHAFFANGE	directeur Etapes Dole	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Monsieur	Christian	DECHARRIERE	préfet de région, préfet du Doubs	représenté par Monsieur Philippe MAFFRE, secrétaire Général des Affaires Régionales
Madame	Marie-Guite	DUFAY	présidente	Conseil Régional
Monsieur	Jean-Louis	FOUSSERET	maire de Besançon, président du conseil de surveillance	CHU de Besançon
Monsieur	Patrick	GARBUIO	président de la CME	CHU de Besançon
Madame	Anne	GARNIER-GAITEY	déléguée régionale	Syndicat interrégional Bourgogne Franche-Comté
Madame	Paulette	GUINCHARD	présidente	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Docteur	Pierre	LEGALLERY	secrétaire	Union Régionale des Professionnels de Santé - médecins (URPS)
Monsieur	Christian	MAGNIN-FEYSOT	président	Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux de Franche-Comté (ARUCAH)
Madame	Sylvie	MANSION	directrice générale	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Philippe	MEYER	directeur	Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Bavilliers
Monsieur	Laurent	MOUTERDE	directeur	CHT Sud Jura
Monsieur	Houcine	OUAFI	directeur	Fondation Caisses d'Epargne de Solidarité résidence Pierre Hauger (FCES)
Monsieur	Thomas	PENN	directeur des services	Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
Madame	Odile	RITZ	directrice générale adjointe	CHU de Besançon

Monsieur	Michel	RAISON	député de la Haute-Saône, maire de Luxeuil les Bains	représenté par Monsieur Loïc LABORIE, assistant parlementaire et Monsieur Frédéric BURGHARD, conseiller général du canton de Luxeuil-Saint Valbert, 1er adjoint au maire de la ville de Luxeuil
Monsieur	Emmanuel	SAMAIN	doyen de la faculté de médecine et de pharmacie	CHU de Besançon
Monsieur	Jean	SCHMID	directeur	CH Belfort-Montbéliard
Monsieur	Victor	SCHWACH	directeur du CRF Bretignier	Fondation Arc en Ciel
Monsieur	Jean-Marc	TOURANCHEAU	directeur général adjoint	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Denis	WALZER	délégué interrégional	Fédération Hospitalière de France (FHF)
Docteur	Patrick	VUATTOUX	vice-président	Fédération française des maisons et pôles de santé
Madame	Françoise	WITSCHI	directrice générale adjointe	Association hospitalière de Franche-Comté

#### DEPLACEMENT EN AUVERGNE le 6 juin 2011

Docteur	Emmanuelle	AMBLARD-MANHES	présidente	Conférence territoires du Puy-de-Dôme
Madame	Marie-Françoise	ANDRE	directrice	de la direction de l'offre ambulatoire, de la prévention et de la promotion de la santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Madame	Michèle	ANDRE	sénatrice du Puy-de-Dôme	Conseillère générale de Clermont-Fd Nord-Ouest
Monsieur	Jean-Paul	BACQUET	député du Puy-de-Dôme	maire de Coudes
Madame	Marie Thérèse	BARADUC	président	Conférence territoires du Cantal
Madame	Françoise	BEZIAT	présidente	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
Professeur	Gilles	BOMMELAER	président de la CME	CHU Clermont-Ferrand
Monsieur	Laurent	BONIOL	chef de mission	Chef de la plate-forme veille-alerte-inspections-contrôle à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Alain	BONNEFOY	président	Conseil Départemental de l'Ordre des infirmiers (CDOM) de l'Allier
Madame	Marie-Christine	BRUNEL	délégué territoriale	à la délégation territoriale Allier à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Docteur	Ludovic	CHADEYRAS	président	Union des Jeunes Chirugiens Dentistes (UJCD)
Docteur	Nicole	CHAMBERAUD	présidente	Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

Madame	Corinne	CHERVIN	directrice	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
Monsieur	Georges	COLLAY	président	Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)
Monsieur	Jean-Jacques	COMBET	président	Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CDOM) de la Haute-Loire
Monsieur	Roland	COURT	directeur	Régime Social des Indépendants (RSI)
Docteur	Jacques	DAUPLAT	directeur	Centre Jean Perrin
Monsieur	Gérard	DERIOT	sénateur	Conseil général de l'Allier
Monsieur	Pierre	DESLEVAUX	président	Conseil Départemental de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CDOM) du Puy-de-Dôme
Monsieur	Michel	DOLY	président	Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie à l'Agence Régionale de Santé (CRSA)
Monsieur	Jean-Paul	DUFREGNE	Conseiller général	Conseil général de l'Allier
Monsieur	Daniel	DUGLERY	président	CH de Montluçon
Monsieur	François	DUMUIS	directeur général	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Patrick	ENOT	directeur général	Association Départementale de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales de Haute-Loire (ADAPEI)
Monsieur	Bruno	FONLUPT	délégué régional	Association des directeurs des établissements pour personnes âgées (AD-PA)
Madame	Catherine	FOULHY	présidente	Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOF)
Monsieur	Gérard	GAGNAIRE	président	Comité Régional à l'Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR)
Monsieur	Yvan	GILLET	directeur général adjoint	Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Pierre	GIRAUDAT	président	Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes (CDOM) de l'Allier
Monsieur	Claude	GLENAT	président	Conseil Départemental de l'Ordre des infirmiers (CDOM) du Puy-de-Dôme
Monsieur	Serge	GODARD	sénateur du Puy-de-Dôme	maire de Clermont-Ferrand
Docteur	Jean-François	GREZE	président	Syndicat des Médecins Libéraux (SML)
Monsieur	Thierry	HAAS	délégué régional	Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées (SYNERPA-ORPEA)
Monsieur	Nicolas	KEMPA	orthophonistes	Union Régionale des Professionnels de Santé - des Orthophonistes (URPS)

Monsieur	Nicolas	KEMPA	président	Syndicat des orthophonistes de la région Auvergne
Monsieur	Bernard	LANCIAU	président	Conseil Départemental de l'Ordre des infirmiers (CDOM) de Haute-Loire
Monsieur	Laurent	LEGENDART	délégué territorial	à la délégation territoriale de Haute Loire et par intérim du Cantal
Monsieur	Bernard	LESTERLIN	député	de l'Allier
Monsieur	François	MAEDER	pharmacien	Union Régionale des Professionnels de Santé - Pharmaciens (URPS)
Monsieur	Hassan	MAHFOUDI	président	Association des biologistes de la région Auvergne
Monsieur	Joël	MAY	directeur	à la direction de l'offre médico-sociale et de l'autonomie à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Alain	MEUNIER	directeur général	CHU Clermont-Ferrand
Monsieur	Gérard	MORAND	directeur général	Caisse Primaire de l'Assurance Maladie du Puy de Dôme (CPAM)
Monsieur	Thierry	OLIVIER	président	Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)
Monsieur	Jean	PRORIOI	député de la Haute-Loire	maire de Beauzac
Docteur	André	RAYNAL	président	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Puy-de-Dôme
Monsieur	Robert	REICHERT	délégué inter régional	CHU Clermont-Ferrand
Monsieur	Hubert	RENAUD	président de la CME	Montluçon
Madame	Christine	ROUGIER	directrice adjointe, directrice	CHU Estaing
Monsieur	André	SALAGNAC	directeur général adjoint	CHU Clermont-Ferrand
Madame	Mireille	SCHURCH	sénatrice de l'Allier	Maire de Lignerolles
Monsieur	Jean	SCHWEYER	directeur	à la direction de l'offre hospitalière et des établissements de santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS)
Monsieur	Erick	STEENE	président	Conseil Départemental de l'Ordre des infirmiers (CDOM) du Cantal
Madame	Elisabeth	TARRAGA-CLAVERO	présidente	Organisation Nationale des syndicats des sages-femmes (ONSF)
Docteur	Philippe	VALOIS	président	Conférence territoires de l'Allier
Madame	Evelyne	VAUGIEN	déléguée régionale	Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
Professeur	Annie	VEYRE	présidente	CHU de Clermont-Ferrand
Monsieur	Laurent	WAUQUIEZ	président	CH Emile Roux

## 5. GLOSSAIRE

ADAPEI Association Départementale de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales  
ADGUPS Association Départementale des Gardes et Urgences pour la Promotion de la Santé  
ADIMC Association Départementale des Infirmes Moteurs Cérébraux  
ADMR Aide à Domicile en Milieu Rural  
AD-PA Association des directeurs au service des personnes âgées  
ADSEA Association pour la Sauvegarde de l'Enfance de l'Adolescence et de l'Adulte  
ADSP Aide à Domicile et Services à la Personne  
AFM Association Française contre les Myopathies  
AFTC Association Française des Traumatisés Crâniens  
ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux  
ANFH Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier  
APAJH Associations pour Adultes et Jeunes Handicapés  
APF Association des Paralysés de France  
APHM Assistance Publique Hôpitaux de Marseille  
APHP Assistance Publique Hôpitaux de Paris  
ARS Agence Régionale de Santé  
ARUCAH Association des Représentants des Usagers dans les Cliniques, les Associations et les Hôpitaux de Franche-Comté  
ASIP Agence des Systèmes d'Information partagés de Santé  
ASM Association Audoise Sociale et Médicale  
CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CDOSF Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes  
CFDT Confédération Française Démocratique du Travail  
CGT Confédération Générale du Travail  
CH Centre Hospitalier  
CHBT Centre Hospitalier de la Basse-Terre  
CHI Centre Hospitalier Intercommunal  
CHSF Centre Hospitalier Sud Francilien  
CHSLD Centre d'hébergement et de soins de longue durée  
CHSLD Centre d'hébergement et de soins de longue durée  
CHT Centre Hospitalier Territorial  
CHU Centre Hospitalier Universitaire  
CISS Collectif Inter associatif sur la Santé  
CME Commission Médicale d'Etablissement  
CMH Coordination Médicale Hospitalière  
CNAMTS Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
CNG Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière  
CNP Conseil National de Pilotage des ARS  
CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CNSA Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CNSD Confédération Nationale des Syndicats Dentaires  
CPH Conférence des Praticiens des Hôpitaux  
CRSA Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie  
CRUQPC Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge  
DGCS Direction Générale de la Cohésion Sociale  
DGOS Direction Générale de l'offre de Soins  
DGS Direction Générale de la Santé  
DSS Direction de la Sécurité Sociale  
EHESP Ecole des Hautes Etudes de la Santé Publique  
EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EN3S Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale  
EPRD Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses  
ESPIC Etablissement de Santé Public d'Intérêt Collectif  
FCES Fondation Caisses d'Epargne pour la Solidarité  
FEHAP Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne  
FFMKR Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs  
FFMPS Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé  
FHF Fédération Hospitalière de France  
FHP Fédération de l'Hospitalisation Privée  
FNCLCC Fédération Nationale des Centres de lutte Contre le Cancer  
FNEHAD Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile  
FNMF Fédération Nationale de la Mutualité Française  
FO Force Ouvrière  
FSM Fédérations des Spécialités Médicales  
HAS Haute Autorité de Santé  
HCL Hospices civils de Lyon  
HPST Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires  
IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales  
INPH Inter syndicat National des Praticiens Hospitaliers  
LEEM Les Entreprises du Médicament  
MDHP Mouvement de Défense de l'Hôpital Public  
MSA Mutualité Sociale Agricole  
ONSF Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes  
RSI Régime Social des Indépendants  
SAP Systems Applications Products  
SFR Société Française de Radiologie  
SML Syndicat des Médecins Libéraux  
SMPS Syndicat des Managers Publics de Santé  
SNAM-HP Syndicat National des Médecins chirurgiens spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics  
SYNCASS/CFDT Syndicat National des Cadres de Direction, Médecins, Dentistes et Pharmaciens des Etablissements Sanitaires et Sociaux publics et privés  
SYNERPA Syndicat National des Etablissements et Résidences privées pour Personnes Agées  
UGECAM Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie de Midi-Pyrénées  
UJCD Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes  
UNA Union Nationale de l'Aide, des soins et des services aux domiciles  
URAPAJH Union Régionale des Associations pour Adultes et Jeunes Handicapés  
URAPEI Union Régionale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés  
URIOPSS Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux  
URPS Union Régionale des Professionnels de Santé