

REPUBLIQUE FRANÇAISE  
*AVIS ET RAPPORTS DU*  
CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

*L'HÔPITAL PUBLIC  
EN FRANCE : BILAN  
ET PERSPECTIVES*

2005  
Etude présentée par  
M. Éric Molinié

**MANDATURE 2004-2009**

---

**Séance du Bureau du 21 juin 2005**

---

**L'HÔPITAL PUBLIC EN FRANCE :  
BILAN ET PERSPECTIVES**

---

**Etude du Conseil économique et social  
présentée par M. Éric Molinié  
au nom de la section des affaires sociales**

(Question dont le Conseil économique et social a été saisi par décision de son bureau en date du 22 septembre 2004  
en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée  
portant loi organique relative au Conseil économique et social)

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>CHAPITRE I - LA PLACE DE L'HÔPITAL PUBLIC DANS L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE .....</b>	<b>5</b>
<b>I - L'HISTOIRE DE L'HÔPITAL PUBLIC .....</b>	<b>5</b>
A - L'HERITAGE DES LIEUX ET DES TRADITIONS : L'HEBERGEMENT DES INDIGENTS.....	5
B - LA CONSTRUCTION DE L'HOPITAL MODERNE : LE SOIN DES MALADES .....	7
<b>II - UNE SUCCESSION DE REFORMES CONSTRUIT           L'HÔPITAL PUBLIC D'AUJOURD'HUI .....</b>	<b>10</b>
A - LA LOI DE 1941 FONDE L'HOPITAL PUBLIC.....	10
B - LES ORDONNANCES DE 1958 CREENT LA MEDECINE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ET RECOMPOSENT L'OFFRE HOSPITALIERE.....	11
C - LA LOI DU 31 DECEMBRE 1970 MET EN PLACE UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, OUVERT AU PRIVE, ET CREE LA CARTE SANITAIRE .....	13
D - LA LOI DU 19 JANVIER 1983 ENCADRE LES DEPENSES D'HOSPITALISATION PAR LE BUDGET GLOBAL .....	15
E - LA LOI DU 6 JANVIER 1986 ORGANISE L'AIDE MEDICALE URGENTE ET LES TRANSPORTS SANITAIRES.....	17
F - LA LOI DU 31 JUILLET 1991 INSTAURE DES SCHEMAS REGIONAUX ET OFFRE DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION.....	18
1. La planification sanitaire .....	19
2. Le management hospitalier.....	20
3. La qualité des soins .....	21
G - L'ORDONNANCE HOSPITALIERE DE 1996 VEUT RATIONALISER L'HOPITAL ET LANCE L'ACCREDITATION ..	22
H - LE PLAN DE MODERNISATION HOPITAL 2007.....	24
<b>III - L'HÔPITAL PUBLIC EN CHIFFRES.....</b>	<b>25</b>
A - L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2003 .....	25
1. Un secteur hospitalier varié de 2 938 structures .....	26
2. Un secteur public dominant en nombre de places .....	26

3. Une diminution du nombre d'établissements importante dans le secteur privé, plus modérée dans le public entre 1992 et 2003 .....	27
4. Près de 83 000 lits d'hospitalisation complète fermés entre 1992 et 2003 .....	28
5. La création de places dans le cadre du développement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation .....	29
6. En 2003, une activité des établissements de santé en légère hausse.....	30
<b>B - LES PERSONNELS HOSPITALIERS EN 2002 .....</b>	<b>31</b>
1. Près des deux tiers des personnels médicaux sont employés par les établissements publics .....	32
2. Trois quarts des personnels non médicaux sont employés dans les établissements publics .....	32
<b>C - LE POIDS DE L'HOPITAL PUBLIC DANS LES DEPENSES DE SANTE.....</b>	<b>33</b>
1. Les soins produits en secteur hospitalier en 2003.....	34
2. Un financement assuré à plus de 90 % par la sécurité sociale.....	35
<b>D - COMPARAISONS EUROPEENNES .....</b>	<b>36</b>
<b>CHAPITRE II - L'EXERCICE DES MISSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC AUJOURD'HUI .....</b>	<b>39</b>
<b>I - LES MISSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC.....</b>	<b>39</b>
<b>A - L'EVOLUTION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER .....</b>	<b>39</b>
1. Des missions progressivement élargies .....	39
2. Des missions assurées par des personnes morales de droit public ou privé .....	41
<b>B - DES MISSIONS SOUS-TENDUES PAR DES VALEURS PARTAGEES .....</b>	<b>42</b>
1. Des valeurs anciennes.....	42
2. Des valeurs remises en question dans les faits .....	44
<b>II - L'EXERCICE DE SES MISSIONS .....</b>	<b>45</b>
<b>A - L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....</b>	<b>45</b>
1. L'accueil et le traitement des urgences hospitalières.....	45
2. L'accès aux soins des personnes les plus démunies .....	53
3. Les modalités d'hospitalisation et l'organisation de la prise en charge.....	57
<b>B - L'ENSEIGNEMENT ET LA FORMATION .....</b>	<b>79</b>
1. Médecine de pointe et médecine courante .....	79
2. La formation initiale et continue des personnels paramédicaux .....	87

C - LA RECHERCHE.....	93
1. La recherche clinique et l'hôpital .....	94
2. Le poids de première importance des CHU dans l'enseignement et la recherche .....	97
<b>III - LES CONTRAINTES DANS L'EXERCICE DES MISSIONS....</b>	<b>98</b>
A - LES CONTRAINTES INTERNES .....	98
1. La gouvernance actuelle de l'hôpital, un pouvoir éclaté .....	98
2. Les conditions d'exercice de la prise en charge et la continuité des soins.....	101
B - LES CONTRAINTES EXTERNES.....	106
1. L'environnement sanitaire et social de l'hôpital public.....	106
2. Le poids croissant des contraintes administratives et réglementaires.....	109
<b>CHAPITRE III - LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL PUBLIC .....</b>	<b>115</b>
<b>I - LES TENDANCES LOURDES QUI CONDITIONNENT         L'AVENIR DE L'HÔPITAL PUBLIC .....</b>	<b>115</b>
A - LA POLITIQUE DE REGULATION DES DEPENSES DE SANTÉ.....	115
1. La faiblesse des marges de manœuvre budgétaires .....	115
2. La recherche du meilleur rapport coût-efficacité.....	117
3. La poursuite de l'effort de restructuration hospitalière.....	122
B - L'ALLONGEMENT DE LA DUREE DE VIE .....	127
1. Une évolution heureuse et inéluctable .....	128
2. Une nécessaire adaptation de l'offre de soins hospitaliers .....	130
C - L'ACCELERATION DU PROGRES MEDICAL.....	132
1. Les défis posés par le progrès médical .....	132
2. L'incidence du progrès médical sur l'organisation des soins .....	135
D - L'EXIGENCE CROISSANTE DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS .....	136
1. L'évolution de la procédure d'accréditation.....	136
2. Les progrès de la sécurité sanitaire.....	137
E - L'AFFIRMATION DES DROITS ET DE LA PLACE DES USAGERS A L'HOPITAL .....	139
1. Le renforcement des droits individuels.....	140
2. L'émergence des droits collectifs .....	143
3. Le droit à l'indemnisation.....	145
F - UNE REGIONALISATION ET UNE DEMOCRATISATION ACCRUES DES POLITIQUES SANITAIRES .....	146

1. Un processus déjà engagé depuis quelques années qui repose principalement sur la déconcentration .....	147
2. La recherche d'une plus grande démocratisation des politiques de santé .....	148
3. Vers la création d'agences régionales de santé ? .....	150
<b>II - LE PLAN « HÔPITAL 2007 », DES REPONSES FORTES MAIS PARTIELLES AUX DIFFICULTES DE L'HÔPITAL PUBLIC.....</b>	<b>153</b>
A - LA TARIFICATION A L'ACTIVITE .....	153
1. Une réforme ambitieuse dont la mise en œuvre sera progressive. ....	154
2. Des difficultés prévisibles d'application à prendre en compte .....	161
B - LA MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE DES HOPITAUX PUBLICS .....	176
1. L'évolution de l'organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital ...	177
2. La simplification de l'organisation interne .....	180
3. La rénovation de la gestion des hommes et des procédures de nomination .....	182
C - LA SIMPLIFICATION DE L'ORGANISATION SANITAIRE.....	185
1. L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 .....	185
2. Une grande complexité subsistant au niveau régional .....	187
D - LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER.....	193
<b>III - DE NOUVELLES PISTES DE REFLEXION POUR L'HOPITAL PUBLIC.....</b>	<b>195</b>
A - POUR UNE REAPPROPRIATION DES VALEURS DE L'HOPITAL PUBLIC PAR LES PROFESSIONNELS .....	196
1. Réconcilier la tradition humaniste de l'hôpital et l'approche techniciste de la médecine moderne.....	196
2. Redéfinir et clarifier les missions du service public hospitalier ...	199
3. Mieux prendre en compte le besoin de reconnaissance des personnels de santé et des bénévoles .....	200
B - VERS UN DECLOISONNEMENT ET UNE MODERNISATION DES STRUCTURES DE L'HOPITAL PUBLIC .....	203
1. L'activité comme unité de référence : pôle et tarification .....	203
2. Déconcentration, gouvernance, compétences : qui peut faire quoi à l'hôpital ? .....	206
3. Le partage de l'information en interne et en externe .....	212
C - UNE APPROCHE GLOBALE A METTRE EN ŒUVRE AU NIVEAU REGIONAL .....	213
1. Des missions à redéfinir à chaque échelon de prise en charge .....	213

2. Des réseaux territoriaux sanitaires et médico-sociaux, publics et privés, à intensifier, et des alternatives à l'hospitalisation à développer.....	215
3. Des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) aux Agences régionales de santé (ARS) ? .....	218
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>221</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>225</b>
Annexe 1 : Résultat du vote de l'étude en section .....	227
Annexe 2 : Liste des personnalités auditionnées.....	229
Annexe 3 : Liste des personnalités rencontrées par le rapporteur.....	231
Annexe 4 : L'exemple du réseau gérontologique de la MSA .....	233
Annexe 5 : Planification et territoires de santé en Bourgogne .....	235
Annexe 6 : Médecine hospitalière et médecine de ville en Angleterre .....	237
Annexe 7 : La tarification à l'activité en Italie.....	239
Annexe 8 : Un exemple de coopération public-privé.....	241
Annexe 9 : Le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin.....	243
Annexe 10 : Organisation sanitaire des îles de la Madeleine.....	245
Annexe 11 : Professions paramédicales .....	249
Annexe 12 : Formation paramédicale .....	253
<b>LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>255</b>
<b>TABLE DES SIGLES .....</b>	<b>259</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS.....</b>	<b>263</b>

Le 22 septembre 2004, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section des affaires sociales la préparation d'un projet d'étude sur « *L'hôpital public en France : bilan et perspectives* ».

La section a désigné M. Eric Molinié, comme rapporteur<sup>1</sup>.

\*  
\*      \*

## INTRODUCTION

*« J'enseignais qu'on ne doit jamais cesser de penser à ses malades ; c'est à force d'y songer qu'on parvient à voir clair. On ne doit jamais se contenter d'une simple hypothèse ou même de plusieurs. Il faut accumuler les preuves d'un diagnostic précis. Voir clair, voir clair avant tout, telle est la consigne. »*

*Robert Debré, « L'honneur de vivre », 1974.*

Les 25 et 26 janvier 1983, le Conseil économique et social votait un rapport et un avis sur « la réforme hospitalière : bilan et perspectives », présentés par la section des Affaires sociales. Un grand nombre des perspectives dressées alors se révèlent aujourd'hui prémonitoires, à commencer par l'indispensable et urgente adaptation de l'hôpital au vieillissement de la population : « *Enfin, s'agissant d'anticiper sur l'avenir, le Conseil économique et social estime indispensable d'ouvrir sans délai une réflexion sur les problèmes qui se poseront à brève échéance en matière de prise en charge, d'hébergement, de soins aux personnes âgées, compte tenu d'un vieillissement inéluctable de la population que font ressortir toutes les données démographiques actuelles et qu'il serait grave de ne pas prendre en compte dès à présent.* »

Après le dramatique épisode de la canicule de l'été 2003, force est de constater que cette recommandation reste encore aujourd'hui d'actualité.

Depuis, une tendance lourde s'est renforcée : l'hôpital public joue un rôle croissant en termes de recours social pour les personnes en situation de précarité. Cela est notamment vrai pour les « nouveaux pauvres » exclus d'un système économique en pleine mutation, et en particulier du système de soins ambulatoires de plus en plus formaté pour une prise en charge « normalisée », et du système de soins hospitaliers dont la prise en charge est marquée par une technicité et une hyperspécialisation croissantes.

Parce que tous ces facteurs d'évolution majeurs interpellent directement ses missions de service public, l'hôpital public est au cœur de cette problématique.

---

<sup>1</sup> Le résultat du vote de l'étude en section figure en annexe 1.



D'autres questions soulevées dans ce rapport restent également toujours d'actualité. Les contraintes financières n'ont cessé de s'accroître, en même temps que se sont accélérées les innovations technologiques, rendant la médecine de plus en plus coûteuse.

Comment optimiser l'allocation de ressources du système de santé ? Comment permettre aux gestionnaires hospitaliers d'être de véritables managers ? Comment réhabiliter la recherche clinique, spécifique de l'hôpital public, capitale mais « *qui apparaît encore trop souvent comme une charge induite ?* » comme le soulignait déjà ce rapport.

Sur ces sujets capitaux, comme sur un grand nombre d'autres sujets non moins primordiaux, le Conseil économique et social a estimé qu'il était indispensable de comprendre pourquoi et comment nous nous posons encore ces mêmes questions, en dressant un état des lieux plus de vingt ans après ce travail fondateur et en actualisant ses perspectives au début du nouveau millénaire.

Comme premières réponses à toutes ces questions, les pouvoirs publics ont tout d'abord joué la carte de la responsabilisation avec la réforme hospitalière de 1991. Devant le relatif échec de cette approche, la réforme engagée par les ordonnances de 1996 vont introduire, de façon plus directive, deux notions majeures : la régulation régionale du système hospitalier avec la création des ARH et l'obligation de l'accréditation de tous les établissements.

Devant l'urgence et l'importance des réformes à entreprendre, le gouvernement a mis en œuvre de façon concomitante en 2003, dans le cadre du Plan Hôpital 2007, toute une série de réformes qui mobilisent aujourd'hui les acteurs de l'hôpital de manière intensive et parfois anarchique, apportant des réponses fortes mais partielles aux difficultés de l'hôpital public.

Quelle autre organisation, publique ou privée, pourrait faire face, simultanément, à autant de défis ? Toutes choses étant égales par ailleurs, imaginons une entreprise confrontée à la fois à un changement radical de clientèle, elle-même en forte croissance, à une révolution technologique nécessitant de lourds investissements, à la nécessité d'une réduction de coûts drastique, et à des changements fondamentaux dans son mode de financement : n'est-ce pas la quadrature du cercle ?

A l'image du monde dans lequel il évolue, l'hôpital public, souvent présenté comme le miroir d'une société, se trouve aujourd'hui écartelé entre des exigences contradictoires. D'un côté, les urgences hospitalières accueillent de plus en plus de personnes âgées et de personnes démunies, nécessitant une prise en charge globale qui dépasse les soins purement médicaux. De l'autre, la médecine hospitalière pour les soins dits programmés, devient de plus en plus technique, spécialisée et coûteuse. Finalement, deux univers différents cohabitent au sein de l'hôpital : peuvent-ils se comprendre ? Que peuvent-ils faire ensemble ? Quelles sont les passerelles possibles ?

Tous les ingrédients d'une crise des valeurs, d'une véritable crise de l'identité hospitalière, sont alors en place.

Cette crise se traduit par l'émergence de questions nouvelles, qui commençaient tout juste à être posées en 1983 : quelles sont finalement les missions du service public hospitalier qui font l'honneur de l'hôpital public ? L'économique doit-il primer sur les soins ? Comment assurer la cohérence des réformes en cours ?

A défaut de réponses claires à ces questions, les acteurs de l'hôpital public perdent leurs repères : le dévouement demeure, mais on ne le donne plus sans compter, puisqu'il faut tout quantifier pour mieux gérer... et « *le soupçon crée ce qu'il craint* », pour reprendre l'aphorisme du philosophe Jacques Lacan : à un certain moment, la crise d'identité s'auto alimente et devient affective, irrationnelle.

Il est donc urgent que l'ensemble des acteurs de l'hôpital public se réapproprient ses valeurs et adhèrent à un projet clair qui soit courageusement débattu et partagé.

Ne s'agit-il pas finalement, à travers cette étude, d'ouvrir des pistes de réflexion qui permettront de répondre à la question qui conclut l'avis du Conseil économique et social de 1983 ? : « *Le vrai problème réside dans la place et le rôle de l'hôpital dans le système de distribution des soins : quel hôpital pour demain et pour qui ?* ». Il s'agit d'abord de répondre à cette question pour l'hôpital public, qui est au cœur de notre système de santé. Mais l'hôpital public pouvant de moins en moins agir de façon isolée, la réponse à cette première question en conditionne d'autres relatives à l'avenir du système de distribution des soins dans son ensemble et à la place de l'hôpital public par rapport aux autres acteurs de santé.

## CHAPITRE I

### LA PLACE DE L'HÔPITAL PUBLIC DANS L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE

#### I - L'HISTOIRE DE L'HÔPITAL PUBLIC

##### A - L'HERITAGE DES LIEUX ET DES TRADITIONS : L'HEBERGEMENT DES INDIGENTS

S'il ne fait actuellement aucun doute pour chacun que l'hôpital est avant tout destiné aux personnes malades, qui s'y rendent pour être soignés, il n'en a pas toujours été ainsi. L'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui a en effet évolué au fil des siècles depuis sa création, en fonction à la fois de l'évolution des besoins de la population et de leur prise en compte en termes de priorités politiques.

Les hôpitaux, appelés également hospices ou « maisons hospitalières », sont une création religieuse de l'Occident chrétien, sur le modèle du « Grenier de Bonté », l'un des tous premiers hospices construit en Cappadoce au milieu du IV<sup>ème</sup> siècle. Etymologiquement, le mot « hôpital » vient du latin « *hostis* », l'étranger, qu'il soit ami ou ennemi. Les premiers hospices apparaissent au VI<sup>ème</sup> siècle à Reims, Arles et Lyon pour accueillir les pèlerins.

Le concile d'Orléans donne en 549 aux hôpitaux, en application du principe de la charité chrétienne, la mission de « recueillir » les pèlerins, et les indigents, de les nourrir et d'en prendre soin, à défaut de pouvoir les soigner. Il confère en outre aux biens hospitaliers un caractère inaliénable, dans le but notamment de garantir une partie de leur autofinancement.

A cette époque, l'histoire de l'hôpital évolue, de façon parfois erratique, dans une triple direction : celle du champ religieux et de la charité vers le champ laïc de l'assistance universelle, celle du pouvoir local vers le pouvoir national, et celle de l'hébergement vers le soin.

À partir du Moyen-Age, la dimension et la nature du champ hospitalier vont être profondément modifiées, en raison d'une très forte expansion démographique. En effet, la population française a été multipliée par trois entre l'an 1000 et 1300, sans que la production agricole puisse augmenter au même rythme et dans des conditions d'hygiène d'autant plus propices au développement de pandémies que la médecine ne fait, durant tout le Moyen-Age, aucun progrès significatif. De fait, l'apparition des premières grandes épidémies, dès le XII<sup>ème</sup> siècle et jusqu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, de lèpre, de peste ou de choléra, et la récurrence de grandes famines, accroissent de façon considérable le nombre d'indigents et de mendiants qui se rendent dans les hôpitaux et remplacent les pèlerins.

Peu à peu, l'étranger reçu comme hôte par charité chrétienne dans les hôpitaux est remplacé par le lépreux contagieux et le mendiant suspecté de vol,

tous deux réputés dangereux pour une société fragile qui, de féodale et rurale, devient urbaine et bourgeoise, et se cherche de nouveaux modes de fonctionnement.

Le champ hospitalier va alors se construire sur l'intérêt commun aux laïcs et aux religieux d'enfermer les populations à risque, pauvres et malades, si possible à l'extérieur des villes<sup>2</sup>.

Au monde religieux, il revient de gérer à moindre coût l'hôpital, grâce au dévouement bénévole de ses soignants, et aux « bénéfices ecclésiastiques » de son patrimoine octroyés par le pouvoir temporel. Au pouvoir royal, il appartient de garantir une bonne administration hospitalière, contrôlée depuis 1543 par des officiers royaux.

C'est sur cette base que Louis XIV édicte le 14 juin 1662 que chaque cité importante doit pouvoir bénéficier « *d'un Hôtel-Dieu ou d'un hospice pour accueillir les pauvres, les vieillards, les vagabonds et les orphelins* ». La notion d'« hôpital général », spécifiquement destiné aux pauvres valides, apparue à Paris en 1656 (la Salpêtrière pour les femmes, Bicêtre pour les hommes), est ainsi généralisée pour la province. Le pauvre est devenu un enjeu de sécurité publique bien supérieur à l'enjeu de santé publique de gestion des épidémies, devenues moins nombreuses. L'hôpital général est investi d'une mission sociale, celle de redresser la déviance par rapport au modèle admis<sup>3</sup>.

Depuis 1612, les pauvres et les invalides ont déjà l'obligation d'aller dans les hôpitaux. A l'origine, il s'agit d'une démarche volontaire, mais très vite, ils y sont conduits par une police spéciale, les « Archers des Pauvres », et, en moins de vingt ans, l'hôpital général fonctionnera comme un lieu d'incarcération. Le concept d'enfermement apparaîtra clairement dans l'Encyclopédie de Diderot en 1778.

Les pauvres travaillent à l'hôpital et contribuent de façon significative à ses ressources. Car l'hôpital accueille de plus en plus de monde et coûte cher. Jusqu'en 1788, les dépenses d'assistance de l'Etat royal ne dépassent pas 1 % de son budget. Cependant, progressivement à partir du XVI<sup>ème</sup> siècle, les pouvoirs municipaux s'investissent davantage dans l'administration temporelle des établissements, à des fins de contrôle et de rationalisation de leur gestion économique et financière.

Au cours du XVIII<sup>ème</sup> siècle, la lutte de pouvoir entre l'Eglise et l'Etat va prendre une nouvelle ampleur. Celui-ci dresse le constat que l'hôpital ne soigne pas, accueille une population de plus en plus nombreuse qui échappe à son contrôle, et lui coûte *in fine* de plus en plus cher. En effet, pour assurer le financement des hôpitaux, le clergé doit pouvoir compter sur des ressources financières en croissance constante.

---

<sup>2</sup> Joël Autret ; *L'hôpital aux prises avec l'histoire* ; L'Harmattan, 2004.

<sup>3</sup> J. Imbert ; *Histoire des hôpitaux de France* ; Privat, Toulouse, 1982.

L'administration fiscale s'inquiète de l'importance du patrimoine catholique qui est exempté d'impôt. En augmentation continue depuis le moyen-âge, il représente à la fin de l'Ancien Régime le cinquième de la terre française.

Sans aller jusqu'à la nationalisation des biens hospitaliers (inaliénables depuis l'an 549), un Edit de 1780 permet la critique de la gestion du patrimoine immobilier des hôpitaux et envisage même des sanctions.

La Révolution française, par un décret du 11 juillet 1794, nationalise finalement les hôpitaux, après que le gouvernement de la République eût renoncé à les fermer au nom d'une rupture avec l'Ancien Régime et de sa logique d'enfermement contraire aux valeurs républicaines, décision finalement impossible à réaliser brutalement.

Devant la dérive constatée des coûts hospitaliers, l'Etat s'empresse de restituer aux municipalités la gestion hospitalière par un décret du 7 octobre 1796. Puis en 1801, le ministre de l'Intérieur Chaptal demande que les maires deviennent les présidents des commissions administratives qui en assurent l'administration.

C'est par le biais de l'organisation de la médecine et du financement de l'hôpital qu'au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle le pouvoir est progressivement repris par l'administration centrale.

#### B - LA CONSTRUCTION DE L'HOPITAL MODERNE : LE SOIN DES MALADES

Avant de développer le passage de l'hôpital/hôtel-Dieu à l'hôpital soignant, il convient de revenir sur la construction du rôle de soignant, autour puis à l'intérieur de l'hôpital.

A l'origine, le champ hospitalier se construit sans médecins. Le champ médical se construit ailleurs, à l'université et au domicile des patients : la médecine est avant tout un enseignement théorique, qui délègue aux chirurgiens, barbiers et inciseurs la pratique au chevet des malades.

L'entrée des médecins dans l'hôpital est tardive. A la fin du XII<sup>ème</sup> siècle, l'établissement du diagnostic de la lèpre donne au médecin une reconnaissance d'expert. Mais il faut attendre le XIV<sup>ème</sup> siècle et surtout la Renaissance pour que le médecin vienne contrôler les chirurgiens qui opèrent les indigents dans les hôpitaux : les connaissances anatomiques se développent, et les pratiques se perfectionnent alors que « *la médecine, elle, piétine, et n'offre que saignée, clystère, et purge : elle ne peut se distinguer que par le verbe* »<sup>4</sup>.

La lutte de pouvoir entre les médecins et les chirurgiens se manifeste dans l'enseignement de ces deux disciplines. Alors que la médecine relève des « arts

---

<sup>4</sup> Joël Autret ; Op. cit.

libéraux », qui définissent la connaissance et les professions, la chirurgie relève des « arts mécaniques », qui définissent des pratiques et des métiers<sup>5</sup>.

L'enseignement de la médecine dispose d'un *corpus* théorique ancien (la première université de médecine en France est créée en 1220 à Montpellier), alors que la chirurgie relève avant tout d'une pratique, rendue possible par l'acquisition d'une « charge ». La grande hétérogénéité des formations pour la chirurgie, l'exercice de ce métier par certains « fils de famille » fortunés mais peu doués pour la chose, ou par des barbiers plus ou moins expérimentés, ont amené le pouvoir royal à clarifier les choses en créant dans un premier temps la corporation des « barbiers barbants » en 1637, afin de mieux les distinguer des chirurgiens.

Dans un deuxième temps, par le décret de Marly de 1707, les médecins obtiennent le monopole de la médecine : « *Nul ne pourra exercer la médecine, ni donner aucun remède, même gratuitement, s'il n'a obtenu le grade de licencié* ». Le principe de la prescription médicale est ainsi posé officiellement pour la première fois, à la fois à l'égard des autres professionnels du soin, mais aussi à l'égard de la médecine de « femmes et de charlatans ».

Une fois le pouvoir médical ainsi installé, il est possible de créer en 1731 une Académie royale de chirurgie, puis de séparer définitivement les chirurgiens et les barbiers en 1739.

A la fin de l'Ancien Régime, nombreux sont les médecins qui remettent en cause le savoir médical traditionnel et l'organisation de son enseignement. Ils s'appuient désormais sur une nouvelle approche de la maladie fondée sur l'examen des symptômes. C'est le premier rapprochement entre les médecins et les chirurgiens. Pour cela, l'hôpital joue un rôle de catalyseur primordial puisqu'il permet de multiplier les observations grâce à la concentration en un même lieu d'un grand nombre de malades.

Peu après la Révolution, cette approche se traduit officiellement dans l'enseignement : « *Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement* » (Antoine Fourcroy, 1794).

C'est, en effet, la Révolution française qui consacre l'hôpital comme lieu de soin et transfère le pouvoir hospitalier du religieux au médecin. Parallèlement son financement évolue avec la création du prix de journée par le décret du 7 germinal an XIII (28 mars 1805), complété par l'instruction du 8 février 1823 qui imposait aux établissements de calculer un prix de journée. Mais aucun moyen de calcul n'ayant été établi, les prix connaissaient une forte variation d'un hôpital à l'autre<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Cette distinction perdure encore aujourd'hui où l'on parle de « savants médecins » et d'« habiles chirurgiens ».

<sup>6</sup> Au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle d'ailleurs, la fantaisie la plus arbitraire règne dans le calcul de l'hospitalisation des militaires : la commission des hospices réclame pour chaque soldat soigné au ministère de la guerre 8 francs par jour à Lombez (Gers) et 0.27 francs par jour à Pont-l'Abbé (Finistère) », note Jean Imbert. Les hôpitaux en France. Coll. Que sais-je ? PUF 1994, 6<sup>è</sup> édition.

Le projet de ces années révolutionnaires est d'édifier un nouveau système fondé sur l'assistance et non sur la charité, une assistance pensée, régulée, prise en charge et contrôlée par l'Etat. C'est l'espoir d'une transformation globale de la société sur la base d'un nouveau contrat social. Le pauvre se confond désormais avec le peuple souffrant et victime. Et dans ce système, les hôpitaux sont appelés à devenir les temples de la médecine : lieux de formation et de recherche, et peut-être un jour (mais guère avant Pasteur), lieux de guérison.

Cet élan médical est favorisé par de nouvelles connaissances et techniques, de plus en plus nombreuses : anatomopathologie, analyse chimique des corps organiques, perfectionnement des thermomètres et des microscopes...

De la charité, l'hôpital passe donc à l'assistance. Celle-ci, dont l'idée prévaut encore aujourd'hui, est officialisée sous la II<sup>ème</sup> République par la loi du 7 août 1851, véritable « première charte hospitalière », qui établit la mission d'assistance publique de l'hôpital en précisant que toute personne malade, même sans ressources, doit être admise à l'hôpital de sa commune.

Afin d'aider les hôpitaux à s'émanciper quelque peu de la gestion communale et à mieux assurer leur mission de service public désormais centrée autour du soin, la loi les dote alors de la personnalité morale, qui leur confère une autonomie, puisque disposant d'un budget, d'un patrimoine et du droit d'agir en justice. Le maire, président de la commission administrative, détient le pouvoir exécutif. Cependant, les actes de cette commission doivent être approuvés par le préfet de département, même si au préalable le conseil municipal doit, pour sa part, approuver les délibérations portant sur le budget et le patrimoine. La loi du 10 janvier 1849 crée l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris pour gérer hôpitaux, hospices et secours à domicile dans la capitale.

La loi de 1869 permet à l'hôpital de mieux se consacrer aux malades, en organisant à l'extérieur de son enceinte le service aux enfants assistés.

Vers 1885, la révolution pasteurienne consacre le caractère scientifique de la médecine, et permet de développer l'hygiène.

« Les hôpitaux ruraux » de proximité, ancêtres de nos hôpitaux locaux se développent, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, afin d'être au plus près des malades pour les grandes campagnes de vaccination.

Après la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, le début du XX<sup>ème</sup> est marqué par l'émergence du financement assurantiel de l'hôpital. La loi du 5 avril 1928 crée les assurances sociales obligatoires pour tous les employés du commerce et de l'industrie percevant un petit salaire. Peu à peu, l'hôpital tire l'essentiel de ses ressources non plus de la commune, mais des fonds d'assurance sociale.

Malgré ces ressources nouvelles, et devant la forte augmentation des dépenses hospitalières, l'Etat décide de reprendre au maire la direction des hôpitaux et hospices, par un décret-loi du 28 juillet 1939 qui, en raison de la guerre, n'a jamais pu être mis en œuvre. Celui-ci a été repris et amplifié par la loi du 21 décembre 1941 qui fonde encore aujourd'hui l'organisation hospitalière de notre pays.

## **II - UNE SUCCESSION DE REFORMES CONSTRUIT L'HÔPITAL PUBLIC D'AUJOURD'HUI**

### **A - LA LOI DE 1941 FONDE L'HOPITAL PUBLIC**

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public, en l'ouvrant aux malades payants. Jusqu'alors réservé aux indigents et aux fous qu'il convient, pour les uns, de socialiser grâce à une politique d'assistance par le travail, pour les autres, d'exclure de la société afin de protéger ses membres, l'hôpital s'ouvre à toutes les classes de la société civile. Ses recettes changent de nature en devenant de plus en plus liées à son activité de soins grâce à la généralisation et à l'extension du prix de journée, et prévalent progressivement sur ses autres recettes (legs, dons, subventions, gestion du patrimoine). Cette ouverture à la société civile induit, au cours des trente années suivantes, la disparition des salles communes au profit de chambres à un ou deux lits. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades.

La loi établit un classement géographique des hôpitaux, en distinguant les établissements à caractère communal, tels les centres hospitaliers généraux et les centres hospitaliers régionaux, les établissements à caractère départemental, tels les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, et les établissements à caractère national, tels l'Hôpital des Quinze-Vingt à Paris, l'Hôpital Saint-Maurice à Charenton (Val de Marne), l'Institut national des jeunes sourds de Bordeaux.

Visant à une certaine cohésion de l'ensemble du parc hospitalier et à une uniformisation de ses charges et obligations, la loi s'applique à tous les hôpitaux à l'exception des établissements spécialisés en psychiatrie et les établissements nationaux, et porte création d'une « commission du plan de l'organisation hospitalière », présidée par un conseiller d'Etat et appelée à « *apprécier la place et l'utilité de chaque établissement sur l'ensemble de la France ainsi que l'importance de ses ressources et le respect des conditions imposées par les pouvoirs publics.* ». Cette commission est remplacée en 1953 par la commission nationale de l'équipement sanitaire et social chargée d'établir l'inventaire des besoins et de déterminer les moyens propres à les satisfaire, afin de proposer à l'Etat un plan d'ensemble de l'organisation sanitaire et sociale.



La loi de 1941 crée la fonction de directeur, en lui attribuant les prérogatives du pouvoir exécutif jusqu'alors dévolues au président de la commission administrative de l'hôpital. Nommé par le préfet de département, représentant de l'Etat, le directeur est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel<sup>7</sup>, excepté le personnel médical permanent. En outre, le personnel médical n'est plus nommé par la commission administrative, mais par le préfet, qui dispose ainsi d'un réel pouvoir d'intervention.

Le décret d'application d'avril 1943 consacre l'organisation de l'hôpital en services, alors constitués chacun de plusieurs centaines de lits de médecine ou de chirurgie, pour pallier le faible nombre de médecins.

L'hôpital change ainsi de nature. D'établissement à vocation médico-sociale, il devient un établissement de soins ouvert à tous, fortunés ou non. Parallèlement, grâce à la création, par l'ordonnance du 4 octobre 1945, de la sécurité sociale - conçue initialement comme une assurance contre la perte de revenus plutôt que comme le moyen de garantir le financement des soins -, les hôpitaux développent désormais leur activité et font face à une demande de soins grandissante, et ainsi solvabilisée, des travailleurs et de leurs ayants-droits, ainsi que des personnes en situation de précarité sociale. Cependant, les agriculteurs et les travailleurs indépendants n'ont que progressivement bénéficié d'une couverture comparable.

#### B - LES ORDONNANCES DE 1958 CREENT LA MEDECINE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ET RECOMPOSENT L'OFFRE HOSPITALIERE

Au lendemain de la naissance de la V<sup>ème</sup> République, l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création des Centres hospitaliers et universitaires (CHU), à la réforme de l'enseignement médical et au développement de l'enseignement médical, dite réforme Debré, instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière, en créant le temps plein médical. Avant cette réforme, les médecins partageaient leur temps entre la faculté, l'hôpital et surtout le cabinet médical « de ville ». Ainsi, dans les villes où existe une faculté (ou une école nationale) de médecine et/ou de pharmacie, celle-ci et le centre hospitalier organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche. A cette fin, les établissements concernés concluent une convention hospitalo-universitaire, et deviennent des centres hospitaliers et universitaires, au nombre de vingt-neuf aujourd'hui. Le médicament des hôpitaux et l'agrégation de médecine se fondent dans le statut unique de chef de service hospitalo-universitaire. Le chef de service n'est plus nommé par le préfet mais, à partir d'un recrutement commun, à la fois par le ministre de la Santé et celui de l'Education nationale, et d'une élection par

---

<sup>7</sup> Sauf pour les établissements inférieurs à 200 lits où le président de la commission administrative continuait de disposer du pouvoir de nomination du personnel, mais sur proposition du directeur-économiste, et du pouvoir d'ordonnement et de passation des marchés.

les pairs de la faculté concernée<sup>8</sup>. Cette réforme de l'enseignement n'est finalement mise en œuvre que pour les médecins, les odontologistes et les pharmaciens, et non pour les biologistes, restreignant ainsi l'accès à l'hôpital des étudiants de cette discipline.

En complément préalable à cette ordonnance, les ordonnances n° 58-1198 et n° 58-1199 du 11 décembre 1958 portent, l'une, sur la réforme de la législation hospitalière, l'autre, sur la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation. Elles amplifient le rôle des hôpitaux qui, outre de pourvoir au traitement (avec ou sans hospitalisation) des malades, doivent assurer la prévention, par les examens de médecine préventive et de diagnostic, et la réadaptation fonctionnelle. Elles classent les établissements en cinq catégories : Centres hospitaliers régionaux (CHR), Centres hospitaliers (CH), Hôpitaux (H), Hôpitaux ruraux (HR), maisons de retraite (anciens hospices).

En outre, elles créent le principe des « cliniques ouvertes » et du secteur privé pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'établissement. C'est en effet la seule façon d'attirer les médecins à l'hôpital, fonction alors peu rémunérée et peu honorifique, et signe la naissance du « secteur privé »<sup>9</sup> hospitalier, qui perdure encore aujourd'hui.

Aux côtés de l'hôpital public, se dessinent les contours d'un secteur privé dont le décret du 24 avril 1959 d'application de l'ordonnance du 11 décembre 1958 donne une définition par la négative : *« sont considérés comme établissements sanitaires privés au sens de l'article L. 734-3 du Code de la santé publique, tous les établissements de soins comportant hospitalisation qui n'ont pas la nature juridique d'établissements publics ou qui ne sont pas gérés par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics »*.

Par ailleurs, les hôpitaux, maternités et hospices fonctionnant comme des services non personnalisés des collectivités publiques (communes ou départements) sont érigés en établissements publics ou rattachés à un établissement existant.

Enfin, trois conseils supérieurs consultatifs sont créés : la commission nationale de l'équipement hospitalier, le conseil supérieur des hôpitaux, le conseil supérieur de la fonction hospitalière.

---

<sup>8</sup> Le décret du 24 septembre 1960 sur le statut du personnel enseignant et hospitalier complète l'ordonnance et précise que le personnel universitaire perçoit une double rémunération, hospitalière et universitaire.

<sup>9</sup> Supprimé en 1983, le secteur privé a été ensuite rétabli par la loi n°87-39 du 27 janvier 1987 et confirmé par la loi hospitalière de 1991. Cette activité est soumise à une réglementation stricte (pas plus de 2 demi-journées de consultations par semaine). L'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 est venue à nouveau modifier les modalités d'exercice libéral des praticiens hospitaliers, qui ont désormais la possibilité soit de faire encaisser leurs honoraires par l'hôpital, soit de les percevoir directement. Cette dernière possibilité leur était auparavant refusée.

Avec l'augmentation du nombre de médecins hospitaliers, la complexification des techniques médicales et des soins, et donc la spécialisation croissante de la médecine, le nombre de services par établissement se multiplie considérablement, diminuant par-là même le nombre de lits qui leur sont rattachés.

C - LA LOI DU 31 DECEMBRE 1970 MET EN PLACE UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, OUVERT AU PRIVE, ET CREE LA CARTE SANITAIRE

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, définit les bases d'un grand Service public hospitalier (SPH), assuré non seulement par les établissements d'hospitalisation publics, mais aussi par les établissements de soins privés, à but lucratif ou non, ayant manifesté l'intention d'assurer une ou plusieurs des missions de service public que sont les soins, l'enseignement, la recherche et la prévention. Ainsi, opérant pour la première fois une distinction entre les établissements de santé à but lucratif et les établissements de santé à but non lucratif, elle offre la possibilité aux seconds de participer au service public hospitalier, ce qui comporte pour ces établissements dits « participant au service public hospitalier », l'obligation d'assurer l'ensemble des missions du service public hospitalier. Recentrant l'hôpital sur ses fonctions sanitaires<sup>10</sup>, elle fait de celui-ci le pivot du système de santé.

La loi de 1970 fait de la liberté de choix de leurs praticiens et de leurs établissements de soins un droit fondamental des patients (article 1<sup>er</sup>), et tend à créer une large complémentarité non seulement entre établissements publics, mais aussi entre les deux secteurs d'hospitalisation, public et privé.

Elle esquisse également les outils d'une planification sanitaire sous contrôle de l'Etat, représenté par le préfet. Afin de remédier au développement incontrôlé des structures et des activités, s'inscrivant en cela dans la logique défendue par le commissariat général au Plan selon laquelle l'Etat doit gérer rationnellement les autorisations de création des lits hospitaliers considérés en nombre suffisant mais mal répartis sur le territoire français, elle instaure une planification de l'offre hospitalière par la carte sanitaire (article 5), outil entre les mains du préfet, lui permettant d'accorder ou non les autorisations et agréments des établissements, activités et équipements lourds. La carte sanitaire contingente ainsi les politiques d'équipements et contraint les établissements de soins publics et privés tant au niveau de leur capacité en lits qu'à celui des équipements techniques les plus coûteux. Elle détermine des régions et des secteurs d'action sanitaire le plus souvent infra-départementaux (ou départementaux lorsque le nombre d'habitants est inférieur à la norme du décret), avec des indices de besoins en termes de lits

---

<sup>10</sup> La loi de 1975 devra alors ensuite organiser l'offre sociale dévolue aux établissements sociaux et médico-sociaux. Cette séparation, qui perdure encore aujourd'hui, est source de nombreux dysfonctionnements et incohérences dans la prise en charge de la population, notamment les personnes dépendantes, qu'elles soient handicapées ou âgées, mais aussi les personnes en situation de précarité sociale.

ou d'équipements conduisant par nature à une logique inflationniste, puisque toute demande est agréée automatiquement si l'offre existante est en dessous de l'indice.

La loi organise les formes de coopération entre établissements. Ainsi, les établissements assurant le SPH dans le même secteur forment un groupement interhospitalier de secteur. Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements de SPH forment un groupement interhospitalier régional. Les établissements d'un secteur ou d'une région peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur ou régional, établissement public créé par arrêté préfectoral. Cependant, les groupements ne sont pas dotés de la personnalité morale et sont pourvus d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie. Les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) peuvent également participer de plein droit à ces groupements et syndicats.

Afin d'optimiser l'utilisation des équipements sanitaires selon l'état des malades (phase aiguë, convalescence/cure/réadaptation, dépendance requérant un suivi médical constant), la loi distingue les notions de court (moins de vingt jours), moyen et long séjour (au-delà de quatre-vingts jours), qui sont précisées ensuite par la loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Les établissements sont dès lors classés selon la nature des soins qu'ils dispensent, cette classification se superposant à la classification géographique de 1941 toujours en vigueur<sup>11</sup> :

- les unités de court séjour recouvrent les unités d'hospitalisation pour la « pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante », ainsi que pour les « soins hautement spécialisés » ;
- les unités de moyen séjour accueillent les patients en convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, avec pour mission principale « l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus » ;
- les unités de long séjour ont pour objet l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs unités selon ce classement. Certains des établissements ou des unités ont une vocation nationale ou régionale. Un établissement à vocation régionale, qui répond aux conditions fixées par la loi, est un centre hospitalier régional.

Les établissements (ou groupes d'établissements) publics sont soumis à la tutelle de l'Etat, avec des normes d'équipement et de fonctionnement déterminées par décret. Ils sont administrés par un conseil d'administration composé de

---

<sup>11</sup> Didier Stingre ; *Le service public hospitalier* ; PUF, Coll. Que sais-je ?, novembre 2004

représentants des collectivités locales, des caisses d'assurance maladie<sup>12</sup>, du personnel médical et non médical, et des personnalités qualifiées, dont obligatoirement un médecin non hospitalier. Ils sont gérés par un directeur, responsable légal de l'établissement, nommé par le ministre en charge de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration. Ainsi, la loi ne modifie pas les attributions du directeur, mais fait du conseil d'administration de l'hôpital un organe de décision de la politique de l'établissement à moyen et à long terme, laissant au directeur une autonomie pour tous les actes de gestion courante (politique de personnel, ordonnancement des recettes et des dépenses). Le conseil d'administration, que le directeur doit de sa propre initiative informer des décisions prises dans le cadre de son pouvoir propre, a compétence pour délibérer, selon une liste limitative, sur le budget, les comptes, les propositions de prix de journée, la gestion du patrimoine, le plan directeur de l'établissement et les projets de travaux, les conventions avec l'université, les créations/transformations/suppressions de services, les règles d'emploi des personnels, le tableau des effectifs du personnel, à l'exception du personnel médical.

De plus, la loi de 1970 conforte, par un décret d'application du 6 décembre 1972, les missions de la Commission médicale consultative (CMC)<sup>13</sup>, et du Comité technique paritaire (CTP). La CMC doit désormais être consultée obligatoirement sur le budget, les comptes, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux, tandis que le CTP, devenu par la suite Comité technique d'établissement (CTE), est consulté obligatoirement sur l'organisation et le fonctionnement des services, ainsi que sur les conditions de travail.

La loi n° 87-575 du 24 janvier 1987 (dite loi Barzach) modifiera ensuite les attributions de la CMC qui devient délibérative en s'appelant désormais Commission médicale d'établissement (CME). La loi lui confère un nouveau rôle en matière de délibération sur les choix médicaux.

#### D - LA LOI DU 19 JANVIER 1983 ENCADRE LES DEPENSES D'HOSPITALISATION PAR LE BUDGET GLOBAL

Après les « Trente Glorieuses » où se multiplient les spécialités médicales et chirurgicales, se développent des plateaux techniques de plus en plus sophistiqués et performants, ce qui augmente considérablement les besoins en personnels médicaux et non médicaux. L'hôpital entre à son tour dans la crise économique, comme le reste de la société française, après le premier choc pétrolier de 1973. Cependant « *la crise n'a à aucun moment ralenti la croissance*

<sup>12</sup> L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée supprimera la représentation des caisses d'assurance maladie dans les conseils d'administration des établissements publics de santé.

<sup>13</sup> Les CMC ont été instaurées par le décret n° 43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils.

*des dépenses hospitalières, mais en a toutefois mis en relief l'importance et l'incidence dans l'évolution des dépenses de santé<sup>14</sup> ».*

Diverses mesures sont d'abord mises en œuvre. Par la circulaire du 1<sup>er</sup> août 1977, l'Etat interdit aux préfets d'augmenter le nombre de lits existants. Puis, la loi du 4 janvier 1978 autorise l'expérimentation<sup>15</sup> de deux nouvelles formules de tarification : le budget global et le prix de journée « éclaté » (séparant les tarifications de l'hébergement des soins courants et des prestations coûteuses), prémices de la réforme du financement. Parallèlement, est introduite la référence à un taux directeur d'évolution des dépenses, première tentative de disposer d'un instrument de maîtrise, tandis que, par le décret du 8 juillet 1982<sup>16</sup>, les actes médicaux ne font plus l'objet d'une tarification particulière et les charges correspondantes sont intégrées dans le budget hospitalier.

La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale a pour objectif de créer des recettes sans augmenter les cotisations des assurés sociaux ou des entreprises, de répartir plus équitablement les charges sociales et d'amorcer des réformes de structure dans le domaine de la santé<sup>17</sup>. Elle instaure alors une mesure majeure concernant le financement de l'hôpital : une dotation globale d'exploitation. Par ailleurs, est créé un forfait journalier hospitalier<sup>18</sup>, applicable dans tous les établissements à l'exception des unités ou centres de long séjour participant au service public hospitalier, et des établissements d'hébergement des personnes âgées comportant une section de cure médicale.

Elle substitue ainsi au mécanisme de financement par le prix de journée, lié à l'activité mesurée en nombre de journées d'hospitalisation, mécanisme inflationniste incitant à l'augmentation de la durée moyenne de séjour, un financement par une dotation globale calculée sur le budget de l'année précédant la réforme (1982) et auquel, d'année en année, est appliqué un taux directeur national d'évolution que le préfet est chargé de faire appliquer dans chaque département. La dotation de l'établissement est attribuée par la caisse d'assurance maladie de la circonscription chargée du versement en qualité de « caisse pivot » sous forme de douzièmes qui ont l'avantage d'assurer une trésorerie régulière.

<sup>14</sup> « *La réforme hospitalière : Bilan et perspectives* », Avis et rapport présenté par Paulette Hofman, 1983, au nom de la section des affaires sociales du CES.

<sup>15</sup> Cette expérimentation s'est déroulée entre 1978 et 1983 dans quatre établissements : CHR de Saint-Etienne, CHR d'Amiens, CH de Saint-Germain en Laye et Hôtel-Dieu de Paris. Son bilan, largement positif, a induit la décision de généralisation de la procédure.

<sup>16</sup> Décret du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

<sup>17</sup> « *La réforme hospitalière : Bilan et perspectives* », op. cit.

<sup>18</sup> De 20 francs, soit 3,04 euros, initialement, le forfait hospitalier (qui correspond aux frais d'hôtellerie) sera progressivement augmenté pour atteindre aujourd'hui 14 euros, 15 euros en 2006 et 16 euros en 2007. Un forfait spécifique en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie est fixé à 10 euros en 2005.

Cette réforme permet, au moins de 1985 à 1990, un ralentissement réel des dépenses hospitalières. Mais elle fige, reproduit et même augmente d'année en année les inégalités entre établissements, départements et régions. Ainsi ce qui est gagné en termes de maîtrise des dépenses est perdu au regard de l'allocation optimale et transparente des moyens budgétaires. La dotation globale fait de l'hôpital une « boîte noire » et favorise de fait l'inactivité, pénalisant même les hôpitaux qui ont fait des économies par souci de productivité. C'est pourquoi, afin de mieux connaître la nature des dépenses hospitalières et de réduire les inégalités entre les établissements, sont recherchés simultanément de nouveaux instruments de mesure plus fins et plus fiables de l'activité hospitalière<sup>19</sup>, permettant à terme la tarification à la pathologie. Ainsi, le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) est préconisé dès 1982. Il est basé sur les Groupes homogènes de malades (GHM), modèle importé des Etats-Unis par Jean de Kervasdoué, alors directeur des hôpitaux, qu'il a emprunté au professeur R. Fetter dans la mesure où les GHM sont la traduction des *Diagnosis related groups* (DRG). Un guide de la comptabilité analytique est publié en 1985 et la liste des GHM en 1986. Mais l'ambiguïté entretenue autour du PMSI, à la fois instrument d'analyse de l'activité et instrument de tarification, obère son appropriation par les acteurs et ralentit son développement. Ainsi, la généralisation du PMSI pour les activités de court séjour dans les établissements de santé publics et privés mettra plus de treize ans avant de constituer un outil d'allocation des ressources, confirmé par la circulaire n°96-495 du 6 août 1996. Désormais, l'activité de l'hôpital est décrite grâce aux PMSI et valorisée sous forme de points ISA (Indice synthétique d'activité)<sup>20</sup> attribués à chaque GHM selon un référentiel national.

Par ailleurs, le secteur privé non lucratif passe au budget global, et le secteur privé lucratif reste, lui, au prix de journée, déséquilibrant ainsi le système de financement. Dès 1984, la Cour des Comptes préconise l'extension du budget global à ce secteur.

#### E - LA LOI DU 6 JANVIER 1986 ORGANISE L'AIDE MEDICALE URGENTE ET LES TRANSPORTS SANITAIRES

La loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires définit l'aide médicale urgente : « *L'aide médicale urgente a pour objet en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ». Cette loi précise que les Services d'aide médicale urgente (SAMU) sont des unités des établissements de santé et qu'ils doivent être pourvus d'un Centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) doté

<sup>19</sup> J.M. Budet, F. Blondel ; *L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au Plan Hôpital 2007* ; Berger-Levrault, février 2004

<sup>20</sup> La valeur du point ISA d'un établissement représente le prix unitaire de l'activité hospitalière ou le coût effectif de l'offre de soins.

d'un numéro d'appel unique, le 15. Elle permet ainsi une articulation entre médecine hospitalière et médecine libérale au regard de la prise en charge des urgences.

Le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU, précise dans son article 3 qu'ils doivent :

- assurer une écoute médicale permanente ;
- déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte-tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ;
- organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veiller à l'admission du patient.

La circulaire du 12 décembre 1994 précise les modalités d'interconnexion entre le SAMU (15), les services de police-secours (17) et les sapeurs-pompiers (18).

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux mis en œuvre par les services d'incendie et de secours en application de l'article 16 de la loi n° 87-565 du 22 juillet 1987.

Les Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sont des unités mobiles de réanimation dépendant des SAMU. Leurs missions ont été définies par le décret n°97-619 du 30 mai 1997 : *« il s'agit d'assurer tous les jours de l'année, 24h/24, hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée, en vue, d'une part, de la prise en charge de tous les patients, sans distinction d'âge ni de pathologie, dont l'état requiert de façon urgente des soins médicaux et de réanimation, notamment du fait d'une détresse vitale ou potentielle et d'autre part, le cas échéant, de leur transport vers un établissement de santé apte à assurer la suite des soins ».*

#### F - LA LOI DU 31 JUILLET 1991 INSTAURE DES SCHEMAS REGIONAUX ET OFFRE DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière consacre le statut d'Etablissement public de santé (EPS) et introduit de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, management hospitalier, organisation hospitalière et coopération entre établissements, dans un double objectif de santé publique (qualité et accès aux soins) et de maîtrise des dépenses hospitalières.



Elle énonce trois principes fondamentaux : droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (article 1), droit du malade à l'information (par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne) et, enfin, évaluation par l'établissement de son activité afin d'améliorer la qualité des soins.

Dans ses dispositions générales, la loi de 1991 confirme aux établissements de santé publics et privés leurs missions sanitaires d'ordre curatif : examens de diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes « *en tenant compte des aspects psychologiques du patient* ». Elle élargit leur champ d'intervention par leur participation à des actions de santé publique, notamment « *toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention* ».

### **1. La planification sanitaire**

La loi introduit, aux côtés de la carte sanitaire instituée par la loi de 1970, un deuxième instrument de planification, le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Le secteur social n'est pas soumis aux dispositions de la loi de 1991 puisque les établissements médico-sociaux relèvent d'un cadre législatif spécifique<sup>21</sup>. Le découpage de la France en secteurs sanitaires est redéfini, avec une taille critique de 200 000 habitants par secteur, dans le but de déterminer des bassins sanitaires sur une base démographique suffisante pour qu'ils constituent une zone de cohérence et de complémentarité entre les installations, les équipements, les activités, donc les établissements. A ce titre, la loi de 1991 complète le dispositif des modalités de coopération interhospitalière de 1970 (convention de coopération, syndicat interhospitalier) en permettant aux établissements d'adhérer à un Groupement d'intérêt public ou économique (GIP ou GIE), mettant ainsi l'accent sur le développement nécessaire des complémentarités entre établissements quels que soient leurs statuts. Le SROS est un nouvel outil qualitatif et prospectif qui constitue un schéma directeur des capacités, installations, activités de soins et équipements en matériels lourds des établissements de santé publics et privés d'une région sanitaire. Il précise la manière dont la carte sanitaire est mise en œuvre par région sanitaire et définit les grands principes et les orientations de l'organisation de l'offre hospitalière en fonction des besoins de santé de la population. Elaboré de manière participative, notamment sur proposition des conférences sanitaires de secteur, il est rédigé d'après des travaux d'experts sous l'égide de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) et doit être révisé tous les cinq ans. Jusqu'en 1996, il est arrêté par le Préfet de région après avis des conférences sanitaires de secteur et du Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS)<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

<sup>22</sup> Il est composé de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes de Sécurité sociale, des représentants des professions de santé, des établissements de santé, des établissements sociaux, publics ou privés, notamment des établissements spécialisés et de leurs personnels, des usagers et de personnalités qualifiées.

qui, le cas échéant, dispose des études de la Commission régionale de l'évaluation médicale des établissements (CREME).

Il est accompagné d'une annexe qui décrit, de manière détaillée, l'application du schéma régional dans chaque secteur sanitaire et pour chaque établissement. Le schéma régional de l'organisation sanitaire est opposable, ainsi que son annexe depuis l'ordonnance de 1996.

#### Encadré 1 : Le schéma d'organisation sanitaire dans les Territoires d'Outre-mer (STOS)

La délibération 2002-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française a permis de moderniser les outils de planification sanitaire qui dataient d'une dizaine d'années (délibération n° 92-96 AT 1<sup>er</sup> juin 1992 portant réforme du système hospitalier).

Le champ de la carte sanitaire est ainsi étendu aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, à certains nouveaux équipements lourds, à des activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique. Le régime des autorisations actualisé encadre les initiatives des promoteurs de soins et permet d'en apprécier l'opportunité tout en s'assurant du respect des normes techniques.

La délibération n° 2002-170 APF du 12 décembre 2002 approuve le schéma d'organisation sanitaire 2003-2007. Les objectifs fixés, les programmes d'accompagnement arrêtés ainsi que les priorités organisationnelles retenues ont fait l'objet d'appréciations très positives des experts de l'IGAS lors de leur mission d'évaluation de la convention 1999/2003 entre l'Etat et la Polynésie française « ... prennent acte de l'écriture permanente du STOS... Ce document très abouti donne à cinq ans des perspectives claires d'amélioration du dispositif sanitaire polynésien » (Rapport 2004-008 -janvier 2004).

Les territoires de Saint Pierre et Miquelon, ainsi que Mayotte, ont également adopté des STOS. En effet, malgré les difficultés dues au contexte législatif et réglementaire, la collectivité de Saint Pierre et Miquelon a élaboré un STOS en raison notamment de la complexité de la situation locale qui se caractérise notamment par : une population peu nombreuse, donc une confrontation permanente aux effets de seuil ; un isolement géographique, qui représente une difficulté notable pour garantir un bon niveau de sécurité sanitaire à la population ; une offre de soins sur place nécessairement incomplète, qui oblige à établir des coopérations avec d'autres sites de soins (métropolitains ou canadiens) ; une attractivité faible pour les professionnels de santé non originaires de Saint Pierre et Miquelon ; un environnement de proximité canadien anglophone.

## 2. Le management hospitalier

La disposition fondamentale de la loi de 1991 pour l'hôpital public est l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'établissement, qui se décline en différents projets interdépendants : projet médical, projet de soins infirmiers, schéma directeur des systèmes d'information et de l'informatique, projet social<sup>23</sup>, programme pluriannuel de formation continue, projet de gestion, programme pluriannuel d'équipement et plan directeur.

<sup>23</sup> Le projet social est rendu obligatoire par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Il définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, les conditions de travail, et la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Il est négocié par le directeur et les organisations sociales représentatives au sein de l'établissement.

Le projet d'établissement doit être compatible avec les objectifs du SROS et, comme lui, a une durée de cinq ans. Elaboré de façon participative, il repose sur une dynamique associant les différentes catégories de personnel et les instances représentatives.

Prenant en compte les projets de service proposés par les chefs de service ou de département avec les conseils de service ou de département, le projet médical est élaboré par la commission médicale de l'établissement avec le directeur.

Le projet de soins infirmiers dans les établissements d'une certaine importance est préparé par la commission du service de soins infirmiers présidée par l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers, membre de l'équipe de direction. C'est là une très grande nouveauté, qui est une réponse institutionnelle au mouvement des infirmières de 1988 protestant à la fois pour de meilleures conditions de travail et, surtout, pour une véritable reconnaissance professionnelle. Les autres projets sont conduits sans référence législative ou réglementaire, sous l'égide de comités de pilotage pluridisciplinaires, représentatifs, et au moyen de groupes de travail dans lesquels la direction est représentée.

La loi prévoit pour les établissements la possibilité de contractualiser avec l'Etat ou l'assurance maladie pour une période pluriannuelle, sur des objectifs et des moyens. Le Contrat d'objectifs et de moyens (COM) d'un établissement doit être en conformité avec le SROS et le projet d'établissement avec lesquels il est en interface<sup>24</sup>. Cette possibilité, synonyme d'adjonction de moyens supplémentaires, est à ses débuts peu utilisée. Elle tend aujourd'hui à se développer notamment en ce qui concerne les grands centres hospitaliers. Par ailleurs, la loi confirme la nécessité du PMSI et la circulaire du 16 septembre 1991 subordonne l'attribution de crédits à la production d'informations médicalisées.

### **3. La qualité des soins**

La loi de juillet 1991 fait obligation aux établissements non seulement de prodiguer des soins de qualité, mais aussi de les évaluer. C'est à cette fin qu'est créée l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM), afin que celle-ci produise référentiels, études et méthodes, préfigurant ainsi les travaux de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) créée par l'ordonnance hospitalière d'avril 1996, elle-même remplacée au 1<sup>er</sup> janvier 2005 par la Haute Autorité de Santé en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

---

<sup>24</sup> P. Forcioli ; *Le budget de l'hôpital* ; Masson, 1999.

G - L'ORDONNANCE HOSPITALIERE DE 1996 VEUT RATIONALISER L'HOPITAL ET LANCE L'ACCREDITATION

Parmi les trois ordonnances de 1996, l'ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a pour ambition, comme la loi de 1991, de concilier à la fois l'accès de tous à des soins de qualité et la maîtrise de la croissance hospitalière<sup>25</sup>. S'inscrivant dans un ensemble de mesures visant à réformer le système de protection sociale, elle vise à réformer en profondeur notre système d'hospitalisation.

Souhaitant placer le patient au « cœur du système de soins », l'ordonnance de 1996 prévoit pour la première fois la représentation des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé et généralise la commission de conciliation pour le règlement des litiges.

Elle est organisée autour de quatre axes :

- la création d'un système d'accréditation destiné à améliorer la qualité de l'offre hospitalière ;
- la régulation régionale du système hospitalier avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- la contractualisation comme outil de gestion interne et externe des établissements.
- le renforcement de la coopération entre les différentes structures hospitalières, et entre médecine hospitalière et ambulatoire.

Faisant un pas de plus dans l'obligation d'évaluer la qualité des soins, l'ordonnance impose aux établissements publics et privés d'être accrédités sous cinq ans, par l'ANAES.

Les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont pour mission de répartir les moyens et les activités selon les établissements publics et privés. Ce sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat (par les DRASS et les DDASS) et les organismes d'assurance maladie<sup>26</sup>, dont le directeur est nommé en conseil des ministres. Placée sous la tutelle directe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chaque ARH est compétente pour exercer l'ensemble des missions en matière de planification des structures et des équipements des établissements publics ou privés, et d'allocation des ressources, jusqu'ici assumées par les préfets de région et de département et les caisses régionales d'assurance maladie. Elle signe des contrats d'objectifs et de moyens

<sup>25</sup> Des deux autres ordonnances, l'une porte sur la réorganisation de la Sécurité sociale et crée notamment des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) entre les trois principaux régimes, l'autre porte sur la « maîtrise médicalisée des dépenses de soins ».

<sup>26</sup> Une convention constitutive précise la participation des caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes, c'est-à-dire l'URCAM, la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), l'Echelon régional du service médical (ERSM), la Caisse mutuelle régionale (CMR) du régime des non salariés, non agricoles et l'association régionale des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA).

avec les établissements dans une perspective pluriannuelle, contrats basés sur le projet médical, le projet de soins infirmiers et le projet d'établissement.

Dans le but de promouvoir une participation active des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs à l'organisation et la gestion de l'établissement, l'ordonnance prévoit que, dans les établissements publics de santé, les équipes médicales et paramédicales peuvent constituer à leur initiative des centres de responsabilité bénéficiant, par contrat avec la direction, d'un budget et de délégations de gestion. L'ordonnance affirme le pouvoir hiérarchique du directeur sur les chefs de service dans le cadre de la délégation de signature qu'il serait amené à leur accorder en tant que responsables de centres de responsabilité budgétaire.

Pour développer les coopérations entre établissements, les établissements publics doivent, dans les trois ans, inscrire leur développement dans une communauté d'établissements dans le cadre du secteur sanitaire.

En matière de financement, un Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est voté chaque année par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Le gouvernement fixe ensuite, pour chaque région, dans le but à la fois de répondre aux besoins de la population et de réduire les inégalités interrégionales<sup>27</sup>, la dotation hospitalière pour les établissements publics et privés participant au service public, qui a un caractère limitatif, et l'Objectif quantifié régional (OQR) opposable aux établissements privés lucratifs. Une fongibilité partielle<sup>28</sup> est créée entre les ressources consacrées aux établissements publics et privés financés par dotation globale et aux établissements privés financés sur la base de tarifs. L'utilisation du PMSI généralisée dans tous les établissements permet à chaque agence régionale de l'hospitalisation de réaliser une allocation des ressources plus efficace. L'opposabilité du schéma régional d'organisation sanitaire et de ses annexes garantit que l'évolution de chaque établissement s'inscrit dans un cadre régional cohérent.

Par ailleurs, l'ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 ne distingue plus que deux catégories d'établissements publics de santé : les hôpitaux locaux et les centres hospitaliers. Enfin, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet aux patients qui le souhaitent, sans l'intermédiaire d'un médecin, d'accéder aux informations contenues dans leurs dossiers médicaux.

---

<sup>27</sup> Alain Coulomb ; *Médicalisation de l'ONDAM* ; Rapport du groupe de travail de la commission des comptes de la Sécurité sociale Mars 2003.

<sup>28</sup> Articles L.162-22-2, L.162-22-9, L.174-1-1, L.22-7-1 du Code de la Sécurité sociale.

#### H - LE PLAN DE MODERNISATION HOPITAL 2007

Présenté en Conseil des ministres, le 20 novembre 2002, avec le triple objectif de pallier la vétusté des établissements, de rapprocher financement et activité, et d'améliorer leur fonctionnement interne par un meilleur dialogue médecins-direction, le Plan de modernisation Hôpital 2007 comporte deux volets essentiels : l'allègement des contraintes extérieures aux établissements et la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics.

Le premier volet qui vise à l'allègement des contraintes pesant sur les établissements s'articule autour de cinq axes :

- la modernisation des établissements par une «relance sans précédent» de l'investissement, en respectant trois contraintes : cohérence avec la politique de recomposition du paysage hospitalier telle que mise en œuvre par les ARH, globalité du champ couvert (patrimoine immobilier, équipements lourds, systèmes d'information), rapidité de réalisation permise par un appui financier important (1,2 milliard d'euros par an pendant cinq ans), régionalisation de la procédure (au niveau national, reviennent la définition des orientations générales et du cadrage financier, la répartition des crédits entre les régions, un appui méthodologique, l'évaluation périodique des projets mis en œuvre, tandis qu'au niveau régional<sup>29</sup>, c'est à chaque ARH de répartir les crédits entre établissements) ; une mission nationale d'appui à l'investissement se déploie en région afin d'assister établissements et ARH dans la mise au point des projets, qui bénéficient de modalités innovantes de réalisation ;
- le changement du mode de financement avec la Tarification à l'activité (T2A) pour les deux secteurs public et privé. Prévue, initialement, au 1er janvier 2004 dans le secteur privé, la T2A a été reportée plusieurs fois pour des raisons techniques et devrait être mise en œuvre au 1er avril 2005. Pour le secteur public, il a été prévu une montée en charge progressive à raison de 10 % du budget de l'établissement pour 2004 et 25 % pour 2005, soit une généralisation sur huit ans. La T2A finançant l'activité de soins, des modalités spécifiques concernent les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) incluant les MERI (recherche et innovation), ainsi que certaines activités et l'acquisition de molécules très coûteuses (médicaments sur liste) ;
- la rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics afin d'assouplir les procédures d'appels d'offres des marchés publics ;

---

<sup>29</sup> La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales permet aux régions qui en font la demande de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.

- la simplification de l'organisation sanitaire, avec un renforcement du rôle central du Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) dont le champ d'application est élargi aux alternatives à l'hospitalisation, à la psychiatrie et aux soins palliatifs. L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 prévoit également la suppression des indices et de la carte sanitaire<sup>30</sup> ;
- enfin, la facilitation des coopérations sanitaires par la simplification et l'assouplissement du Groupement de coopération sanitaire (GCS) qui peut être conclu entre un ou plusieurs établissements et des professionnels libéraux de santé, et peut ainsi constituer un cadre juridique pour un réseau de santé.

Le second volet du Plan Hôpital 2007 porte sur la modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics et ouvre deux grands chantiers :

- le décloisonnement interne des organisations médicales, en généralisant les pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne entre le directeur et chaque responsable de pôles d'activité ;
- de façon plus générale, la rénovation des relations entre les acteurs (possibilité d'intéressement individuel aux résultats de gestion des pôles d'activité ; renouvellement de la composition des différentes instances de l'hôpital).

Ces dispositions nouvelles (voir *infra*) ont fait l'objet d'une ordonnance présentée en Conseil des ministres le 27 avril et publiée au Journal officiel le 3 mai 2005.

### III - L'HÔPITAL PUBLIC EN CHIFFRES

#### A - L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN 2003

*Cette partie reprend pour l'essentiel des « données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004 », Annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, Ministère de la santé et de la protection sociale, DREES ainsi que la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2003).*

---

<sup>30</sup> L'ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, retient le schéma d'organisation sanitaire comme outil unique de planification et prévoit la suppression de la carte sanitaire en 2006.

### **1. Un secteur hospitalier varié de 2 938 structures**

Pour répondre à l'ensemble des demandes de soins, en 2003, on comptait en France métropolitaine, 2938 établissements ou entités juridiques sanitaires<sup>31</sup> disposant de 457 132 lits d'hospitalisation à temps complet<sup>32</sup> et de 48 521 places en hospitalisation à temps partiel<sup>33</sup>.

Le secteur hospitalier français présente un paysage varié<sup>34</sup>. Il fait cohabiter des établissements de trois types de statut juridique combinant des modes très différents d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont également très variés.

### **2. Un secteur public dominant en nombre de places**

En 2003, le secteur public regroupe 65,4 % des lits d'hospitalisation à temps complet et 62,1 % des places en hospitalisation à temps partiel.

Au sein des établissements publics, l'article L.6141-2 du Code de la santé publique distingue deux types d'établissements, financés de manière identique mais qui se différencient par leurs missions : les centres hospitaliers, qui peuvent être de surcroît régionaux et/ou universitaires, et les hôpitaux locaux. Ces derniers ne peuvent effectuer des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, qu'en passant une convention avec un centre hospitalier public ou un établissement privé agréé.

De leur côté les établissements privés se répartissent en cinq grandes catégories selon leur activité principale : les établissements de soins de courte durée, les établissements de soins de suite et de réadaptation, les établissements de soins de longue durée, les établissements de lutte contre les maladies mentales, les toxicomanies et l'alcoolisme et les établissements de traitements et soins à domicile et de dialyse ambulatoire. Au sein du secteur privé, le secteur lucratif concentre la majorité (58 %) des lits d'hospitalisation à temps complet tandis que les lits d'hospitalisation à temps partiel se répartissent presque à parité entre les deux secteurs lucratif et non lucratif.

---

<sup>31</sup> Les systèmes d'information repèrent également environ un millier de structures supplémentaires, définies réglementairement comme des établissements de santé, mais qui ne constituent pas des hôpitaux au sens commun du terme, puisqu'ils ne disposent pas de capacité d'hébergement. Pour l'essentiel, il s'agit de structures associatives d'auto-dialyse et de dialyse.

<sup>32</sup> L'hospitalisation à temps complet (ou encore à temps plein) est celle durant laquelle le patient est hébergé à l'hôpital et installé physiquement dans un lit (y sont comptés les séjours où le patient passe au moins une nuit à l'hôpital).

<sup>33</sup> Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent notamment la mise en œuvre d'investigation à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitement de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

<sup>34</sup> Frédéric Bousquet avec la collaboration de Magali Coldefy, Marc Joubert et Edith Thomson ; *Les établissements de santé en 1999* ; Collection Etudes et statistiques, DREES.



Tableau 1 : Situation des établissements de santé en 2003 selon le statut juridique

	Public	Privé			Total
		Privé non lucratif	Privé lucratif	Ensemble	
Nombre d'entités juridiques ou d'établissements	997	845	1 096	1 941	2 938
Nombre de lits d'hospitalisation à temps complet	299 102	66 327	91 703	158 030	457 132
Nombre de places en hospitalisation à temps partiel	30 127	9 256	9 138	18 394	48 521
Nombre d'entités juridiques ou d'établissements en % du total	33,9	28,8	37,3	66,1	100
Nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en % du total	65,4	14,5	20,1	34,6	100
Nombre de places en hospitalisation à temps partiel en % du total	62,1	19,1	18,8	37,9	100

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale, DREES, SAE, 2003

### 3. Une diminution du nombre d'établissements importante dans le secteur privé, plus modérée dans le public entre 1992 et 2003

En onze ans, ce sont un peu plus de 380 hôpitaux et cliniques qui ont disparu ou se sont regroupés, traduisant, selon les experts, les formes extrêmes, et relativement isolées, prises par ce qui apparaît plus comme une réorganisation progressive des structures sanitaires, qu'un réel mouvement de restructurations<sup>35</sup>. Les mécanismes à l'œuvre expliquant ces évolutions sont multiples et imbriqués. Le progrès des techniques médicales constitue un facteur essentiel de la diminution du nombre des hospitalisations et surtout de la réduction des durées de séjour, de même que les progrès en matière d'organisation interne des établissements et ceux relatifs à l'évolution des modes de prise en charge. Ces évolutions se sont également produites sous l'impulsion des recherches de rationalisation du secteur hospitalier, à la fois dans le but d'améliorer la qualité des prises en charge en essayant d'éviter ou de raccourcir les séjours hospitaliers, et dans celui de mieux réguler les dépenses de soins.

Ces facteurs ont toutefois agi de manière très différente selon les secteurs d'hospitalisation, aboutissant à la fermeture d'un nombre beaucoup plus important d'établissements dans le secteur privé : près de 30 % des cliniques, notamment des petites maternités, ont fermé leurs portes.

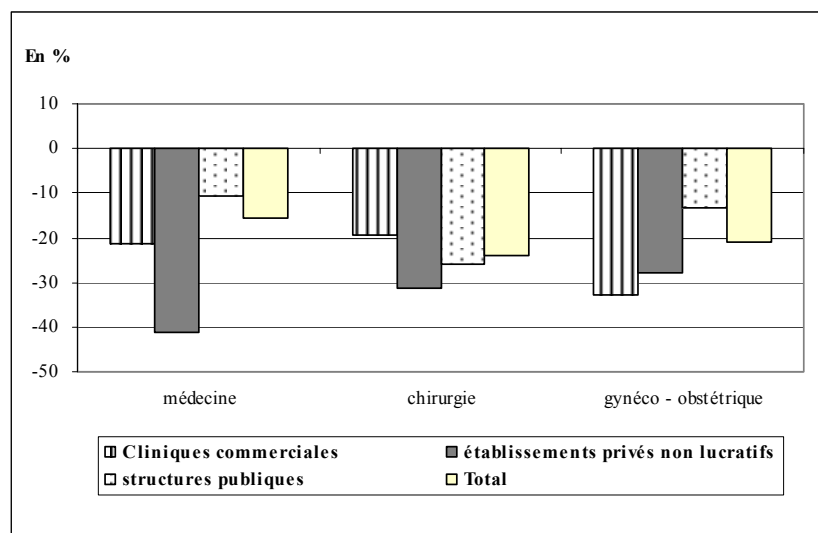
<sup>35</sup> Revue française des affaires sociales ; *Recomposer l'offre hospitalière* ; n° 3 juillet/septembre 2003.

#### 4. Près de 83 000 lits d'hospitalisation complète fermés entre 1992 et 2003

En onze ans, les capacités d'hospitalisation à temps complet, tous secteurs confondus, se sont notablement réduites. Entre 1992 et 2002, le nombre de lits installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est ainsi passé de 540 100 à 457 100. La fermeture de 83 000 lits s'est faite à un rythme assez régulier, se situant autour d'une diminution annuelle de 1,5 %. Ce mouvement qui résulte pour partie d'une volonté des pouvoirs publics de supprimer des lits considérés comme excédentaires traduit aussi l'évolution structurelle des formes de prises en charge qui se tournent de plus en plus vers les alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

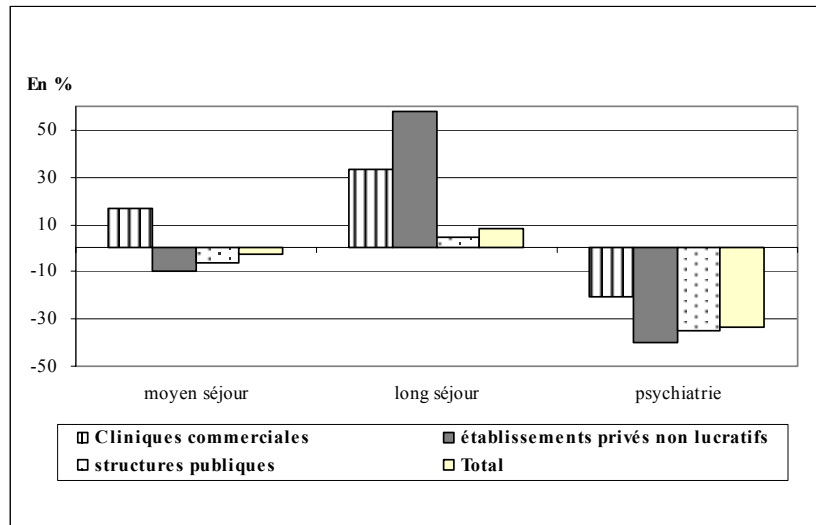
A l'exception des activités de moyen et de long séjour, toutes les autres activités ont perdu des lits d'hospitalisation à temps complet. C'est particulièrement le cas pour les activités de la psychiatrie, de la chirurgie et de l'obstétrique.

Graphique 1 : Evolution en % du nombre de lits d'hospitalisation de court séjour à temps complet entre 1992 et 2003 selon l'activité et la catégorie d'établissements



Source : ministère de la Santé/DREES/SAE/Graphique de la mission INSEE du Conseil économique et social

Graphique 2 : Evolution en % du nombre de lits en hospitalisation à temps complet (moyen et long séjours, psychiatrie) entre 1992 et 2003 selon l'activité et la catégorie d'établissements



Source : ministère de la Santé/DREES/SAE/Graphique de la mission INSEE du Conseil économique et social.

### 5. La création de places dans le cadre du développement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Les fermetures de lits d'hospitalisation complète traduisent, avec un léger décalage dans le temps, la transformation des modes de prises en charge intervenue dans la seconde moitié des années 1980, en France comme à l'étranger, transformation rendue possible par des innovations de technologies médicales et médicamenteuses (notamment en anesthésie). Au fur à mesure de l'apparition de ces progrès, un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, exploration endoscopiques...) ont pu être effectuées en toute sécurité en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation à temps complet.

En 2003, la majorité des places d'hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour, notamment en psychiatrie, chirurgie, suivi de pathologies chroniques et/ou rares) se trouvent dans des établissements publics de santé. En revanche, selon le type d'activité pratiquée dans ce mode d'hospitalisation, des spécialisations apparaissent : près des trois quarts des places en chirurgie ambulatoire sont dans des cliniques privées à but lucratif.

## 6. En 2003, une activité des établissements de santé en légère hausse<sup>36</sup>

L'activité des établissements de santé publics et privés, mesurée en nombre de séjours, a augmenté très légèrement en 2003 (+0,6 %) en France métropolitaine et tous modes d'hospitalisation confondus<sup>37</sup>. Cette hausse compense la diminution de 0,3 % constatée en 2002. L'activité hospitalière à temps complet a diminué de 1 % alors que l'activité à temps partiel s'est accrue de 2,3 %, prolongeant ainsi la tendance déjà observée en 2002 (respectivement -1,8 % en temps complet et +1,3 % en temps partiel).

Tableau 2 : Evolution de l'activité en 2003

	Entrées ou venues en 2002	Entrées ou venues en 2 003	Evolution entre 2002 et 2003	Journées en 2002	Journées en 2003	Evolution entre 2002 et 2003	DMS en 2002 (3)	DMS en 2003 (3)
	en milliers	en milliers		en milliers	en milliers		en jours	en jours
<b>Médecine Chirurgie Obstétrique</b>								
Hospitalisation > 24 h (1)	10 084	9 975	-1,1	61 968	60 640	-2,1	6,1	6,1
Hospitalisation < 24 h (2)	4 854	5 119	5,4					
Ensemble	14 938	15 094	1,0					
<b>Lutte contre les maladies mentales</b>								
Hospitalisation complète	628	618	-1,6	18 835	18 607	-1,2	30,0	30,1
Hospitalisation partielle	4 876	4 796	-1,6					
Ensemble	5 504	5 414	-1,6					
<b>Soins de suite et de réadaptation</b>								
Hospitalisation complète	826	830	0,5	27 280	27 374	0,3	33,0	33,0
Hospitalisation partielle	1 354	1 424	5,2					
Ensemble	2 180	2 254	3,4					
<b>Soins de longue durée</b>								
Hospitalisation complète	50	50	-0,7	28 987	28 096	-3,1		
<b>Total section hôpital</b>								
Hospitalisation complète	11 588	11 473	-1,0	137 070	134 718	-1,7	11,8	11,7
Hospitalisation partielle	11 084	11 338	2,3					
Ensemble	22 671	22 811	0,6					

(1) Hospitalisation complète : sont comptabilisées des entrées directes ou des RSA

(2) Hospitalisation partielle : sont comptabilisées les venues en hôpital de jour et de nuit et les venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire

(3) Durée moyenne de séjour

Source : ministère de la Santé - DREES

Au total, en 2002, selon les chiffres figurant en annexe de la loi de financement de la sécurité sociale 2005, cliniques et hôpitaux ont organisé 22,8 millions de séjours, 2,7 millions de chimiothérapie, 3 millions de séances de radiothérapie et 4 millions de séances de dialyse. En outre, 13,7 millions de passages dans les services d'urgence ont été enregistrés, et 11 millions de patients ont été pris en charge à temps partiel dans des services ambulatoires. Ce chiffre, en hausse constante depuis 1998, ne tient pas compte des passages aux

<sup>36</sup> « L'activité des établissements de santé en 2003 en hospitalisation complète et partielle », Audric Sophie, Carrasco Valérie, Coldefy Magali, Thomson Edith et Trigano Lauren, Etudes et résultats n°382 de mars 2005, ministère chargé de la Santé et des affaires sociales.

<sup>37</sup> Les prestations réalisées pour des patients externes comme passages aux urgences, les consultations, les traitements et cures ambulatoires, ainsi que les actes d'imagerie ou de biologie, qui font partie de l'activité hospitalière, ne sont pas analysées dans la présente étude.

urgences, des consultations externes, des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie.

En moyenne, la durée de séjour des malades a baissé d'un jour et demi en 4 ans ; de ce fait, ainsi que du fait de la diminution du nombre de séjours, le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de 12%.

L'analyse des chiffres montre que secteur public et secteur privé interviennent aujourd'hui davantage comme complémentaires que concurrents : en 2002, le secteur privé a pris en charge 57 % de la chirurgie, 20 % des séjours médicaux et 33 % des accouchements, tandis que le secteur public a assuré la quasi-totalité des longs séjours et de la psychiatrie. Le mouvement de restructuration des cliniques les a conduites à se recentrer sur la chirurgie, programmée ou non, à développer une offre d'hospitalisation partielle, voire ambulatoire (« chirurgie d'un jour ») et à adopter une logique de spécialisation médicale. Pour le secteur des établissements privés sous OQL, 75 % de leur activité sont concentrés sur huit grandes familles d'actes (notamment les affections du tube digestif, les affections et traumatismes du squelette, l'ORL et l'appareil circulatoire). Ils réalisent 84 % des opérations de cataracte et 80 % des endoscopies.

#### B - LES PERSONNELS HOSPITALIERS EN 2002

Au sein des établissements de santé, le personnel de soins est composé d'une part, des médecins, odontologistes et pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes en formation et, d'autre part, des sages-femmes, des personnels paramédicaux et des personnels techniques et administratifs.

Selon la profession exercée et le statut de l'établissement, les uns sont salariés à temps plein ou partiel, les autres sont des libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou sa caisse d'assurance maladie). La pratique libérale dans les établissements de santé est possible pour toutes les professions dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie. Dans les faits, on la rencontre essentiellement chez les médecins, sages-femmes et kinésithérapeutes. La majorité de ces professionnels hospitaliers exerçant dans un cadre libéral travaillent au sein des cliniques privées, même si les hôpitaux locaux de statut public font également appel à certains médecins libéraux payés à l'acte.

### **1. Près des deux tiers des personnels médicaux sont employés par les établissements publics**

L'ensemble des médecins, odontologistes et pharmaciens exerçant à titre salarié ou libéral, y compris les internes et autres personnels en formation, représente 13 % du personnel des établissements de santé publics et 12 % du personnel des établissements privés sous dotation globale, contre 27 % dans les établissements privés lucratifs<sup>38</sup>. En 2002, les établissements de santé comptent un effectif médical total de 160 300 personnes, à temps plein ou à temps partiel<sup>39</sup>.

Près de la moitié de ces personnels médicaux exerce dans des unités de soins de courte durée - en médecine, chirurgie ou obstétrique - et plus du tiers dans les unités médico-techniques (laboratoires, accueil et traitement des urgences, anesthésiologie et réveil, imagerie).

Près des deux tiers (101 800 personnes) sont employés par les hôpitaux publics, 28 % dans les établissements privés lucratifs (45 000 personnes) et 9 % dans les établissements privés sous dotation globale (13 500).

### **2. Trois quarts des personnels non médicaux sont employés dans les établissements publics**

En 2002, les personnels non médicaux salariés dans les établissements représentent quant à eux 911 200 personnes en équivalent temps plein, dont les trois quarts (688 900) relèvent des établissements publics. 98 600 personnels non médicaux travaillent dans les établissements privés sous dotation globale (11 % de l'ensemble) et 123 700 dans les cliniques privées sous objectif quantifié national (14 % de l'ensemble).

---

<sup>38</sup> La très grande majorité des médecins travaillant dans les établissements privés lucratifs sont des libéraux (89 %). Ils ne sont donc pas rémunérés par l'établissement mais directement par les patients et l'assurance maladie sur la base d'un paiement à l'acte.

<sup>39</sup> Ce chiffre comptabilise plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Tableau 3 : Sages-femmes et personnels non médicaux  
(effectifs en équivalent temps plein) en 2002

	Etablissements publics de santé	%	Etablissements privés sous dotation globale	%	Etablissements privés soumis à l'objectif quantifié national	%	Ensemble des établissements publics et privés	%
<b>Personnel administratif</b>	77 496	11,2	14 176	14,4	18 675	15,1	110 347	12,1
<b>Personnels soignants et éducatifs</b>	492 955	71,6	67 423	68,4	92 306	74,6	652 684	71,6
dont sages femmes	7 555	1,1	598	0,6	2 191	1,8	10 344	1,1
dont personnel d'encadrement du personnel soignant	23 617	3,4	3 422	3,5	3 316	2,7	30 355	3,3
dont infirmiers (1)	192 575	28,0	24 233	24,6	37 208	30,1	254 016	27,9
dont aides soignants (2)	167 932	24,4	18 333	18,6	27 332	22,1	213 597	23,4
dont agents de service hospitalier (ASH) et autres personnels des services médicaux	74 924	10,9	12 155	12,3	19 539	15,8	106 618	11,7
dont autre personnel	26 352	3,8	8 682	8,8	2 720	2,2	37 754	4,1
<b>Personnels médico- techniques</b>	33 868	4,9	4 377	4,4	2 464	2,0	40 709	4,5
<b>Personnels techniques</b>	84 606	12,3	12 612	12,8	10 263	8,3	107 481	11,8
<b>Total</b>	<b>688 925</b>	<b>100</b>	<b>98 588</b>	<b>100</b>	<b>123 708</b>	<b>100</b>	<b>911 221</b>	<b>100</b>

(1) y compris infirmiers spécialisés et de secteur de psychiatrie

(2) non compris les élèves

champs : France métropolitaine

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale/DREES/SAE

#### C - LE POIDS DE L'HOPITAL PUBLIC DANS LES DEPENSES DE SANTE

Depuis 1983, et jusqu'à la généralisation du financement par la tarification à l'activité telle que figurant dans le Plan Hôpital 2007, il existait principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières<sup>40</sup> :

- le budget global (appelé « dotation globale de financement ») qui s'appliquait à l'ensemble des établissements publics et à une majeure partie des établissements privés non lucratifs, participant ou non au service public hospitalier ;
- un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par prix de journée et paiement à l'acte, qui concernait les cliniques privées (établissements à vocation commerciale) et un peu plus d'une centaine d'établissements privés non lucratifs. Les dépenses d'assurance maladie de ces établissements étaient encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation visant à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées

<sup>40</sup> L'ordonnance disposait de la disparition du monde de financement dit de « prix de journée préfectoral » qui concernait pour l'essentiel des établissements de soins de suite et de réadaptation privés (lucratifs et non lucratifs). Au 1<sup>er</sup> janvier 1998, la quasi totalité de ces établissements avait procédé à leur basculement vers la dotation globale (plus de 90 % des établissements non lucratifs) et vers le financement régulé par l'Objectif quantifié national (de manière obligatoire pour tous les établissements privés lucratifs).

et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

Chaque année, étaient fixés, de manière distincte, les taux d'évolution de la dotation globale et de l'OQN<sup>41</sup> qui constituent les deux sous-ensembles essentiels de la part de l'ONDAM consacrée aux établissements de santé.

Tableau 4 : Situation des établissements de santé en 2003  
selon le statut juridique et le type de financement

	MODE DE FINANCEMENT		
	Financement sous dotation globale	Financement sous objectif quantifié national	Ensemble
Public	907 entités juridiques		907 entités juridiques
	299102 lits		299 102 lits
	30 127 places		30 127 places
Privé non lucratif	759 établissements	86 établissements	845 établissements
	60 740 lits	5 587 lits	66 327 lits
	8 547 places	709 places	9 256 places
Privé lucratif		1 096 établissements	1 096 établissements
		91 703 lits	91 703 lits
		9 138 places	9 138 places
Privé lucratif et non lucratif	759 établissements	1 182 établissements	1941 établissements
	60 740 lits	97 290 lits	158 030 lits
	8 547 places	9 847 places	18 394 places
Ensemble	1 756 entités juridiques ou établissements	1 182 établissements	2 938 établissements ou entité juridiques
	359 842 lits	97 290 lits	457 132 lits d'hospitalisation à temps complet
	38 674 places	9 847 places	48 521 places en hospitalisation à temps partiel

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale

### 1. Les soins produits en secteur hospitalier en 2003

Avec 61,5 milliards d'euros, le secteur hospitalier représentaient en 2003 42,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

Les soins hospitaliers sont produits par le secteur public hospitalier et le secteur privé hospitalier.

Dans les comptes de la santé, la distinction entre les deux secteurs ne repose pas sur le statut juridique mais sur leur mode de financement. On désigne par « secteur public » l'ensemble des hôpitaux publics, des établissements privés participant au service public hospitalier et autres établissements privés financés pour l'essentiel par la dotation globale versée par les régimes de sécurité

<sup>41</sup> Ce n'est que depuis 1998 que les statistiques distinguent les établissements financés par le budget global ou soumis à la régulation de l'objectif quantifié national.



sociale<sup>42</sup>. Dès lors, leur production est une production de services non marchands qui est mesurée, ainsi que la consommation qui en est l'exacte contrepartie, par les coûts. En 2003, le « secteur public » hospitalier a produit 49,3 milliards d'euros de soins soit 80,2 % de l'ensemble des soins hospitaliers

Les ressources du « secteur hospitalier privé »<sup>43</sup> proviennent de son activité de soins sous forme de facturation des frais de séjour et des actes médicaux et paramédicaux intervenus à l'occasion de l'hospitalisation et qui sont versés directement aux professionnels. En 2003, ce secteur a produit 12,2 milliards d'euros de soins soit 19,8 % de l'ensemble des soins hospitaliers.

Tableau 5 : Consommation médicale totale en valeur (montants en 2003)

	Evolution en % par rapport à l'année précédente			Montants 2003 en milliards d'euros	Montant en % du PIB
	2001	2002	2003		
<b>1 Soins hospitaliers et en sections médicalisées</b>	4,1	5,7	6,0	64,111	4,12
dont secteur public	4,3	5,2	5,5	49,300	3,17
dont secteur privé	2,6	6,0	6,4	12,205	0,78
dont sections médicalisées (1)	6,3	16,2	13,7	2,606	0,17
<b>2 Soins ambulatoires</b>	5,1	7,0	7,4	38,769	2,49
<b>3 Transports de malades</b>	8,8	9,2	8,1	2,391	0,15
<b>4 Médicaments</b>	7,9	4,9	6,5	30,378	1,95
<b>5 Autres biens médicaux</b>	11,7	9,0	7,5	8,645	0,56
<b>Consommation de soins et de biens médicaux (1 à 5)</b>	5,6	6,1	6,6	144,294	9,27
<b>6 Médecine préventive</b>	3,5	6,8	3,6	3,113	0,20
<b>Consommation médicale totale</b>	5,6	6,2	6,5	147,407	9,47
<b>Produit intérieur brut (PIB)</b>	3,9	3,5	2,0	1557,200	

(1) - sections médicalisées des établissements pour personnes âgées

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale/DREES/Comptes de la santé

## 2. Un financement assuré à plus de 90 % par la sécurité sociale

La part de la sécurité sociale dans le financement du secteur hospitalier est la plus élevée de tous les postes de soins et biens médicaux : elle est supérieure à 90 % en 2003 et est principalement complétée par les ménages (à hauteur de 3,6 %) et les organismes complémentaires (à hauteur de 3,8 %).

<sup>42</sup> Les établissements regroupés sous ce label sont : les établissements publics de santé, les établissements privés participant au service public hospitalier et les anciens établissements à prix de journée préfectoral ayant opté pour le régime de la dotation globale le 1<sup>er</sup> janvier 1998 mais ne participant pas au service public hospitalier.

<sup>43</sup> Ce secteur est constitué d'établissements privés non lucratifs soumis à l'objectif national quantifié, des établissements privés à but lucratif et des établissements à prix de journée préfectoral non concerné par la loi de 1996 (option entre le régime conventionnel au 1<sup>er</sup> janvier 1997 et la dotation globale au 1<sup>er</sup> janvier 1998).

Dans les autres postes de soins et bien médicaux, la part de la sécurité sociale dans le financement est moindre. Ainsi elle est égale à 64,2 % dans la structure de financement des prestataires de soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires et cures thermales) et à 60 % dans la structure de financement des distributeurs de biens médicaux (médicaments, optiques, prothèses, orthèses, véhicules pour personnes handicapées, petits matériels et pansements).

Tableau 6 : Structure de financement de l'hôpital et des sections médicalisées

En %	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Sécurité sociale	90,8	91,6	91,2	91,2	91,2	91,4
Etat, Collectivités locales ou CMU	1,4	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2
Mutuelles	1,7	2,1	2,2	2,1	2,1	2,0
Sociétés d'assurance		0,7	0,7	0,8	0,9	0,9
Institutions de prévoyance	6,2	0,4	0,8	0,8	0,9	0,9
Ménages		4,2	3,9	3,8	3,7	3,6
Total	100	100	100	100	100	100

Source : ministère de la Santé et de la protection sociale/DREES/Comptes de la santé

#### D - COMPARAISONS EUROPEENNES

S'agissant plus particulièrement de l'hôpital, il est possible de mesurer les différences systémiques importantes à partir de quelques éléments-clés<sup>44</sup>.

Tout d'abord, les modalités d'accès à l'hôpital public restent profondément différentes d'un Etat membre à l'autre. En France ou en Belgique, le malade s'adresse indifféremment au médecin de ville de son choix ou à la consultation externe hospitalière. Il n'en est pas question en Grande Bretagne où seule la prescription du généraliste autorise l'accès à l'hôpital (hors les situations d'urgence). L'Allemagne ou l'Espagne disposent d'un système mixte, selon la nature des pathologies, les consultations externes hospitalières restant rares.

La structure hospitalière nationale est également fort diverse, notamment en termes de répartition public-privé. Le secteur privé lucratif représente désormais en France la majorité du secteur chirurgical, alors qu'en Grande Bretagne ou en Italie sa place est rigoureusement marginale dans cette discipline, à tel point que les pouvoirs publics incitent le secteur privé lucratif à prendre des positions dans le secteur. En Espagne ou aux Pays Bas, c'est le secteur privé à but non lucratif qui « capte » plus de 50 % de l'activité chirurgicale. Dans chaque cas, et pour ne prendre que l'exemple de la chirurgie, le mode de financement des structures et des professionnels est foncièrement différent.

La France comptait, en 2003, 7,95 lits pour 100 habitants contre 9,01 en Allemagne mais elle se situe au-dessus de la moyenne européenne (15 pays) qui est de 6,11 en 2002 selon les chiffres d'Eurostat.

<sup>44</sup> « *L'hôpital public et l'Union européenne* » ; Etude de la FHF, 19 septembre 2002, p. 8 dont de larges extraits sont ici reproduits.

S'agissant du poids de la dépense hospitalière publique dans le total national des dépenses de santé, de telles différences dans l'organisation des systèmes provoquent des écarts budgétaires conséquents. Ainsi, le budget d'exploitation d'un établissement belge ne comprend ni les rémunérations des praticiens ni les actes techniques. Une comparaison exacte devient donc ardue, la Belgique ne consacrant stricto sensu que 30 % de sa dépense de santé à l'hôpital, contre 65 % pour l'Irlande et un peu moins de 50 % en France.

Les modèles d'organisation médicale, la gestion interne et les pouvoirs de décision dans l'hôpital sont très différents d'un Etat membre à l'autre. En France, l'hôpital est structuré médicalement autour du service, qui correspond à une discipline bien identifiée sous la responsabilité d'un médecin chef de service. Certains pays, tels les Pays-Bas ou la Belgique, organisent leurs établissements hospitaliers autour d'unités de soins banalisées, dans lesquelles médecins ou chirurgiens hospitalisent leurs patients. La rémunération du praticien est distincte de celle de l'établissement hospitalier.

S'agissant de la gestion interne des établissements publics, il existe là encore des différences significatives. La France se caractérise, entre autres, par l'existence d'un corps de directeurs d'hôpital, d'origine « administrativo-financière », tant en termes de sélection, de formation professionnelle que de déroulement de carrière. Au Danemark, les comtés confient la gestion à un triumvirat directorial composé d'un administrateur, d'un médecin et d'une infirmière. Une tendance identique se dessine en Espagne. En revanche, en Allemagne, le pouvoir médical reste prédominant dans la décision, bien que l'on assiste à un positionnement de plus en plus fort des administratifs et des infirmiers.

Enfin, on observe un mouvement général de régionalisation en Europe. En effet, *« alors que la France n'intègre que depuis peu le niveau régional dans la gestion du système de santé, de façon très partielle et sans référence à une réelle politique régionale, la plupart des gouvernements européens ont procédé, depuis une vingtaine d'années, à un réexamen de leur niveau de décision des systèmes de santé dominés - à l'exception des pays scandinaves - par l'Etat. La décentralisation est devenue dans de nombreux pays un élément fondamental des réformes »*<sup>45</sup>.

---

<sup>45</sup> « *L'impact de la construction européenne sur l'organisation des systèmes de santé* », Marc Deniez, Diane Lequet-Slama, in « *Pour une approche territoriale de la santé* », Datar, 2003.

A l'occasion de son rapport annuel, l'OMS a publié en 2000 un classement des performances des systèmes de santé de tous les pays du monde. Malgré les limites des comparaisons internationales en matière de santé<sup>46</sup>, ce rapport a reçu un écho considérable, en France mais aussi dans nombre de pays européens, parce que le système français a été placé en première position dans le classement proposé. Le classement de l'OMS se fondait sur un ensemble de cinq indicateurs : le niveau de santé général, la distribution de la santé dans la population, le degré général de réactivité, la distribution de cette réactivité et la répartition de la contribution financière.

---

<sup>46</sup> Michel Grignon, « *Les comparaisons internationales des systèmes de santé : apports et difficultés des classements de performance* », Chronique internationale de l'IRES, n° 21, novembre 2004.

## **CHAPITRE II L'EXERCICE DES MISSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC AUJOURD'HUI**

Accueil social, soins, enseignement, recherche, telles sont les principales missions de l'hôpital public développées, au fil des siècles, depuis le Moyen-Age et toujours d'actualité. L'exercice de ces missions a conduit à une réalité d'ordre économique et socioculturel que l'on ne peut ignorer. D'une part, l'hôpital est, très souvent, le premier employeur de la commune, voire du département ; c'est aussi un agent économique de première importance. D'autre part, par sa fonction patrimoniale, il est un lieu de mémoire, rappel de la continuité des générations qui s'y sont succédées comme patients ou comme professionnels.

Au fur et à mesure de la prise de conscience des nécessités de sécurité sanitaire et de santé publique, les missions de l'hôpital public se sont peu à peu diversifiées et ont pris de plus en plus d'importance, sans que soient toutefois clairement redéfinies les priorités dans l'accomplissement de celles-ci.

### **I - LES MISSIONS DE L'HOPITAL PUBLIC**

Au sens strict, l'hôpital public désigne des établissements publics de santé définis à l'article L.6141-1 du Code de la santé publique comme des personnes morales de droit public dotées d'une autonomie administrative et financière. Toutefois, les établissements privés de santé peuvent également participer à l'exercice des missions du service public hospitalier.

#### **A - L'EVOLUTION DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

##### **1. Des missions progressivement élargies**

La notion de service public hospitalier, créée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, a été constamment enrichie depuis lors, en 1991, 1996, puis 2002<sup>47</sup>. Jusqu'en 1970, l'hôpital public se confondait avec les missions de service public qu'il exerçait seul, dans tous les domaines, tant sur le plan médical que sur celui de la gestion hôtelière. A titre d'exemple, jusqu'à une période récente, les Hospices Civils de Lyon fabriquaient leur propre farine, dans la tradition des hôpitaux de l'Ancien Régime, qui vivaient en autarcie... Où commence et où s'arrête le service public hospitalier ? C'est la première réponse à cette question qu'a tenté d'apporter le législateur en 1970, en permettant à l'hôpital public de contractualiser ses missions avec des tiers, sous réserve du

---

<sup>47</sup> Loi n° 91-748 du 31/07/1991 portant réforme hospitalière ; Ordonnance n° 96-346 du 24/04/1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ; Loi n° 2002-303 du 4/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

respect d'un cahier des charges strictement défini, et de sous-traiter les activités qui ne sont pas directement liées aux soins.

Ainsi, conformément aux dispositions de l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique, le service public hospitalier :

- assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;
- participe à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ;
- participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes ;
- mène, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale ;
- met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Il concourt également<sup>48</sup> :

- à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique ;
- à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ;
- à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé ;
- à l'aide médicale urgente, en partenariat avec tous les acteurs concernés ;
- à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec tous les acteurs et notamment le monde associatif.

Le Service public hospitalier (SPH) assure aussi les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire<sup>49</sup> et, si nécessaire, la prise en charge de ceux-ci en milieu hospitalier ainsi qu'aux étrangers en rétention ou zones d'attente. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires.

**Les missions de service public hospitalier sont définies par l'égalité d'accès de tous à celui-ci, quels que soient leurs droits sociaux.**

<sup>48</sup> Article L 6112-1 du Code de la santé publique

<sup>49</sup> Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

C'est un principe constitutionnel consacré par le préambule de la Constitution de 1946, auquel renvoie le préambule de la Constitution de 1958, qui proclame que « *la Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...).* ».

L'article L. 6112-2 du Code de la santé publique précise que les établissements qui assurent le service public hospitalier doivent garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, ils doivent être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

L'article L. 6112-2 du Code de la santé publique précise également que les établissements qui assurent le service public hospitalier dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.

Si les missions de service public hospitalier se déclinent autour des trois notions de continuité, d'égalité et de mutabilité, ce dernier point est fréquemment oublié, mais il est fondamental. Pour assurer non seulement la permanence des soins à chacun de nos concitoyens, mais aussi l'accès à des soins de qualité, le SPH doit s'adapter en permanence aux mutations technologiques, de plus en plus rapides, et aux besoins nouveaux des malades. Ces derniers exigent de plus en plus une « médecine organisée », qui informe, prend en compte tous les aspects de l'hospitalisation (accueil, hôtellerie, respect de la vie privée, soins...), en les coordonnant afin d'optimiser les conditions de leur prise en charge.

C'est cet exercice plein et entier, toujours d'actualité, qui fait tout l'honneur de l'hôpital public français.

## **2. Des missions assurées par des personnes morales de droit public ou privé**

La collaboration du secteur privé d'hospitalisation au SPH peut prendre la forme soit d'une admission à assurer l'exécution du SPH, soit d'une simple association au fonctionnement du SPH.

L'admission à assurer l'exécution du SPH se traduit par la participation des établissements privés à but non lucratif, alors dénommés établissements PSPH (établissements privés participant au service public hospitalier), ou par un contrat de concession, portant sur tout ou partie de l'activité des établissements concernés, les obligations de service public restant identiques. Les PSPH peuvent recruter des médecins par contrat de droit privé, mais également des Praticiens hospitaliers (PH) ou des Professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH) par détachement. Ils sont financés selon les mêmes

modalités que les établissements publics et peuvent également bénéficier pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements publics. La structure de PSPH est parfois présentée comme un exemple permettant de développer d'autres modes de gestion dans un objectif d'amélioration de la prise en charge des patients. En effet, cette structure est souvent jugée plus souple, notamment en matière de commande publique et de gestion des personnels. Nonobstant son statut privé, le PSPH garantit l'exécution du service public.

Quant à l'association au fonctionnement du SPH, elle se matérialise par un contrat d'association qui permet de coordonner tout ou partie des activités de soins des établissements contractants, de mettre en commun les équipements correspondants de chacun des établissements, et d'assurer en commun la formation des personnels. La conclusion de tels accords est subordonnée à la passation d'une convention avec les organismes de sécurité sociale.

La diversité des modalités de collaboration au service public hospitalier permet ainsi à chaque acteur de santé de s'impliquer dans l'exécution des différentes missions du service public. Il s'opère ainsi une certaine complémentarité entre les différents acteurs. A titre d'exemple, il arrive parfois que l'établissement privé, notamment PSPH, soit amené à combler les lacunes de la carte sanitaire permettant ainsi une meilleure couverture sanitaire de la population.

## B - DES MISSIONS SOUS-TENDUES PAR DES VALEURS PARTAGEES

### 1. Des valeurs anciennes

L'hôpital public est souvent présenté comme le miroir de notre société, de ses détresses comme de ses joies, de ses limites comme de ses progrès.

De la même façon, les valeurs qui sous-tendent l'hôpital public sont le reflet des valeurs qui fondent notre pacte social : des valeurs humanistes traduisant en termes de santé physique et morale le respect de la dignité de tout individu, la non-discrimination et l'égalité de traitement dus à chaque citoyen.

Ces valeurs sont inscrites dans le préambule de la Constitution, toujours en vigueur, lequel reconnaît à tout individu le droit à la protection de sa santé. Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus. Dès 1945, le système de protection sociale garantit aux usagers un égal et libre accès aux soins. Tous les acteurs de santé - les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes de prévention ou de soins, les autorités sanitaires - doivent le mettre en œuvre au bénéfice de toute personne. Depuis, à plusieurs reprises, la loi a confirmé et précisé ce principe. Récemment, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a réaffirmé ces principes en posant notamment que « *la Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. Indépendamment de son âge et de son état de santé,*



*chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance selon ses ressources. »*

Dans ce contexte, l'hôpital public occupe une place centrale car, tant en matière sanitaire que sociale, il est pour toute personne malade le recours ultime, lorsque toutes les autres possibilités de prise en charge se sont révélées inefficaces, parfois le premier, voire le seul. De plus, pour les personnes en situation de précarité, le service d'urgences de l'hôpital est souvent la « *seule porte d'entrée dans le système de soins* »<sup>50</sup>. Ce constat s'explique par des carences dans leur prise en charge spécifique en ambulatoire et en hospitalier pour les soins programmables ainsi que par leur réticence vis-à-vis de l'hôpital<sup>51</sup>. En outre, comme l'a exprimé l'ancien ministre de la Santé, Claude Evin<sup>52</sup> : « *Il n'y a pas une autre institution, une autre entreprise publique ou privée dans notre pays qui remplisse, parfois dans le même lieu géographique, des missions aussi paradoxales, aussi complexes* ». Au-delà de l'accueil des publics en situation de précarité, le recours à l'hôpital public s'explique par de multiples raisons, notamment la permanence des soins et l'accès à des plateaux techniques supposés offrir les meilleures garanties de sécurité et de qualité.

Ces principes étant posés, ce qui fait concrètement l'honneur de l'hôpital public est l'accueil de toutes les personnes en détresse quelles qu'elles soient, puis leur prise en charge médicale et/ou psychologique, et enfin leur orientation éventuelle vers des structures de soins plus appropriées. Les différents représentants des patients<sup>53</sup> reconnaissent à la fois le rôle d'accueil social de l'hôpital public et de maintien, jusqu'à présent, d'un très bon état de santé général de nos concitoyens.

Ils soulignent également la capacité de mobilisation du personnel hospitalier en cas de crise, comme lors de la canicule de l'été 2003. Dans cette dramatique situation d'ultime recours, les personnels ont, pour nombre d'entre eux, accepté de doubler leur temps de travail, d'autres revenant spontanément de leur domicile pour proposer leurs services.

Plus largement, une enquête réalisée en 2004 par la direction de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) auprès de 1 000 agents montre que leur fierté d'appartenir à l'hôpital public tient à la fois à « *la relation désintéressée au malade* » et à « *l'attention aux plus démunis* ».

Lieu de soins, l'hôpital public joue donc bien aussi un rôle de lien social, fondé sur la valeur très ancienne de la solidarité, se référant à la charité qui fut la valeur fondatrice du soin quel que soit le lieu ou le mode de mise en oeuvre. L'exercice de cette valeur demande de façon implicite de faire appel, de la part des professionnels hospitaliers tant administratifs que soignants, à des qualités

<sup>50</sup> Université Populaire du 18 janvier 2005, Mouvement ATD-Quart-monde, Paris.

<sup>51</sup> L'accès aux soins des personnes en situation de précarité sera analysé en détail ultérieurement.

<sup>52</sup> Audition de M. Claude Evin, ancien ministre, président de la Fédération hospitalière de France, devant la section des affaires sociales, le 16 juin 2004.

<sup>53</sup> Liste des personnalités rencontrées, annexe n° 2.

humaines telles que l'accueil de la personne dans sa globalité, la courtoisie, l'écoute, le dialogue, la confidentialité et de façon plus générale, l'estime de l'autre et le respect de sa dignité.

## 2. Des valeurs remises en question dans les faits

Grâce à la réforme Debré de 1958, l'hôpital public est rapidement devenu le pivot de notre système de santé en même temps qu'un agent économique de première importance : le poids des dépenses d'hospitalisation dans les dépenses de l'assurance maladie est proche de 50 %. Ce poids relatif est également très important au regard de l'économie française en général. A titre d'illustration, avec plus de 80 000 salariés, l'AP-HP de Paris est le premier employeur de l'Ile-de-France ; de même, 50 % de la blanchisserie industrielle en France est hospitalière...

La question financière a toujours été présente à l'hôpital, bien avant la Révolution française. Cependant, la conjonction d'une meilleure solvabilisation de la demande de soins, grâce à l'assurance maladie, et la technicisation croissante des soins médicaux, depuis l'époque somme toute récente où la médecine sait soigner et surtout guérir de plus en plus de maladies, a entraîné une augmentation exponentielle des coûts hospitaliers, rendant nécessaire une gestion financière plus rigoureuse qui lui était peu familière.

Le rapport introductif au IX<sup>ème</sup> Plan (1984-1988) en annonçait les prémices : « De 1950 à 1982, la part du produit intérieur brut consacrée à la santé est passée de 2% à 8 %. Il sera difficile de dégager, sans conséquence économique ou sociale grave, de nouvelles ressources à la mesure des masses financières nécessaires pour alimenter la poursuite d'une progression à un rythme aussi élevé ». Nous en sommes aujourd'hui à près de 10 %<sup>54</sup>. Faute de n'avoir pu que ralentir cette évolution, la principale variable d'ajustement consiste en la réduction des coûts hospitaliers, de fait perçue comme une trahison des missions de service public dévolues par la Nation au système hospitalier. A cet égard, la récente augmentation du forfait hospitalier tel que préconisé par la loi de financement de sécurité sociale 2005 ne permettra pas de résoudre les difficultés de financement de l'hôpital public. Pour mémoire, avant la mise en œuvre de la tarification à l'activité, les recettes de facturation de l'hôpital représentaient une faible part de son budget et, de plus, l'éventuelle augmentation de cette catégorie de recettes venait *in fine* en déduction<sup>55</sup> de la dotation globale qui lui était attribuée.

La confrontation brutale, imposée par les faits, entre le monde de la médecine et celui de la gestion, est de plus en plus ressentie par les professionnels comme un conflit de valeurs profond, source de désarroi, de désenchantement, voire de mécontentement.

---

<sup>54</sup> Voir supra.

<sup>55</sup> Lors des opérations de retraitement comptable du résultat en fin d'exercice.

Les personnels hospitaliers, dans leur grande majorité<sup>56</sup>, manifestent leur inquiétude aujourd'hui concernant un risque important de modification du système des valeurs auquel est adossée la pratique de soins. Jusqu'à présent, les préoccupations d'ordre économique, omniprésentes à l'hôpital depuis quelques années, ne venaient qu'en second rang, après les valeurs de soins et de dévouement désintéressé. Les réformes sont souvent vécues par les personnels en fonction de ces inquiétudes et leur font craindre que « *le raisonnement économique ne soit désormais prééminent dans la décision de soins* »<sup>57</sup>. Ce n'est aujourd'hui qu'une inquiétude, celle de voir apparaître la « rentabilité » du malade, signifiant, pour les professionnels, la perte du sens de ce qui était jusque là une dimension constitutive du soin lui-même. Il faut donc rapidement la traiter, si l'on ne veut pas que cette crise des valeurs ait des conséquences irrémédiables.

La réforme de l'hospitalisation instituée par la loi de 1970 avait apporté en son temps une première réponse à la crise de croissance de l'hôpital public, en proposant au secteur privé de participer au service public, et ainsi de mieux répartir les charges liées à cette croissance. A ce stade, une des réponses aux problèmes actuels réside probablement dans la mise en œuvre et le développement de partenariats, extérieurs au monde strictement hospitalier, tout comme la révision des modes d'organisation interne et d'implication des personnes quel que soit leur corps d'appartenance, puisque concourant tous à la prise en charge du patient.

## II - L'EXERCICE DE SES MISSIONS

### A - L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

#### 1. L'accueil et le traitement des urgences hospitalières

Les urgences, véritable porte d'entrée de l'hôpital, constituent un puissant révélateur des insuffisances dans la prise en charge des patients, à l'extérieur comme à l'intérieur de l'hôpital, en amont et en aval de ce service-clé. Elles sont le lieu où chacun peut, à toute heure du jour ou de la nuit, se présenter pour demander secours, répondant ainsi à la mission première de permanence des soins du service public hospitalier. Tous les établissements publics de santé en effet sont tenus à des obligations de secours aux personnes en danger qui se présentent.

---

<sup>56</sup> Auditions organisées sous forme d'une table ronde, devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social le 17 novembre 2004.

<sup>57</sup> Auditions organisées sous forme d'une table ronde, op. cit.

Entre 1990 et 2001<sup>58</sup>, le nombre de passages aux urgences dans les établissements a ainsi augmenté de 64 %, soit une progression annuelle de 4,6 %. En 2001, les 616 sites d'urgences autorisés ont pris en charge 13,4 millions de passages, ce qui correspond à une consultation annuelle d'un Français sur cinq ; 20 % seulement d'entre eux en moyenne ont donné lieu à une hospitalisation.

### *1.1. En amont des urgences : les SAMU et la médecine de ville*

Près des trois quarts des usagers arrivent directement aux urgences et par leurs propres moyens<sup>59</sup>. Certes, la forte attractivité des urgences hospitalières s'explique par de nombreuses raisons : l'accès aux soins 24h/24h ; la possibilité de réaliser des examens complémentaires grâce à l'existence d'un plateau technique ; la possibilité d'être reçu par une équipe médicale et enfin la dispense d'avance des frais de soins. Toutefois, ce phénomène qui est en augmentation<sup>60</sup> est également dû à la diminution de la prise en charge des urgences courantes par les médecins de ville, ainsi que par leur manque de disponibilité aux mêmes heures que les patients, notamment ceux qui travaillent, faisant ainsi de la médecine d'urgence une médecine générale aux heures non ouvrables. A titre d'exemple, le responsable du service des urgences du Centre Hospitalier de Lorient a déclaré dans la presse qu'il existait des quartiers « où il est impossible de trouver un médecin après 19 heures. L'été dernier, sur certains secteurs, il n'y en avait plus que un sur cinq »<sup>61</sup>.

Des exemples de permanence des soins par la médecine libérale existent néanmoins, comme la Garde médicale de Paris<sup>62</sup>, mais en nombre trop faible. Si celle-ci reçoit très peu d'appels la nuit, probablement par méconnaissance de son existence, elle enregistre, en revanche, une forte demande de consultations de quartiers à des heures non programmées de la journée. Il existe aussi des consultations de médecins généralistes dans les hôpitaux, comme à l'hôpital Léopold-Bellan à Paris. Les maisons médicales de garde représentent une autre possibilité encore peu développée.

Le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins modifie, en les assouplissant, les dispositions qui introduisaient la notion de volontariat pour les gardes dévolues aux médecins non hospitaliers dans le Code de la santé publique, en septembre 2003. Le nouveau décret fait une place plus large aux associations constituées par des médecins libéraux. Il ajoute « *les médecins appartenant à des associations de*

<sup>58</sup> Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

<sup>59</sup> Etudes et résultats n° 212, janvier 2003 ; *Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale* ; Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques (DREES), Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

<sup>60</sup> En 2002, le nombre annuel de passages aux urgences en France métropolitaine a atteint 13,7 millions, ministère de la Santé/DREES/SAE 2002.

<sup>61</sup> Le Nouvel Observateur du 4 au 10 septembre 2003, « Urgences : le palmarès des hôpitaux ».

<sup>62</sup> La garde médicale de Paris est la seule association de continuité des soins ouverte à tous les généralistes de la Capitale. Chaque praticien parisien prend ses tours de garde, afin d'assurer la permanence des soins 7 jours/7 et 24h/24h.

*permanence des soins* » à la liste des praticiens de garde et d'astreinte entre 20 heures et 8 heures, qui comprenait déjà ceux exerçant dans les cabinets libéraux et les centres de santé.

De fait, les urgences jouent un important rôle supplétif de la médecine de ville et de ses éventuelles carences. Ainsi, il est fréquent que des parents s'adressent aux urgences pour soigner leurs enfants fiévreux, faute de trouver des cabinets médicaux ouverts à des heures tardives (lorsque par exemple les enfants sont récupérés chez la nourrice ou à la crèche après une journée de travail) ou le samedi, et faute de trouver des lieux référents, bien identifiés par les familles, de premier intervenant sanitaire. Encore faudrait-il ajouter que la dispense d'avance de frais, à une heure tardive de la journée où il n'y a plus d'agent administratif au guichet pour exiger le règlement des frais de soins restant à la charge des usagers, est un des facteurs qui contribue à l'afflux des patients aux urgences.

De leur côté, les médecins généralistes se sentent court-circuités car la France est un des rares pays dans lequel chaque citoyen peut se rendre directement dans un service d'urgences hospitalières sans passage obligé par un médecin traitant.

D'autant que le mot « urgence » n'a pas le même sens selon qu'il est employé par les usagers, par les médecins ou par l'administration. Ainsi, il conviendrait de distinguer l'urgence ressentie de l'urgence réelle.<sup>63</sup>

Outre l'accès direct à l'hôpital, l'accès aux soins d'urgence peut aussi s'effectuer soit par l'intermédiaire du médecin traitant, d'un système de permanence de soins organisé par les médecins libéraux sur un secteur géographique, ou encore de SOS médecins<sup>64</sup>, soit par le SAMU-centre 15<sup>65</sup>, celui-ci étant chargé de recevoir les appels d'urgence 24h/24h et d'organiser la réponse plus adaptée.

La loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, en a défini les conditions d'exercice, dans son article 2 : « *L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.* ». Cette loi, qui a créé les services d'aide médicale urgente, précise que ce sont des unités des

<sup>63</sup> Professeur Geneviève Barrier ; *La prise en charge pré-hospitalière des urgences* ; Rapport, septembre 1994.

<sup>64</sup> Sociétés civiles de moyens, de nature privée, existant dans les 70 principales villes de France, dont la première a été créée à Paris en 1965, bien avant les SAMU, et traitant la majorité des appels parvenant au SAMU, qui nécessitent un avis médical rapide en zone urbaine et péri-urbaine. Selon les chiffres disponibles sur son site ([www.Sosmedecins-France.fr](http://www.Sosmedecins-France.fr)), en 2004, SOS médecins France a traité 4 millions d'appels, fait 2,5 millions d'interventions à domicile, soit 80 % de la couverture libérale de permanence de soins en milieu urbain et péri-urbain ; le millier de médecins urgentistes associés réalise 25 % des actes la nuit, le dimanche et les jours fériés.

<sup>65</sup> Evolution des appels au SAMU : 3,5 millions d'appels en 1993, 11 millions en 1999, avec un rythme d'augmentation des appels de l'ordre de 10 % par an.

établissements de santé et qu'ils doivent être pourvus d'un Centre de réception et de régulation des appels, doté d'un numéro d'appel unique, le 15. Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU joignent leurs moyens à ceux mis en œuvre par les services d'incendie et de secours, en application de l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987<sup>66</sup>.

Le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au SAMU précise dans son article 3, qu'elles doivent : *« assurer une écoute médicale permanente ; déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ; s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et faire préparer son accueil ; organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ; veiller à l'admission du patient. »*

Lorsque l'état du patient l'exige, notamment en cas de détresse vitale, le SAMU doit pouvoir faire appel à des unités mettant en œuvre tous les moyens techniques de secours et de réanimation. Il s'agit des Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), unités mobiles de réanimation dépendant des SAMU et dont les missions ont été définies tardivement par le décret n° 97-619 du 30 mai 1997 (voir *supra*).

Une visite effectuée le 5 novembre 2004 dans les locaux du SAMU de Paris a permis au rapporteur de tirer les enseignements suivants. D'abord, le SAMU de Paris est un lieu de coordination et de dialogue permanent entre l'appelant, l'accueil de premier niveau qui requiert un savoir-faire et un savoir-être très particuliers, le médecin régulateur et l'équipe du SMUR envoyée sur place. C'est aussi un lieu d'émotions, de partage d'expériences difficiles et de formation permanente. C'est également un lieu d'écoute avec une forte prédominance d'urgences sociales. Ensuite, le SAMU dispose d'outils de qualité tel l'état informatisé permanent des lits d'urgence disponibles au sein de l'AP-HP, même si la mise à jour de cet état par les services hospitaliers concernés est très irrégulière. Il bénéficie également d'un bon maillage de maisons médicales de garde ouvertes le week-end dans les différents arrondissements de Paris, ce qui permet de réorienter certains appels. Enfin, on doit souligner les difficultés rencontrées par le SAMU pour assurer une liaison de qualité avec les services hospitaliers d'accueil-urgences, difficultés notamment pour entrer en contact avec le médecin qui s'occupe du patient acheminé à l'hôpital, ainsi que des erreurs d'orientation fréquentes au sein même de l'hôpital.

---

<sup>66</sup> Loi n° 87-565 du 22/07/1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs. La circulaire du 12 décembre 1994 précisera ensuite les modalités d'interconnexion entre le 15, le 17 (police secours) et le 18 (sapeurs-pompiers).

### 1.2. L'organisation des urgences hospitalières

Mais c'est aussi au niveau de l'accueil dans les services d'urgences hospitalières eux-mêmes que des difficultés peuvent surgir. C'est ainsi que, dès 1989, le Conseil économique et social<sup>67</sup> pointait clairement les dysfonctionnements des urgences hospitalières, du fait de leur absence de structuration, et proposait des pistes de changement. Les urgences hospitalières étaient alors sous la seule responsabilité d'internes qui assuraient en première ligne une permanence médicale à l'accueil des urgences. L'évolution des pratiques, l'enrichissement considérable des possibilités diagnostiques et thérapeutiques, tout particulièrement dans le domaine de l'imagerie, imposaient alors que les services d'accueil des urgences hospitalières se mettent à niveau pour accueillir les patients avec les moyens correspondant à cette évolution des progrès et des techniques médicales. Jusque là en effet, les urgences satisfaisaient plus à la mission d'accueil social, voire de refuge, de l'hôpital, qu'à celle d'une prise en charge médicalisée conforme à l'état actuel de la science. Cette modernisation pourtant nécessaire et cette « professionnalisation » des équipes qui y travaillent ont eu bien du mal à se faire reconnaître. Déjà, la création d'un Diplôme inter-universitaire (DIU) de soins d'urgences était préconisée dans ce rapport, mais la spécialité de médecin urgentiste et la reconnaissance de la fonction d'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences ne seront finalement actées qu'en 2004, après l'épisode dramatique de la canicule en août 2003 et la prise de conscience collective qui a suivi, quant à la nécessité, tant de reconnaître l'existence d'un exercice spécifique lié à l'urgence, que d'allouer des moyens supplémentaires.

Les deux décrets n° 95-647 et 648 du 9 mai 1995, dans le droit fil de l'avis<sup>68</sup> du Conseil économique et social recommandant une médicalisation des urgences, ont véritablement organisé les urgences hospitalières en France, en définissant des normes d'organisation et d'équipement selon trois niveaux croissants de complexité de prise en charge des patients :

- niveau 1 : Unité de proximité, d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) ;
- niveau 2 : Service d'accueil des urgences (SAU) ;
- niveau 3 : Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU).

---

<sup>67</sup> « *L'urgence à l'hôpital* », rapport et avis présentés par Adolphe Steg, au nom de la section des affaires sociales, 12 avril 1989.

<sup>68</sup> « *Projet de loi portant réforme hospitalière* », avis présenté par Adolphe Steg, au nom de la section des affaires sociales, 11 novembre 1990.

Sur le plan territorial, un schéma régional détermine l'organisation et l'implantation des hôpitaux habilités à recevoir des urgences. Le maillage territorial des SAU et des UPATOU permet aujourd'hui à 95 % de la population d'avoir un accès à une structure d'urgence dans les trente minutes. En matière d'urgence en effet, c'est le temps d'accès qui compte, plus que la distance, notamment en ce qui concerne les zones montagneuses.

Ainsi, sur les 616<sup>69</sup> sites autorisés en 2001, 374 établissements sont dotés d'une UPATOU, lesquelles n'ont pas obligation de disposer d'une unité de réanimation, d'un service d'anesthésie et d'un bloc opératoire ouvert 24h/24h. Elles ont en revanche la mission de réorienter le patient vers un SAU ou un POSU si nécessaire. Un second groupe de 208 établissements est doté d'un SAU et doit donc disposer d'une unité de réanimation, d'un service d'anesthésie et d'un bloc opératoire ouvert 24h/24h. Enfin, 34 établissements viennent compléter ce dispositif et sont dotés d'un POSU, qui doivent non seulement remplir les mêmes conditions que les SAU, mais aussi disposer à proximité dans l'établissement des services de spécialités médicales et chirurgicales nécessaires à la prise en charge des cas les plus difficiles, voire des détresses vitales.

Depuis la loi de 1970 sur le service public hospitalier, l'accueil des urgences peut être délégué au secteur privé, au même titre que d'autres activités hospitalières à condition de respecter les normes réglementaires d'équipement et de personnel. Cette participation du secteur privé donne lieu à une contractualisation avec le service public hospitalier. Aujourd'hui, près de 100 services d'urgences sont autorisés dans le secteur privé, couvrant ainsi 13 % des urgences en France, et 20 % des urgences hospitalisées. Certains de ces services ont d'ailleurs mis en place des procédures originales pour mesurer la qualité des soins. Ainsi, dans le cadre de la certification ISO 9 000, la clinique de Melun (Seine et Marne) a mis en place une mesure aléatoire de la qualité de la prise en charge des urgences. De plus, une note est affichée à l'attention des patients et des personnels indiquant toutes les semaines le temps d'attente moyen pour les patients<sup>70</sup>.

La circulaire du 16 avril 2003 a confirmé la création de Zones de surveillance de très courte durée (ZSTCD), boxes individuels (trois à cinq par tranche de 10 000 passages) destinés à l'observation de patients avant diagnostic définitif et orientation, pendant une période inférieure à 24 heures. Ces zones, qui avaient été créées par les décrets « urgences » de mai 1995, correspondent aux anciennes unités d'hospitalisation de courte durée. Il ne s'agit pas d'unités d'hospitalisation, à la différence des services d'urgences classiques qui hospitalisent les patients en attente d'examens, d'amélioration de leur état de santé ou de transferts, et sont quelquefois obligés de pratiquer des réanimations pendant plusieurs heures avant le transfert dans le service adéquat de l'hôpital

---

<sup>69</sup> Circulaire DHOS/01 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

<sup>70</sup> Entretien avec M. Ken Danis, président de la Fédération de l'hospitalisation privée, au Conseil économique et social, 4 janvier 2005.



quand celui-ci a réussi à libérer une place. Le fonctionnement de ces ZSTCD, à caractère obligatoire, et ne devant pas constituer une zone tampon, est régi par une charte demandant notamment d'assurer une durée de séjour inférieure à 24 heures dans 90 % des cas. La ZSTCD permet un travail en collaboration et en complémentarité avec les spécialités.

L'exercice des urgences varie considérablement d'un établissement à l'autre, en fonction notamment de la proximité ou non d'un plateau technique susceptible de sécuriser et d'épauler le travail des équipes médicales et soignantes.

Longtemps, la médecine d'urgence a été considérée comme une « non-spécialité », si bien que seuls y exerçaient à l'origine les médecins débutants, c'est-à-dire les internes, ainsi que des médecins étrangers au statut précaire et au diplôme non reconnu, ce qui est encore bien souvent le cas. Cependant, la situation s'est depuis 2003 sensiblement améliorée sous l'effet de plusieurs facteurs tels que l'obligation de « seniorisation » des urgences, c'est-à-dire la présence 24h/24h d'un médecin spécialiste référent, mais aussi l'existence de « Plans urgences » définis au niveau national et, déclinés au niveau régional par les ARH dans les SROS, et enfin les réglementations sur le temps de travail des médecins notamment la limitation du temps de travail hebdomadaire à 48 heures - gardes incluses<sup>71</sup> - et l'obligation du repos compensateur qui interdit désormais aux médecins de travailler plus de douze heures de suite.

Cette relative amélioration ne doit pas masquer la persistance de difficultés récurrentes concernant l'accueil et le traitement des urgences hospitalières.

En effet, les urgences sont pour tout hôpital un mode de recrutement de patients « tout venant », lui permettant de conserver une ouverture sur la ville, donc un rôle d'hôpital de proximité. Cette fonction est revendiquée également par les hôpitaux universitaires qui, en dehors des urgences lourdes, sont ainsi amenés à mobiliser des moyens sophistiqués et coûteux pour des patients qui relèvent davantage d'une urgence médicale légère ou d'une urgence sociale.

Cette situation malheureusement fréquente est difficilement gérable et génératrice de stress important, ce qui donne le sentiment au personnel médical et soignant de ne pouvoir exercer correctement sa mission.

Par ailleurs, il existe un problème spécifique des urgences pour les maladies rares, et plus largement pour le handicap. Il semble en effet difficile de demander à chaque médecin urgentiste de tout savoir sur chacune des 5 à 7 000 maladies rares<sup>72</sup>, et sur chaque forme de handicap physique, sensoriel ou mental.

---

<sup>71</sup> Directive européenne 93/104/CE

<sup>72</sup> Prises globalement, les maladies rares concernent 3 à 4 millions de personnes et représentent un véritable enjeu de santé publique (Etude du Conseil économique et social « *Cinq mille maladies rares, le choc de la génétique : constat, perspectives et possibilités d'évolution* », présenté par Bernard Barataud, au nom de la section des affaires sociales en septembre 2001 ; Plan maladies rares présenté par le gouvernement le 20 novembre 2004).

C'est pourquoi des relais d'information sont nécessaires. Ainsi, une mission vient d'être confiée à Orphanet<sup>73</sup>, à la demande des médecins urgentistes, afin de repérer dans les maladies rares les plus fréquentes celles qui nécessitent des gestes d'urgence. Mais en complément, et notamment pour les maladies les plus rares, les familles<sup>74</sup> revendiquent le droit d'accompagner leur enfant ou leur proche dans les services d'urgences. Elles veulent être reconnues comme « experts d'expérience », capables d'apporter une aide indispensable à la personne malade, notamment dans certaines pathologies où la communication passe par un regard ou un battement de paupière...

### 1.3. Le manque de structures d'aval accentue les difficultés

Un autre phénomène qui tend à s'aggraver depuis quelques années est celui du manque de structures d'aval, qu'il s'agisse de lits de médecine, notamment pour les personnes âgées, ou de lits de spécialité (impossibilité d'admettre dans certains établissements ou services des patients ne relevant pas de la spécialité), de places en secteur psychiatrique, en soins de suite et dans le secteur médico-social. De plus, selon la circulaire du 14 mai 1991, rappelée par celle du 16 avril 2003, la durée maximale d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ne doit pas être supérieure à deux nuits consécutives. Cette circulaire préconise également un partenariat entre le service d'urgences, les services de soins, et les établissements voisins disposant de capacités de lits. Le programme « Vieillesse et solidarités » (novembre 2003) prévoit d'améliorer la filière gériatrique grâce à la mise en place d'unités de courts séjours gériatriques et à l'augmentation du nombre de places dans les services de soins infirmiers à domicile (17 000 places) et dans les établissements d'hébergement (10 000 places).

**Toutefois, il est très souvent constaté que certains services actifs de l'hôpital refusent presque systématiquement, malgré des disponibilités en lits, l'admission de patients en urgence, privilégiant ainsi l'activité programmée au détriment des urgences.** *A contrario*, d'autres services de l'hôpital plus coopératifs jouent en quelque sorte le rôle de services de déchargement pour les urgences, ce qui les conduit à accueillir des malades dont la pathologie ne relève pas de leur spécialité. Ce défaut d'organisation est accentué, depuis quelques années, par des fermetures de lits actifs en aval, consécutives aux difficultés budgétaires de l'hôpital. Il renvoie, enfin, à la question plus générale des pouvoirs du directeur d'hôpital, notamment quant à sa possibilité de procéder à la réquisition de lits dans les services actifs en cas de saturation du service des urgences.

<sup>73</sup> Orphanet est un serveur d'information sur les maladies rares et les médicaments orphelins en libre accès pour tous publics. Il a été créé conjointement par l'INSERM et la direction générale de la santé en 1997 et est financé par l'INSERM, la direction générale de la santé, la CNAMTS et l'Association française de lutte contre les myopathies, depuis 2000, par la Commission européenne.

<sup>74</sup> Entretien du rapporteur avec Mme Françoise Antonini, déléguée générale d'Alliance Maladies Rares, au Conseil économique et social le 23 novembre 2004.

Les carences de la médecine de ville, le traitement de l'urgence « sociale », qui représente une part majoritaire de l'accueil dans les services d'urgences, et la diminution du nombre de lits d'aval se combinent pour induire de nombreux dysfonctionnements, sources de longues attentes et d'une « embolisation » des services d'urgences par des patients relevant plus d'une assistance sociale ou de médecine générale. Cette situation pénalise les véritables urgences médicales, et crée des situations de proximité, voire de promiscuité, souvent très mal vécues tant par les patients et leur entourage que par le personnel. Elle constitue une source potentielle de violence, voire de passage à l'acte quand il s'agit de patients « psychiatriques ».

Les dysfonctionnements des urgences exacerbent les tensions et génèrent un mal-être clairement exprimé. Des études sur l'épuisement professionnel des soignants et des médecins ont ainsi montré un niveau d'épuisement émotionnel de moyen à élevé chez plus de 80 % du personnel.

Si une régulation plus efficace n'est pas trouvée pour l'accès aux services d'urgences, leur fréquentation ne peut que croître, obligeant les directeurs d'hôpitaux à fléchir les éventuels budgets supplémentaires dans cette direction, au détriment des soins programmés. Le problème sera d'autant plus crucial qu'il touchera également les CHRU, dont les plateaux techniques très sophistiqués devraient être destinés en priorité aux soins programmés et aux urgences lourdes.

## **2. L'accès aux soins des personnes les plus démunies**

Au début des années 90, la mise en place dans les hôpitaux de cellules d'accueil des plus démunis<sup>75</sup> s'est progressivement généralisée ce qui a constitué une avancée importante dans l'amélioration de l'accès aux soins et aux droits sociaux des personnes en situation de précarité. Fort judicieusement, plusieurs de ces cellules d'accueil ont été implantées dans les services d'urgences, lesquels doivent faire face à de nombreuses urgences à caractère social<sup>76</sup>.

Cependant, selon le mouvement ATD-Quart-monde, les évolutions que connaît aujourd'hui l'hôpital public rendraient plus difficile l'accès aux soins des populations en situation de précarité.

---

<sup>75</sup> Le seuil de pauvreté correspond à un revenu par unité de consommation inférieur à la moitié du revenu médian avant impôts. Le revenu médian est tel qu'il partage exactement en deux la population : la moitié dispose d'un revenu plus élevé, l'autre d'un revenu moins élevé. Quant aux unités de consommation, il s'agit d'une façon de compter le nombre de personnes vivant dans un ménage : le premier adulte compte pour un, les suivants pour 0,5 chacun, chaque enfant de moins de 14 ans pour 0,3. Chacun de ces coefficients est censé mesurer ce que coûte une personne de plus, de sorte que le niveau de vie du ménage ne soit pas modifié.

<sup>76</sup> Voir les deux circulaires des 17 septembre 1993 et 21 mars 1995 relatives à l'accès aux soins des plus démunis.

L'hyperspécialisation de la prise en charge hospitalière peut être adéquate lorsqu'un patient se présente à l'hôpital avec un seul problème clairement identifié. C'est cependant rarement le cas pour les populations les plus démunies, qui nécessitent, plus que toutes autres, une approche globale de l'individu. Aux problèmes de santé proprement dits, s'ajoutent des problèmes d'ordre financier, d'éducation sanitaire, voire de vie sociale tout simplement.

De plus, la prise en charge hospitalière est d'autant plus efficace qu'en amont, tout ce qui relève de la prévention et du diagnostic aura été fait à temps, et qu'en aval, la réadaptation éventuelle, puis la réintégration dans la société seront rapidement effectuées. Or, pour les populations en situation de précarité, l'amont et l'aval du service hospitalier posent problème, comme cela ressort clairement des opinions émises par les adultes en situation de grande pauvreté dans le cadre des Universités populaires d'ATD-Quart-monde.

En amont tout d'abord, les personnes en situation de précarité retardent au maximum leur entrée dans l'hôpital, pour de multiples raisons.

Les premières raisons sont financières : l'avance des frais médicaux ou une couverture médicale insuffisante restent un obstacle pour l'accès aux soins malgré la mise en place de la Couverture maladie universelle (CMU) qui a constitué un réel progrès<sup>77</sup>. En effet, si la CMU de base permet à tous les résidents en France de bénéficier des prestations en santé couvertes par les régimes d'assurance maladie obligatoires, ces régimes ne prennent pas en charge la totalité des dépenses de santé engagées. De surcroît, la CMU complémentaire qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes de base n'est accessible que sous conditions de ressources. Or, le plafond de ressources est jugé insuffisant par certains<sup>78</sup>, au regard notamment de divers minima sociaux, comme les allocations de base du minimum vieillesse/invalidité et l'Allocation adulte handicapé (AAH). Il en va de même pour le crédit d'impôt, en vigueur à compter du 1er janvier 2005, qui est une aide également attribuée sous conditions de ressources. Cette aide est versée à un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, assurance) au choix des usagers et vient en déduction du prix du contrat passé avec cet organisme.

---

<sup>77</sup> Instituée par la loi 99-641 du 27 juillet 1999 à effet du 1<sup>er</sup> janvier 2000, la CMU permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la Sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé : c'est la CMU de base, qui ne dispense pas de l'avance de frais et ne rembourse pas le ticket modérateur.

<sup>78</sup> Voir le rapport de mission d'Yves Carcenac et Evelyne Liouville, IGAS 2001

Les raisons d'ordre psycho-social sont liées notamment à la peur, peur de l'autre, peur de ne pas comprendre ce qu'on leur dit ou d'être insuffisamment informé : « *Je veux savoir ce qu'on me fait, on ne me dit rien* », peur d'être maltraités : « *A mon arrivée, on m'a demandé de me déshabiller et de me laver devant d'autres personnes* » ; « *Un docteur a dit en parlant de moi : on peut le relâcher, comme si j'étais en prison !* »<sup>79</sup>.

D'autres raisons tiennent à la crainte de l'expulsion, s'agissant des étrangers en situation irrégulière, pour lesquels le droit d'asile a été définitivement refusé, même s'ils peuvent prétendre, dans des conditions qui ont été récemment restreintes, à l'aide médicale d'Etat.

Pour tous les patients en situation de précarité, la prise en charge hospitalière et post-hospitalière est plus difficile que pour les autres patients, du fait de difficultés de compréhension, de dialogue, et tout simplement de leur état de santé car, attendant d'être vraiment malades pour aller à l'hôpital, ils arrivent le plus souvent dans un état de santé très dégradé.

En aval, ensuite, un suivi sanitaire s'impose afin de s'assurer notamment de la prise du traitement prescrit car : « *On ne reconnaît pas les médicaments génériques, ils se ressemblent tous ; comme je ne sais pas lire, avant, je reconnaissais un médicament par la couleur du cachet* »<sup>80</sup>.

L'hôpital doit non seulement soigner mais aussi participer à la réinsertion des exclus dans un réseau de soins de type médico-social, adapté aux caractéristiques de cette population. Cela nécessite de mettre en place des partenariats appropriés.

En conséquence, il est fréquemment constaté que les personnes les plus démunies entrent tardivement à l'hôpital, d'autant que quelques services hospitaliers refusent encore de les prendre en charge dans le cadre des soins programmés, et les réorientent vers la médecine de ville. Dans un contexte marqué par le renforcement des contrôles des activités de la médecine de ville, celle-ci est exposée à des risques de dérapages. La démographie des professionnels de santé, inégalement répartis sur le territoire, peut aboutir, dans certaines zones à des carences en nombre de professionnels, qui de ce fait ont une activité particulièrement développée. Certains peuvent alors avoir la tentation de ne plus recevoir des personnes en situation de précarité dont la prise en charge nécessite souvent un temps plus long. En outre, l'existence du secteur 2 (honoraires libres) pour les médecins et le fait que dans certaines spécialités ou certaines zones géographiques seuls exercent des médecins en secteur 2, constituent une entrave à l'accès aux soins pour les populations qui ne bénéficieraient pas de la CMU complémentaire.

---

<sup>79</sup> Universités populaires ATD-Quart-monde, 18 janvier 2005, Paris.

<sup>80</sup> Idem

<sup>81</sup> Les RIAP contiennent des données en volume et en activité par patient.

Selon des témoignages recueillis par le rapporteur, lors de l'Université populaire ATD-Quart-monde du 18 janvier 2005, il est parfois constaté que le médecin ou le spécialiste serait autorisé à refuser de prendre en charge des personnes s'il ne peut pas en temps et en qualité assurer leur prise en charge et s'il n'y a pas de risque vital. Autre exemple pouvant alimenter les craintes, quelques dentistes ont menacé en janvier 2005 de ne plus prendre en charge les bénéficiaires de la CMU, pour faire pression sur la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les pouvoirs publics au moment où s'ouvriraient des négociations portant notamment sur les tarifs des soins dentaires.

La grande pauvreté étant plutôt concentrée dans les zones urbaines, ce sont souvent les CHU, dotés de plateaux techniques sophistiqués, qui remplissent cette mission d'accueil et de soins de premier secours aux plus démunis, alors que ceux-ci pourraient être pris en charge d'une façon plus adaptée dans les hôpitaux de proximité, voire dans des services clairement dédiés aux soins de proximité au sein de ces mêmes CHU.

Outre l'accès aux soins somatiques, les populations les plus fragiles rencontrent de réelles difficultés en ce qui concerne l'accès aux soins psychiatriques. En France, la psychiatrie publique est organisée en secteurs. Mise en œuvre dans les années soixante-dix, la psychiatrie de secteur reposait sur une idée simple et novatrice à l'époque. La prévention, le diagnostic, et les soins psychiatriques doivent être organisés par une même équipe délivrant ses prestations en ville comme à l'hôpital, favorisant ainsi la continuité des soins. Or, la population des exclus<sup>82</sup> a souvent perdu tout réflexe de recours aux soins<sup>83</sup> auxquels elle n'accède que par le biais des urgences ou des consultations médico-sociales. Il s'agit d'une population souvent nomade dont le suivi médical ou psychiatrique peut difficilement être rattaché à un secteur géographique précis. De leur côté, les structures de soins en santé mentale déclarent ne pas pouvoir prendre en charge des personnes présentant parfois un refus radical de soin, et considèrent, à tort ou à raison, qu'elles n'ont pas à médicaliser les conséquences de la détresse sociale. En pratique, ce sont les travailleurs sociaux et les bénévoles des associations d'aide aux démunis qui se retrouvent souvent en première ligne face à des personnes qui présentent des troubles graves de comportement. Diverses études montrent que 30 % à 40 % des SDF souffrent de psychose chronique<sup>84</sup>.

En conclusion, l'hôpital doit rester un lieu privilégié où les personnes les plus démunies peuvent avoir accès aux soins et faire valoir leurs droits. Une des clés de la réussite de la prise en charge à l'hôpital des plus démunis, mais aussi

---

<sup>82</sup> M. Declerc ; *Les naufragés* ; Plon Editeur.

<sup>83</sup> MM V. Kovess, C. Mangin Lazarus ; *La santé mentale dans la ville de Paris* ; 1997.

<sup>84</sup> « *Santé mentale et grande exclusion* » in *Psychiatrie française*, Vol. XXIX, juillet 1998.

de tous les patients, est fournie par le docteur Jacques Lebas<sup>85</sup>, responsable de la consultation Précarité-accueil des démunis à l'Hôpital Saint-Antoine à Paris : « *On parle aujourd'hui beaucoup d'excellence : elle est en général associée à la technique médicale, aux règles de management. Pour moi, l'excellence doit être dans l'attention au patient, reconnu dans sa dignité, pris dans sa globalité* ».

### 3. Les modalités d'hospitalisation et l'organisation de la prise en charge

L'arrivée de nombreux patients par les urgences, donc de façon non programmée, et le manque de lits d'aval ont pour conséquences non seulement des pertes de temps importantes pour les personnels des urgences toujours « à la recherche d'un lit quelque part », mais aussi des hospitalisations inadéquates dans des services dont la spécialité ne correspond pas à la pathologie principale dont souffre le patient, mais où tout simplement il y avait un lit disponible. Ainsi, en 2004, l'ANAES<sup>86</sup> a évalué, (à partir d'une étude régionale de la CNAMTS dans les services de réanimation de la région Languedoc-Roussillon), que le taux d'hospitalisations inappropriées s'élève en moyenne à 25 % en France. Le taux d'hospitalisations inappropriées se décompose en hospitalisations non pertinentes justifiées et non justifiées. Selon les auteurs, les chiffres varient selon les centres hospitaliers entre 17 % et 60 %, avec une moyenne au niveau international égale à 34,8 %. Une autre étude sur l'aval hospitalier des urgences à l'AP-HP, en septembre 2001, avait montré également que 10 à 20 % des patients admis dans les services de court séjour ne relevaient pas de ce type de prise en charge<sup>87</sup> : 10 % d'inadéquation représentent environ 860 lits de médecine et 450 lits de chirurgie de court séjour à l'AP-HP, soit l'équivalent d'un hôpital de la taille de Pitié-Salpêtrière. La saturation des lits de court séjour en aval a elle-même pour cause première l'insuffisance de lits de moyen séjour en aval (soins de suite, surtout gériatriques, disponibles à l'hôpital et à domicile).

Il convient donc d'analyser la prise en charge des soins dits programmables, par opposition aux soins d'urgence, ceci selon la nature des soins prodigués, mais également selon la nature de l'hospitalisation.

Classiquement, les soins sont classés en trois catégories selon qu'il s'agit de soins préventifs, curatifs et palliatifs. Une autre classification, exprimée notamment dans le décret dit « de compétence » du 15 mars 1993 de la profession infirmière, avait distingué, d'une part, les soins techniques et, d'autre part, les soins relationnels et éducatifs. Cette seconde classification, qui concernerait *a priori* plutôt les soins curatifs, est étroitement intriquée avec la première mais ne s'y substitue pas, les soins relationnels et éducatifs faisant en réalité partie de toute prise en charge digne de ce nom.

<sup>85</sup> Entretien du rapporteur avec le Docteur Jacques Lebas, au Conseil économique et social le 17 décembre 2004. Voir aussi le rapport de la Commission Lebas sur « *L'accueil des malades démunis à l'AP-HP* ».

<sup>86</sup> « *Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions* », CCECQA/ANAES, juillet 2004.

<sup>87</sup> Revue « *Flash* » n°203-décembre 2002, Direction de la Politique Médicale, AP-HP.

### 3.1. Les soins de prévention

Depuis la loi de 1970, la prévention et l'éducation à la santé font partie des missions du service public hospitalier. La prévention a pour buts d'empêcher la survenue d'une pathologie (par l'hygiène de vie, les vaccinations notamment), d'éviter le développement d'une pathologie lorsque celle-ci est survenue (dépistage) et, enfin, d'empêcher la survenue d'effets secondaires liés à son traitement (chimiothérapie ou radiothérapie par exemple dans le cas de cancer).

En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue trois types de prévention, qui ont été également retenus par le programme « Santé publique-Prévention » de la loi sur la politique de santé publique<sup>88</sup> du 9 août 2004 :

- la prévention primaire, qui vise à prévenir la survenue d'une maladie (c'est-à-dire à réduire son incidence) dans une population, en agissant sur ses causes et ses déterminants endogènes ou exogènes, au moyen d'actions, telles la vaccination et la lutte contre des facteurs de risque de survenue de cette maladie, notamment par l'éducation pour la santé et les actions d'information à destination du public en général ou de groupes ciblés afin de maintenir une santé de qualité pour toute la population. La prévention du diabète chez un obèse, par exemple, relève de la prévention primaire ;
- la prévention secondaire, qui s'efforce par la détection précoce des maladies, à un stade où l'on peut souvent encore intervenir utilement, d'éviter leur développement ou leur aggravation ; c'est là tout le champ du dépistage individuel ou systématique ;
- la prévention tertiaire, plus tardive, qui vise à diminuer les effets secondaires des traitements, les récurrences et les incapacités, et à aider les personnes malades ou handicapées à vivre au mieux de leurs possibilités. C'est là tout le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, ainsi que celui des soins de support et d'accompagnement, tels que développés dans le plan Cancer. Peu valorisée encore par les acteurs de soins, la prévention tertiaire est pourtant la médecine de demain, eu égard à l'allongement de la durée moyenne de vie, aux développements des pathologies chroniques : prévention des escarres pour les personnes alitées, qu'elles soient âgées dépendantes, dénutries ou tétraplégiques par exemple, des rétractions musculaires pour les personnes touchées par les maladies neuromusculaires, notamment, mais aussi prévention des états dépressifs liés à la maladie en mettant en œuvre des facteurs psychologiques destinés à aider les patients à mieux supporter, voire surmonter leur maladie.

---

<sup>88</sup> Sénat, annexe au procès-verbal de la séance du 7 janvier 2004, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la politique de santé publique, par MM. Francis Giraud et Jean-Louis Lorrain.



Ces trois stades de la prévention s'inscrivent dans le cours évolutif du handicap tel que le définit l'OMS dans la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF)<sup>89</sup>, chacune de ces étapes nécessitant un ajustement de l'offre de soins en termes de prestation, de formation des personnels et d'objectifs de prise en charge.

La prévention primaire appartient « naturellement » au rôle du médecin généraliste et, de façon plus générale, au domaine des soins de ville (dits soins primaires), mais cette activité mise en œuvre par tous les professionnels de santé de ville est en réalité encore mal développée aujourd'hui, car trop peu valorisée dans la classification des actes médicaux. Ce rôle en prévention primaire peut également être joué par l'hôpital vis-à-vis des personnes fragiles en rupture sociale.

Plus l'on va de la prévention primaire à la prévention tertiaire, c'est-à-dire plus la pathologie est installée et risque de s'aggraver, plus l'hôpital a un rôle important à jouer (prévention des effets secondaires, des complications et récidives). D'où l'importance des consultations d'éducation thérapeutique délivrées par des médecins et, depuis quelques années dans certains établissements, par des paramédicaux : consultations infirmières en cancérologie, consultations diététiques en diabétologie... destinées à aider les patients à mieux prendre en charge leur maladie, voire à en prévenir les récidives (crise d'asthme par exemple) ou l'aggravation (coma hypoglycémique chez un diabétique).

Longtemps séparée du soin curatif, donc notamment de l'hôpital, la prévention primaire s'en rapproche logiquement aujourd'hui pour deux types de raisons : l'une, extrinsèque, d'ordre structurel, est liée autant à l'hospitalo-centrisme encore existant du système de soins (l'hôpital conjuguant à lui seul trois facteurs majeurs d'attractivité de la demande de soins : permanence, gratuité et bonne technicité des soins) qu'à son caractère de recours, notamment en zone rurale ; l'autre, intrinsèque, d'ordre clinique, appartient à l'histoire naturelle des maladies et au vieillissement de la population : les pathologies chroniques dont sont porteurs de plus en plus de patients de plus en plus vieux, ont tendance, au fur et à mesure de leur évolution, à s'intriquer les unes les autres, tels le diabète, l'hypertension, l'obésité... le traitement de l'un constituant la prévention de l'autre.

Aujourd'hui il est difficile de fournir des données chiffrées précises pour mesurer la part de la prévention dans les dépenses hospitalières, tant curatif et préventif peuvent être intriqués. Si le chiffre de 2 % a pu être avancé, il ne recense qu'une partie de l'activité qui relève de la prévention. En effet, une part importante des actes médicaux, de radiologie ou de biologie relève autant du préventif que du curatif. En matière de santé publique, de réseaux et de

---

<sup>89</sup> OMS 17 avril 2002. La Classification internationale du handicap (CIH) est devenue la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF), qui permet de penser le handicap de la personne en l'intégrant au fonctionnement de la société. Elle est accessible sur [www.who.int/mediacentre/news](http://www.who.int/mediacentre/news)

prévention, la participation des hôpitaux à de multiples réseaux de santé, fortement consommatrice de temps, est sous-estimée, voire oubliée dans les budgets relatifs aux missions d'intérêt général de l'hôpital (centres de planning familial, soins dentaires pour les plus démunis, éducation thérapeutique en diabétologie, accompagnement des patients cancéreux...).

Les dépenses de prévention dans le secteur hospitalier sont principalement affectées au traitement des facteurs de risque, notamment au traitement du diabète, de l'hypertension artérielle et de l'alcool.<sup>90</sup>

Il est à signaler que les établissements de santé du secteur privé bénéficient, dans le cadre des prestations d'hébergement à temps partiel, d'une reconnaissance et d'un financement des actions d'éducation nécessitant la présence d'un diététicien ou d'un ergothérapeute, personnel spécialisé non prévu dans la tarification de l'établissement de soins et non rémunéré à l'acte, sous réserve que ces actions soient inscrites sur la liste limitative suivante :

- endocrinologie : prise en charge et éducation par une diététicienne d'un diabète insulino-dépendant et/ou d'une dyslipémie sévère avec retentissement somatique et complications ;
- gynécologie-obstétrique : bilan et éducation par une diététicienne d'un diabète gestationnel ;
- neurologie : prise en charge et éducation de neurostimulation transcutanée pour douleurs rebelles.

Ces prises en charge donnent lieu à une rémunération correspondant au forfait ACS 1 (accueil et surveillance du patient), qui couvre l'ensemble des dépenses de soins, y compris infirmiers, et des prestations hôtelières afférentes au patient, mais ne couvre pas les honoraires médicaux.

Dans la réglementation actuelle, les actes d'éducation qui sont pratiqués dans des établissements privés et n'entrent pas dans la liste décrite précédemment ne peuvent pas être rémunérés. Par ailleurs, il n'existe pas d'acte d'éducation dans la classification commune des actes médicaux.

Pour les établissements du secteur public, il n'existe pas non plus d'actes dans le catalogue des actes médicaux qui correspondent aux actions d'éducation du patient et les prises en charge de ce type lors d'hospitalisation n'induisent pas spécifiquement de production de points ISA (Indice synthétique d'activité). Ainsi, un établissement risque d'apparaître moins « productif » en termes de points ISA, parce qu'il consacre des moyens matériels et surtout de personnels à ces actions alors que celles-ci ne modifient pas l'orientation du séjour en GHM, donc la valorisation en points ISA de l'activité de l'établissement.

---

<sup>90</sup> « *Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de santé* », Etudes et résultats, DREES, n° 247, juillet 2003.

Quant à la rémunération des consultations d'éducation thérapeutique du patient réalisées en établissement de santé, elle est effectuée, de même qu'en ville, sur la base des lettres-clés de la nomenclature générale des actes professionnels et pose donc les mêmes problèmes qu'en médecine de ville<sup>91</sup>.

De façon générale aujourd'hui, l'hôpital public rencontre deux types de difficultés dans l'exercice de sa mission de prévention.

Tout d'abord, comme le relève le Conseil économique et social dans son rapport consacré à la prévention<sup>92</sup>, « *la prévention occupe depuis le développement de la médecine moderne une place secondaire dans le système français, qui s'est constitué autour d'une démarche essentiellement curative* ». En effet, avant la loi sur la politique de santé publique de 2004, « *la dimension préventive était quasiment inexistante dans notre système de santé* »<sup>93</sup>, a fortiori dans notre système hospitalier. Cette politique est aujourd'hui coordonnée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à partir de la structure précédente, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Elle est étroitement liée à la politique de santé publique qui, jusqu'à la loi de santé publique du 9 août 2004, était relativement peu structurée et cohérente.

A titre d'exemple, c'est le plan Cancer, lancé en 2003, qui a permis de mettre en œuvre le dépistage systématique du cancer du sein dans tous les départements, pour les femmes de plus de cinquante ans, alors que ce dépistage était expérimenté par l'assurance maladie depuis 1998 seulement dans une dizaine de départements. Auparavant, il avait fallu attendre la circulaire<sup>94</sup> de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) d'avril 2000 pour traiter réellement de la prise en charge de personnes dépendantes du tabac et développer une politique de prévention du tabagisme, par le renforcement ou la création de consultations hospitalières de tabacologie et la création d'Unités de coordination de tabacologie (UCT), mettant ainsi en place, au sein de l'hôpital, des lieux de formation des professionnels de santé et des actions de formation, d'information et de prévention du tabagisme pour les patients.

---

<sup>91</sup> Extraits du rapport du groupe de travail sur ce thème organisé par la DGS, et consultable à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/eduthera/notinte.htm>

<sup>92</sup> « *La prévention en matière de santé* », Rapport et avis présenté par M. Guy Robert, au nom de la section des affaires sociales le 26 novembre 2003.

<sup>93</sup> Sénat, annexe au procès-verbal de la séance du 7 janvier 2004, rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, relatif à la politique de santé publique, par MM. Francis Giraud et Jean-Louis Lorrain, sénateurs.

<sup>94</sup> Circulaire DH/EO2/DGS/2000/182/ du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie.

Ensuite, le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital par services hospitaliers rend difficile la coordination d'actions de prévention, tant en interne qu'en externe, alors que celle-ci suppose une approche globale de l'individu et le partage des informations relatives aux patients, dans le cadre de structures liant ville et hôpital, tels les réseaux de santé.

En termes de prévention secondaire, le dépistage du cancer est une activité médicale de routine à l'hôpital comme à la ville, car faisant partie des bonnes pratiques médicales et accepté socialement. En revanche, en ce qui concerne le sida, il a fallu la pression extérieure des associations de patients pour que l'hôpital mette en place des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH.

En matière de prévention tertiaire, la faible durée moyenne de séjour hospitalier est, de plus, un obstacle à une prise en charge de qualité permettant la mise en œuvre de ces démarches de prévention clinique<sup>95</sup>. C'est ainsi que l'éducation thérapeutique demeure peu développée en France, contrairement à de nombreux pays européens (Belgique, Suisse, Europe du Nord) et au Canada. Il n'existe en France qu'un seul Diplôme universitaire en éducation du patient (DUEP), destiné à tous les professionnels, notamment paramédicaux, qui exercent des missions d'éducation sanitaire et de prévention.

En termes d'efficacité, des indicateurs régionaux sont en cours d'élaboration par les URCAM. Néanmoins, il existe déjà des statistiques qui font apparaître des économies de coûts hospitaliers générées par une prévention efficace. Ainsi, des études<sup>96</sup> indiquent, en matière de prévention tertiaire, un abaissement de moitié du coût médical de patients asthmatiques éduqués, grâce à la prévention de 75 % des crises d'asthme et la diminution de 80 % des visites en urgence et des hospitalisations. En diabétologie, d'autres études<sup>97</sup> ont prouvé que des actions d'éducation réduisent notamment de plus de 50 % le nombre d'amputations et diminuent d'autant le recours aux services hospitaliers correspondants.

---

<sup>95</sup> « Réseaux et Préventions : deux jambes pour la bonne marche du système de santé... », F. Martin, praticien hospitalier - CH Dreux, vice-président du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), Administrateur de la Coordination nationale des réseaux sanitaires et sociaux (CNR), 2001

<sup>96</sup> Etudes du Professeur JP Assal, chef du service de diabétologie de l'hôpital cantonal de Genève. Lire de cet auteur, *L'éducation thérapeutique*, Vigot, 1996.

<sup>97</sup> Sidorov J, Schull R, Tomcavage J, Girolami S, Lawton N, Harris R. "Does diabetes disease management save money and improve outcomes ?" *Diabetes Care* ; 25 (4) : 684-9.  
O'Brien J, Patrick A, Caro J. "Cost of managing complications resulting from type 2 diabetes mellitus in Canada". *BMC Health Services Research* 2003. Accessible sur [www.biomedcentral.com/1472-6963/3/7](http://www.biomedcentral.com/1472-6963/3/7)

### 3.2. Les soins curatifs

#### a) Les différentes modalités d'hospitalisation

Selon la loi de 1970 modifiée par la loi de 1991, les établissements de santé (publics ou privés) peuvent dispenser, avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée (« court séjour ») ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, psychiatrie) ;
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion (« moyen séjour ») ;
- des soins de longue durée comportant obligatoirement un hébergement (« long séjour »), dispensés à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, principalement des personnes âgées ou handicapées.

Ainsi, les modalités d'hospitalisation sont classables selon leur durée de séjour. De plus, la loi de 1991 a créé des modes d'hospitalisation alternatifs, de durée variable : hôpital de jour et Hospitalisation à domicile (HAD).

#### b) La relative spécialisation du secteur public et du secteur privé

La nature des soins effectués dans le secteur public et le secteur privé, qu'il soit lucratif ou non, a de plus en plus tendance à se spécialiser. A la spécialisation historique en chirurgie du secteur privé lucratif, et plus généralement dans les activités programmées et standardisées, s'ajoutent désormais sur la période récente des spécialisations plus fines des différents secteurs dans la mise en œuvre de certaines activités ou dans les modes de prise en charge. La spécialisation des établissements de santé en fonction de leur mode de financement est liée à de multiples facteurs tels que l'attractivité de l'établissement, la lourdeur médicale de la pathologie à traiter et l'étendue de la couverture maladie complémentaire du patient<sup>98</sup>.

En ce qui concerne le court séjour, selon une enquête publiée récemment<sup>99</sup> portant sur l'activité en 2003 des 2 938 hôpitaux et cliniques du territoire français, le secteur public prend en charge 64 % de l'activité d'obstétrique, mais 72 % des accouchements avec complications, car le secteur public assure plus particulièrement le suivi des grossesses à risque. Pour réaliser ce suivi, il développe les prises en charge en ambulatoire.

<sup>98</sup> DREES n° 378, Février 2005, les déterminants individuels des dépenses de santé

<sup>99</sup> S. Audric, G Buisson ; *La spécialisation des établissements de santé en 2002* ; Etudes et résultats, n° 374, Février 2005. Consultable sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). Le nombre de lits a diminué de 13% entre 1992 et 2002, avec la fermeture de 75 000 lits d'hospitalisation complète qui n'ont pas été compensés par la création de 48 000 places d'hospitalisation à temps partiel et de 4 200 à domicile

En 2002, le secteur public a accueilli les deux tiers des séjours de médecine (67 %), avec une orientation marquée pour le traitement des affections neurologiques (88 %) et pulmonaires (81 %), et une quasi-exclusivité de certaines prises en charge : infections à VIH, traumatismes multiples graves, problèmes psychiatriques graves, addictions, brûlures. Quant à la chirurgie, les hôpitaux publics ne réalisent que le tiers (32 %) des interventions, toujours avec une quasi-exclusivité pour les groupes d'activités complexes : 97 % des transplantations d'organes, soit 3 300 séjours en 2002, 85 % des traumatismes graves (5 730 séjours), 81 % des brûlés (2 330 séjours).

Le secteur privé lucratif, quant à lui, réalise 60 % des activités ORL et stomatologie, sauf pour trois types de pathologie : troubles de l'équilibre liés à la sphère ORL, otites moyennes, infections des voies aériennes supérieures.

Le secteur privé lucratif privilégie les séjours médicaux en hospitalisation partielle, notamment les endoscopies sous anesthésie (788 300 séjours en 2002), et réalise environ 60 % des séjours chirurgicaux pour des interventions peu complexes, réalisées en ambulatoire : opérations de la cataracte, arthroscopies, ligatures des veines, opérations des amygdales et végétations, pose de drains trans-tympaniques, appendicectomies.

Le secteur privé non lucratif est pour sa part spécialisé dans le domaine du cancer, en médecine comme en chirurgie, ce secteur regroupant les vingt centres de lutte contre le cancer, ainsi que cinquante-huit autres établissements qui ont déclaré en 2002 une activité de chimiothérapie.

Enfin, le secteur public réalise 90 % du long séjour, celui-ci ne représentant que 0,6 % de ses hospitalisations, tandis que les établissements privés sont plus spécialisés dans le moyen séjour, en centres de rééducation fonctionnelle, pour des traitements et des cures ambulatoires.

#### c) L'opinion des usagers

Pour analyser l'efficacité et la qualité de l'organisation de la prise en charge et des modalités d'hospitalisation, il est légitime de partir de la perception qu'en ont les usagers. Un sondage réalisé<sup>100</sup> en 2004, fondé uniquement sur des indices de satisfaction, montre tout d'abord à quel point l'hôpital fait partie intégrante de nos vies. Parmi les personnes interrogées qui se sont rendues à l'hôpital public pour elles-mêmes, dans les douze derniers mois précédant l'enquête, les motifs de fréquentation de l'hôpital sont les suivants : 37 % pour une hospitalisation, 33 % pour une consultation et 30 % pour une urgence.

Aux deux extrémités de la vie que sont la naissance et la mort, la grande majorité des Français a recours en effet à un établissement de santé, qu'il soit public ou privé. Avec l'éclatement de la famille traditionnelle, la tendance ces trente dernières années a été de plus en plus de « *venir mourir à l'hôpital* », alors

<sup>100</sup> Sondage TNS Sofres effectué pour la FHF, France 5 et Le Monde réalisé entre le 21 avril et le 25 avril 2004 auprès d'un échantillon de 1000 personnes représentatif de la population française.

que les personnels, formés à la médecine curative, étaient peu, voire pas du tout, formés à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Près de 70 % des personnes y meurent donc chaque année quel que soit le type d'établissement. Cette tendance, depuis la loi de 1999 relative aux soins palliatifs, commence à être contrebalancée par le développement progressif mais lent des soins palliatifs soit dans des unités spécialisées soit à domicile (*cf. infra*).

Parmi les critères de choix qui conduisent les patients à choisir tel établissement plutôt que tel autre, c'est la proximité qui l'emporte sur la réputation (52 % contre 16 %). Réalisé alors que les dysfonctionnements et les problèmes de l'hôpital sont largement relayés par la presse, ce sondage fait ainsi apparaître une satisfaction partagée par 67 % des personnes interrogées à l'égard du système hospitalier en général et, pour 82 %, de l'hôpital public en particulier. Ce chiffre est cependant à nuancer car il ne prend pas en compte certains critères discriminants. En effet, alors que le temps d'attente est considéré par les patients comme l'un des premiers critères de qualité hospitalière<sup>101</sup>, il ne figure pas dans les items retenus dans ce sondage.

Comme le montre le tableau ci-après, l'hôpital public est plébiscité pour la qualité des soins, la prise en charge des enfants, l'accueil du patient et la qualité de l'hébergement. À l'autre bout de l'échelle, se trouvent la prise en charge de certaines populations spécifiques (personnes âgées, personnes handicapées, personnes présentant des troubles psychiatriques), l'information donnée au patient et la qualité des repas.

Le palmarès par ordre de bonne opinion décroissante est le suivant :

1. La qualité des soins	84 %
2. La prise en charge des enfants	73 %
3. L'accueil du patient	72 %
4. Les services de maternité	71 %
5. La qualité de l'hébergement	71 %
6. L'accueil des proches des patients	68 %
7. La prise en charge de la douleur	67 %
8. La prise en charge des personnes les plus démunies	66 %
9. Le montant de la participation financière à la charge des patients	65 %
10. Le service des urgences	57 %
11. La prise en charge des personnes âgées	53 %
12. L'information donnée aux patients sur les soins prodigués pendant leur séjour	53 %
13. Le rôle de l'hôpital en matière de prévention	52 %
14. La prise en charge des personnes handicapées	49 %
15. La contribution de l'hôpital à la recherche scientifique	49 %
16. Les repas servis aux patients	45 %
17. La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques	40 %
18. La possibilité d'accéder directement à son dossier médical	40 %

Source : Sondage TNS Sofres effectué pour la FHF, 2004.

<sup>101</sup> Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, Etudes et Résultats de la DREES, n°215, Janvier 2003.

Il est tout aussi instructif d'établir ce même classement par ordre de mauvaises opinions décroissantes (en ne tenant pas compte des personnes « sans opinion ») :

1. Les repas servis aux patients	45 %
2. La possibilité d'accéder directement à son dossier médical	44 %
3. L'information donnée aux patients sur les soins prodigués pendant leur séjour	38 %
3. Le service des urgences	35 %
4. La prise en charge des personnes âgées	29 %
5. Le rôle de l'hôpital en matière de prévention	26 %
6. La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques	23 %
7. L'accueil des proches des patients	22 %
8. La prise en charge de la douleur.....	22 %
9. La prise en charge des personnes handicapées	22 %
11. La qualité de l'hébergement	21 %
12. Le montant de la participation financière à la charge des patients	21 %
13. L'accueil du patient	20 %
14. La contribution de l'hôpital à la recherche scientifique	18 %
15. La prise en charge des personnes les plus démunies	16 %
16. La qualité des soins	11 %
17. La prise en charge des enfants	9 %
18. Les services de maternité	8 %

Source : sondage TNS Sofres effectué pour la FHF, 2004

Interrogés sur les éléments qui caractérisent le mieux le système hospitalier français, les usagers placent nettement au premier rang des caractéristiques prioritaires du système hospitalier, le fait que l'hôpital soit accessible à tous, sans distinction de revenus (à 55 %).

Les usagers n'en concluent pas pour autant que l'hôpital soit exempt de critiques. Toujours dans ce sondage, ils soulignent quatre difficultés essentielles à leurs yeux : la pénurie de personnels médicaux (à 83 %), le manque de moyens (à 66 %), les difficultés d'application des 35 heures (à 43 %), et la lourdeur des procédures administratives (à 24 %). Ils relèvent la « vocation » des métiers de soignants, mais aussi la « pénibilité » de certains d'entre eux (infirmiers, aides-soignants).

Tout se passe donc comme si l'hôpital public remplissait finalement l'essentiel de ses missions grâce à la fois à la qualité de ses plateaux techniques et des soins prodigués, et au dévouement de ses personnels. Dans leur grande majorité, ceux-ci continuent jusqu'à ce jour à absorber des contraintes de plus en plus lourdes et à s'adapter à des organisations qui se complexifient. Finalement, « *On n'a jamais été aussi bien soigné en France qu'en 2003. Mais jusqu'à quand ?* »<sup>102</sup>.

<sup>102</sup> Rapport d'information parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital, présenté par M. René Couanau, Député, le 19 mars 2003.



D'autres enquêtes sont venues récemment compléter ce regard des patients. Il est intéressant de noter que si les conclusions générales demeurent constantes, l'accent est désormais régulièrement mis par les patients sur les problèmes d'organisation et pas seulement de moyens. Cette récente prise de conscience peut constituer un levier essentiel pour les réformes à venir.

d) La qualité des soins : une prise en charge technique de qualité, mais d'accès inégal, et atomisée par le principe de spécialité

Un patient vient à l'hôpital soit pour une hospitalisation programmée dans un des services de l'hôpital, soit pour une prise en charge dans le service des urgences (66 % des personnes interrogées), plutôt que pour seulement consulter un médecin (33 % des personnes interrogées).

C'est la spécialité médicale qui régit l'entrée du patient dans l'hôpital puis sa prise en charge. Avant la réforme Debré de 1958, l'hôpital public avait d'abord été organisé comme un lieu mis à la disposition de spécialistes de ville venant y exercer leur art, dans un espace dédié à chacun, et non conçu pour faciliter la coordination, l'échange d'informations et les complémentarités. Les services fonctionnent comme des unités de production indépendantes et spécialisées, dirigées par des chefs de service aux larges pouvoirs choisis sur leurs capacités en matière de soins et de publications, mais exerçant une fonction administrative de *management* (gestion des lits, de l'activité et des personnels soignants) qui ne leur a pas été enseignée et n'est pas évaluée.

Ainsi, l'hôpital public est organisé en services en tant qu'unités de production et non, comme pour toute autre structure, par un organigramme mis en place par son directeur, avec des responsables d'unités choisis par lui. Des cloisonnements interprofessionnels existent et se traduisent par des difficultés de communication entre les différents acteurs. La concertation entre médecins et soignants sur les rythmes et les modes de travail est souvent un sujet tabou. Dans un univers aux tâches techniques parcellisées, tous les acteurs dépendent pourtant les uns des autres.

Dans cet environnement, la qualité de la prise en charge des patients tient d'abord à la qualité de l'information qui leur permettra d'accéder au spécialiste recherché, puis à la qualité des plateaux techniques et à l'efficacité de leur utilisation. Sur ce point, il existe une inégalité dans l'accès aux soins, qui tient à la plus ou moins bonne connaissance des circuits d'information et de décision au sein de l'hôpital. La connaissance de la réputation d'un médecin hospitalier, l'accès à sa secrétaire médicale pour obtenir un rendez-vous, passent en effet bien souvent par des personnes de l'hôpital connues des patients...

De la même façon, il existe également une forte inégalité de qualité des soins prodigués, ceci pour deux raisons essentielles. D'abord, du fait d'une répartition inégale des activités entre public et privé, le secteur privé réalise aujourd'hui la plupart des actes de chirurgie courante, et « laisse au public » les actes plus complexes et sophistiqués ; ensuite, parce que tous les hôpitaux ne

sont pas dotés des mêmes équipements, conséquence des fortes inégalités de dotation budgétaire qui se perpétuent depuis plus de vingt ans. A cet égard, trois régions sont privilégiées, l'Ile-de-France, dont la dotation sanitaire régionale est supérieure de 27 % à la moyenne nationale, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Languedoc-Roussillon. A cette inégalité de moyens, répond aussi une inégalité de qualité de la pratique médicale, qui n'est pas propre aux hospitaliers, mais qui est liée notamment au fait que 10 à 15 % des connaissances médicales se renouvellent chaque année : les patients ont de moins en moins accès aux mêmes traitements suivant les médecins qu'ils consultent. De même qu'il est matériellement difficile à un médecin de se tenir en permanence informé des dernières avancées médicales, il lui est souvent compliqué de mettre en œuvre celles-ci, compte tenu de leur coût. Les médecins doivent avoir accès à des banques de données informatisées, et à des normes permettant de valider les bonnes pratiques. Les associations de patients disposent souvent, sur leur créneau, et grâce à leur réseau de familles et de médecins, d'informations précieuses trop peu prises en compte par certains médecins qui ne leur reconnaissent pas cette expertise.

L'exemple suivant est particulièrement instructif. Le professeur Coubes a mis au point au CHU de Montpellier une technique d'implantation d'électrodes particulièrement efficace, et reconnue internationalement, chez des patients atteints de dystonie musculaire d'origine génétique. Depuis 1996, plus de 150 enfants ont été sauvés grâce à cette technique, qu'il est le seul à mettre en œuvre, financée à l'origine par le CHU sur son budget de recherche et par le monde associatif (Téléthon). Devant le coût élevé de cette technique (20 000 € par patient), l'assurance maladie a contingenté dans un premier temps les stimulateurs, ce qui a mécaniquement réduit le besoin en médecins, alors que les réseaux médicaux et associatifs adressaient de plus en plus de patients à cette équipe. Il a fallu une question écrite d'un député au Secrétaire d'Etat à l'assurance maladie le 21 décembre 2004 pour régler provisoirement le problème. Cet exemple ne doit cependant pas occulter le fait que l'hôpital public dispense en France des soins courants de qualité sur tout le territoire et que la plupart des patients peuvent trouver le moment venu le lieu susceptible de les traiter pour des soins plus exceptionnels.

Au sein d'un hôpital public déjà composé de services cloisonnés dans la prise en charge des patients, une spécialisation accrue s'impose de plus en plus pour ancrer les nouvelles techniques liées au progrès médical dans l'organisation du travail. Les soins sont de plus en plus parcellisés. Officiellement, il existe cinquante-deux<sup>103</sup> spécialités médicales, contre une vingtaine en moyenne dans les autres pays d'Europe, mais « *la réalité est plus proche de 150* »<sup>104</sup>. Il existe donc un besoin croissant de coordination. Jusqu'à présent, chaque réforme qui a voulu décloisonner l'hôpital a échoué ; en termes plus nuancés, « *Les structures de mutualisation tardent à s'imposer pour remédier à cette « balkanisation » croissante des hôpitaux* »<sup>105</sup>.

Les tentatives de décloisonnement ont pourtant été nombreuses. Les départements, créés par la loi du 3 janvier 1984, initialement obligatoires, sont devenus facultatifs dès 1987. Les fédérations hospitalières ou inter-hospitalières, destinées à coordonner l'activité d'unités fonctionnelles, de services et de départements, ne se sont développées que dans un petit nombre d'établissements, même au sein de l'AP-HP qui regroupe des centres hospitaliers géographiquement proches les uns des autres<sup>106</sup>. Les marges de manœuvre ouvertes par « l'amendement liberté » introduit par la loi du 31 juillet 1991<sup>107</sup>, demeurent également faiblement exploitées, alors même qu'elles permettent aux établissements de décider librement de leur organisation médicale.

Peu de fonctions de coordination ont été mises en place pour maximiser l'utilisation des équipements, et notamment des plateaux techniques.

Ainsi, l'activité d'un bloc opératoire peut varier du simple au double entre une clinique privée et un hôpital général<sup>108</sup>. Les attentes représentent en moyenne 40 % du temps passé dans les blocs opératoires, et ceux-ci ne sont occupés que le tiers du temps ouvrable d'une semaine de trente-cinq heures<sup>109</sup>. La présence d'un coordonnateur de blocs, qui planifie et qui contrôle l'activité, est en effet essentielle pour remédier aux retards de différentes natures qui bouleversent les plannings établis, réduisent le nombre quotidien d'interventions programmées et donnent aux professionnels un sentiment de désorganisation.

<sup>103</sup> Il existe à ce jour 52 DES et DESC (source : Fédération des spécialités médicales. Site internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/>)

<sup>104</sup> Entretien du rapporteur avec Jean de Kervasdoué, au Conseil économique et social le 10 décembre 2004. Une étude récente recense 129 organisations distinctes de spécialistes médicaux (Typologie des sociétés savantes médicales françaises. Hervé Maisonneuve, Nicolas Moreau, François Steudler, Claude Guérot, Alain Durocher ; enquête auprès de 129 organisations, Masson, Paris, Presse Med 2004; 33: 784-90,).

<sup>105</sup> Séminaire « Les politiques de santé » - groupe n°12 : L'avenir de l'hôpital, Ecole nationale d'administration, juillet 2003.

<sup>106</sup> Rapport sur l'évaluation des fédérations de gestion commune et l'expérimentation des centres de responsabilité, AP-HP, 4/03/02

<sup>107</sup> Article L. 6146-8 du Code de la santé publique

<sup>108</sup> Domergue J., Guidicelli H. ; *La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions* ; 2003.

<sup>109</sup> Jean de Kervasdoué et coll. ; *La crise des professions de santé : François-Xavier Schweyer, Crises et mutations de la médecine hospitalière* ; Dunod 2003.

En outre, leurs programmes dépendent de la réalisation d'examens préalables et de la bonne articulation de la prise en charge entre les services. Dans ces conditions, le travail en apparence secondaire du brancardier est essentiel pour la bonne marche de l'ensemble du système.

Dans un univers régi par le principe de spécialité, « *le circuit du patient doit être organisé de façon à répondre à la fois à l'optimisation de son accueil, aux conditions de travail des intervenants et à l'utilisation des ressources. Une prise en charge se trouve ainsi rapidement transformée en un problème délicat de gestion de production*<sup>110</sup> ».

L'« hôpital éclaté » conduit donc naturellement, au plan médical, à une prise en charge segmentée du patient au sein de l'hôpital, avant même que sa dimension sociale et humaine ne soit prise en compte. En outre, la diminution du temps de séjour, qui augmente le flux des patients, incite à se consacrer en priorité aux actes techniques. Cette évolution est particulièrement problématique pour les personnes atteintes de maladies chroniques, évolutives et souvent multifactorielles, qui nécessitent une prise en charge plus importante et mal valorisée dans les recettes hospitalières.

e) Fréquence et coût des défauts de qualité des soins dans les établissements de santé en France

Il est possible d'identifier<sup>111</sup>, à partir de la classification proposée par *l'Institute of Medicine*, les défauts de qualité des soins, qui se répartissent en sous-utilisation des ressources, sur-utilisation des ressources et défauts de réalisation d'un soin adéquat entraînant un événement indésirable évitable.

Des informations chiffrées portant sur la fréquence de défauts de qualité des soins dans les établissements de santé français sont disponibles. Ces informations nécessitent, toutefois, d'être interprétées avec prudence compte tenu des limites méthodologiques inhérentes à ce type d'études. Elles concernent les points suivants :

- les événements indésirables. La fréquence des événements indésirables graves liés aux soins varierait, selon la méthode de détection employée, entre 10 % et 15,4 %, et celle des événements indésirables évitables, entre 3,9 % et 6,2 %<sup>112</sup>. Ces résultats ont été précisés selon l'Etude nationale sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) menée par le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) ;

<sup>110</sup> Pierre Chandernagor, J.P. Dumond ; *L'hôpital des années 1990 et ses médecins* ; in *L'hôpital stratège*

<sup>111</sup> Etude CCECQA-ANAES/Service évaluation économique/juillet 2004. Les pages qui suivent reprennent largement les résultats de cette étude.

<sup>112</sup> De 3 % à 5 % des séjours selon une enquête nationale parue dans « *Etudes et résultats* », DREES, n° 398, mai 2005.

- les infections nosocomiales. Les données nationales les plus récentes montrent une prévalence des infections nosocomiales de 6,9 % - étude RAISIN 2001 (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales). Les données d'incidence disponibles des infections nosocomiales concernent les infections sur site opératoire (1,93 % pour 162 151 interventions chirurgicales surveillées - étude RAISIN 1999-2000) et les infections en service de réanimation (entre 13 et 22 %, tout type d'infection). Les experts estiment par ailleurs que 20 à 30 % des infections nosocomiales seraient évitables ;
- les escarres. Les résultats de prévalence des escarres sont assez homogènes, entre 5 et 10 % des patients hospitalisés en court séjour ;
- les interventions injustifiées. La fréquence des interventions injustifiées a été étudiée par la CNAMTS en établissements de santé publics et privés. Elle a été estimée à 24 - 26 % pour les coloscopies faites dans le cadre du dépistage et du suivi du cancer du côlon (données 1998), 2 à 20 % pour les interventions pour cataractes (données 2000) et à 30 % pour les poses d'endoprothèses pour anévrisme abdominal (données 2001) ;
- les hospitalisations non justifiées. Les études concordent pour estimer à environ 30 % la proportion de journées d'hospitalisation non pertinentes, qui regroupent les journées non pertinentes mais justifiées dans la mesure où le patient reçoit une prise en charge sociale, psychologique, préventive, éducative ou un hébergement, et les journées non pertinentes et non justifiées dans la mesure où le patient reçoit des soins et services qui pourraient être rendus dans des structures plus adaptées (données 1999-2001). Dans une étude menée en psychiatrie, ce taux variait entre 21 et 75 % des patients selon les services (données 1998) ;
- la non-adéquation des patients aux lits d'hospitalisation. Les médecins-conseils de la CNAMTS ont estimé à 25 % le taux global d'inadéquation aux lits de réanimation, ce taux variant de 4 à 98 % selon les services et de 6 à 70 % selon le type d'établissement ;
- les prescriptions inappropriées. De nombreuses études ont été réalisées sur la fréquence des prescriptions inappropriées dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles. A titre d'exemple, 20 % pour les radiographies de la cheville chez les patients consultant aux urgences pour traumatisme léger de la cheville (données 1997), entre 20 et 35 % pour les prescriptions antibiotiques prescrites en prophylaxie ou en curatif (données 2002-2003), entre 52 et 76 % pour les prescriptions de bilan préopératoire (données 1996) ;

- les effets indésirables liés aux médicaments. 10,3 % des patients présentent un effet indésirable lié au médicament au cours de leur hospitalisation. Parmi ces événements, 25 % sont évitables et 1,4 % sont une cause probable du décès. De plus, 3,2 % des admissions sont liées à des effets indésirables (études des centres régionaux de pharmacovigilance) ;
- les défauts du circuit du médicament. De nombreuses enquêtes nationales, régionales ou locales sur la qualité des pratiques professionnelles de prescription et de dispensation du médicament dans les établissements de santé ont montré un nombre important de non-conformités à toutes les étapes du circuit du médicament : l'incidence est d'environ une erreur de prescription, de dispensation ou d'administration par patient et par journée d'hospitalisation, mais elles n'ont pas systématiquement de conséquences en termes d'événements indésirables ni de surcoût pour l'établissement.

Aucune information de coût n'existe en France sur les événements indésirables dans leur globalité, les défauts du circuit du médicament, les prescriptions inappropriées, les interventions injustifiées, les admissions ou journées d'hospitalisation injustifiées, la non-adéquation des patients aux lits d'hospitalisation. Les données de coût les plus nombreuses ont été établies pour les infections nosocomiales, mais avec des différences de méthodologie, si bien que seule une fourchette de coût peut être retenue : 383 € en moyenne pour une infection urinaire et 26 256 à 35 185 € pour une septicémie survenant en service de réanimation. En 2001, une étude monocentrique a estimé en France à 4 150 € le coût moyen d'un événement indésirable médicamenteux.

Ainsi, les données disponibles dans le contexte hospitalier français en termes de fréquence des défauts de qualité des soins et les quelques informations sur les coûts de ces défauts, disponibles notamment à l'étranger, permettent d'identifier des niches de non-qualité coûteuses : hospitalisations non justifiées, interventions non justifiées, événements indésirables. Ces défauts de qualité des soins représentent certainement un fort potentiel d'économies dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins.

La loi de 1991 avait édicté que la qualité des soins devait désormais figurer au quotidien hospitalier et la nécessité d'inscrire une telle obligation dans une loi se révélait nécessaire. Afin que la qualité de soins ne demeure pas une incantation, l'ordonnance hospitalière de 1996 est donc venue en organiser la mise en œuvre sous la forme d'une accréditation obligatoire des établissements de santé dans un délai de cinq ans par une Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).

Fruit d'un important travail de concertation entre professionnels hospitaliers et experts, une première version de l'accréditation publiée sous la forme d'un manuel en février 1999 a cherché dans un premier temps à mobiliser les hospitaliers sur une organisation optimale de leur structure : signalétique,

existence de comités transversaux, existence et lisibilité d'une information délivrée au patient, envoi d'un compte rendu d'hospitalisation au médecin de ville sous cinq jours etc. Ce nouvel outil élabore ainsi une standardisation « externe » de bonnes pratiques destinées à assurer la qualité de toute prise en charge, grâce à la mesure de l'adéquation des pratiques par rapport à des référentiels. Dans leur première version, les référentiels du manuel d'accréditation étaient au nombre de dix, regroupés en trois grandes catégories :

- I- Le patient et sa prise en charge
  - 1- Droits et information du patient
  - 2- Dossier du patient
  - 3- Organisation de la prise en charge des patients
- II- Management et gestion au service du patient
  - 1- Management de l'établissement et des secteurs d'activité
  - 2- Gestion des ressources humaines
  - 3- Gestion des fonctions logistiques
  - 4- Gestion du système d'information
- III- Qualité et prévention
  - 1- Gestion de la qualité et prévention des risques
  - 2- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
  - 3- Sécurité, prévention et contrôle du risque infectieux

A la fin de 2004, 1800 établissements de santé sur les 3 012 existants, soit un taux de 60 % avaient été accrédités<sup>113</sup>. Les comptes rendus des visites ainsi que les avis finaux du Collège de l'accréditation de l'ANAES sont accessibles au public qui peut les consulter sur le site de l'ANAES.

Après cette première version, orientée « structures », une seconde version a été élaborée plus récemment afin d'évaluer la qualité des processus de prise en charge des patients, en référence aux bonnes pratiques médicales.

Par rapport à la première version, le contenu du nouveau manuel et la procédure introduisent des évolutions importantes qui sont la traduction des orientations stratégiques arrêtées en décembre 2002 par le conseil d'administration de l'ANAES en vue d'une plus grande simplicité du manuel et de la procédure, d'une plus grande médicalisation de la démarche et d'une meilleure lisibilité des résultats. Ces évolutions visent à répondre à la fois aux attentes des établissements, des usagers et des pouvoirs publics qui souhaitent disposer d'une information plus discriminante sur la qualité des prestations des soins délivrés par les établissements de santé. À ce titre, cette nouvelle version s'inscrit dans la dynamique voulue par la loi du 13 août 2004 relative à

---

<sup>113</sup> Audition devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social de M. Alain Coulomb, directeur général de l'ANAES, le 3 novembre 2004.

l'assurance maladie qui fait de la qualité un des outils majeurs de la régulation du système de santé. Elle doit notamment donner les moyens aux pouvoirs publics d'une évaluation de la qualité des prestations servies par les établissements et de la dynamique de leurs démarches qualité, évaluation qui puisse servir de support à une partie de l'allocation de ressources.

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie crée par ailleurs une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'ensemble des médecins quel que soit leur statut et leur mode d'exercice.

Ces évolutions se heurtent à des blocages puissants et à des craintes légitimes. D'une part, l'hôpital, marqué jusqu'alors par une culture orale, et l'indépendance du chef de service, évolue vers une évaluation et un partage d'un travail médical normé et standardisé, dont la traçabilité écrite permet d'en assurer la qualité. D'autre part, le personnel soignant perçoit le risque de privilégier l'aspect quantitatif au détriment de l'aspect qualitatif, et de faire disparaître la personne derrière le dossier. Ce risque ne peut diminuer que si le décloisonnement de l'hôpital, qui permettra de prendre le patient dans sa globalité médicale, sociale et humaine, devient une réalité.

#### *f) Des réponses aux besoins de populations spécifiques*

L'accueil des personnes âgées à l'hôpital pose la question d'une réponse globale à des patients atteints de polypathologies et en perte d'autonomie, qui va de la prévention des troubles de la sénescence jusqu'à l'accueil dans des établissements de long séjour à haut niveau de confort et de sécurité. La filière actuelle n'est pas satisfaisante. Entrés par le service des urgences, les patients âgés peuvent être hospitalisés de manière provisoire dans des lits d'hospitalisation de très courte durée parfois dénommés « lits porte », puis orientés vers des lits de court séjour spécialisés mal adaptés, avant d'être admis dans un service de soins de suite ou de soins de longue durée. Outre l'inadaptation d'un tel parcours aux besoins de la personne âgée, celui-ci embolise à chaque étape le système hospitalier.

Les personnes en situation de handicap ont quant à elles particulièrement besoin d'une prise en charge multidisciplinaire, de préférence en hôpital de jour, qui leur évite un « parcours du combattant » de spécialiste en spécialiste, sur plusieurs jours, sans véritable coordinateur médical, ce qui est la majorité des cas aujourd'hui. Ces personnes manquent également de structures d'aval. A titre d'exemple, il a fallu attendre 2004 pour qu'une structure adaptée de type Maison d'accueil spécialisée (MAS) accueille à proximité de l'hôpital de Garches (92) les adolescents touchés par des maladies neuromusculaires qui occupaient alors, faute d'une autre solution, tout un service de soins de courte durée en médecine respiratoire, qui ne pouvait remplir sa fonction.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques, les personnes âgées, les personnes handicapées, les démunis représentent quatre publics spécifiques, dont la caractéristique commune est que leur prise en charge, pour être réussie, suppose une bonne articulation entre les deux secteurs sanitaire et social. Pour



ces publics aussi, le secteur hospitalier ne représentant qu'un moment de la prise en charge, il est donc indispensable de veiller à une bonne continuité des soins avec la médecine de ville.

### 3.3. Les soins palliatifs

La problématique des soins palliatifs a été antérieurement posée par le Conseil économique et social en 1999<sup>114</sup>. La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) a souligné que ces travaux ont constitué un argumentaire précieux pour obtenir des moyens supplémentaires et une amélioration de la prise en charge des soins palliatifs. Nul doute aussi que ce travail a aussi trouvé son aboutissement dans la loi sur la fin de vie adoptée, à l'Assemblée nationale, en première lecture à l'unanimité le 7 novembre 2004.

#### a) Définition des soins palliatifs et modalités de prise en charge

Les soins palliatifs ont été introduits tardivement et progressivement en France, tout d'abord par la circulaire du 26 août 1986 relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. Peu après, l'article 4 de la Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (article L 711-11-1 du Code de la santé publique) introduit la délivrance des soins palliatifs parmi les missions du service public hospitalier.

La SFAP en donnait, en 1992, la définition suivante : « *Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne en phase évolutive ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle. Prendre en compte et viser à soulager les douleurs physiques ainsi que la souffrance psychologique, morale et spirituelle, devient alors primordial* ».

Il s'agit bien de soins à part entière, différents des soins curatifs, même si la frontière est parfois ténue dans le cas de pathologies à évolution rapide, telle par exemple la Sclérose latérale amyotrophique (SLA). La notion d'accompagnement, déjà indispensable à toute prise en charge sanitaire, l'est tout particulièrement pour les soins palliatifs où elle met en œuvre un corpus particulier de connaissances.

Enfin, la loi du 9 juin 1999<sup>115</sup>, renforcée par la loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades, prévoit l'accès de tout citoyen aux soins palliatifs, en insérant notamment dans le préambule du Code de la santé publique l'article suivant : « *Article L. 1er A. - Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.* »

Depuis 1987, les soins palliatifs et d'accompagnement se sont essentiellement développés en milieu hospitalier dans deux types de structures, les Unités de soins palliatifs (USP) et les Equipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), ainsi que par la mise en place de Réseaux de soins palliatifs (RSP).

<sup>114</sup> « *L'accompagnement des personnes en fin de vie* », rapport et avis présenté par M. Donat Decisier, adopté à l'unanimité le 24 février 1999.

<sup>115</sup> Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Il existe aujourd'hui 78 unités de soins palliatifs résidentielles qui se répartissent à raison de 64 % dans le secteur public, 22 % en PSPH, 9 % dans le secteur privé lucratif et 5 % dans le secteur privé non lucratif, offrant un total de 782 lits. La disparité est grande, puisque les établissements concernés ont de 3 à 81 lits, ce qui pose la question de la pertinence de la prise en charge quand l'USP ne comporte qu'un petit nombre de lits, compte tenu de l'équipe minimale à mettre en place dans tous les cas. A titre d'exemple, 24 % d'USP n'ont pas de psychologues, alors que ceux-ci jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des malades en fin de vie et des équipes de soins.

Le Conseil économique et social pointait en 1999 : « *Conséquence du militantisme et du bricolage qui ont présidé à leur création, ces unités sont implantées dans quelques centres hospitaliers universitaires comme dans de petits hôpitaux locaux. Dans certains cas, il s'agit d'établissements spécialisés n'ayant pas une vocation hospitalière, comme la Maison Jeanne-Garnier à Paris* ». Aujourd'hui encore, vingt-trois CHU sur vingt-neuf ne disposent pas d'USP, et cinq régions en sont dépourvues, alors que le Conseil économique et social préconisait l'ouverture d'une USP par CHU, avec au minimum une USP par département. En effet, la nature même des soins exige plus que pour toute autre prise en charge la proximité de la famille. L'institution d'un congé d'accompagnement en 1999 a certes constitué une avancée. Néanmoins, faute d'être rémunéré, la portée de cette avancée législative reste limitée.

Les CHU ont une mission d'enseignement et de recherche pour les soins palliatifs<sup>116</sup>, alors qu'ils n'en ont pas forcément la pratique. La recherche est très peu développée. En revanche, l'enseignement se développe fortement et la demande de formation est très forte. Des conventions lient des universités et certaines USP qui n'appartiennent pas à des CHU. Ainsi, la Maison Jeanne-Garnier, établissement PSPH qui est une des plus importantes USP de France, a passé convention avec l'hôpital Necker à Paris et l'Institut Catholique de Lille, et accueille environ 200 stagiaires par an.

Les équipes mobiles de soins palliatifs ont pour mission, au sein de l'établissement de santé (plus rarement à l'extérieur), d'apporter une expertise et un soutien technique aux services qui gardent leurs patients jusqu'à la fin de vie. Selon la SFAP, il en existait 226 en 2003 fonctionnant effectivement, alors que la DHOS du ministère de la Santé en recensait 309 (dont 82% dans le secteur public), ce qui est théoriquement conforme à l'objectif national de 0,5 EMSP pour 100 000 habitants<sup>117</sup>.

Une grande disparité caractérise en effet la prise en charge par les équipes mobiles. D'une part, on constate une inégalité territoriale dans la mesure où neuf départements métropolitains et deux DOM n'en sont toujours pas dotés. D'autre part, il existe des différences notables dans la composition et le statut de ces

<sup>116</sup> Article 7 de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

<sup>117</sup> « *Les soins palliatifs. Bilan ARH 2003* », Docteur Aude Le Divenah, Mme Elisabeth Fernandes, DHOS, ministère de la Santé

équipes mobiles. Ainsi, selon les régions, celles-ci dépendent de services hospitaliers différents et trente équipes mobiles n'ont pas d'infirmiers. Selon la SFAP, une EMSP doit comprendre un médecin, 1,5 Equivalent temps plein (ETP) d'infirmier, 0,25 ETP d'aide-soignant, 0,5 ETP de psychologue et une secrétaire.

L'absence d'USP dans un grand nombre de CHU oblige les équipes mobiles à intervenir dans les services hospitaliers, parfois plusieurs fois par jour pour un patient, ce qui entraîne un « parasitage »<sup>118</sup> de la prise en charge hospitalière néfaste au patient et à l'organisation du travail de tous.

Pour ces deux types de prise en charge, 833 lits EMSP ont été identifiés par la DHOS<sup>119</sup>, en plus des 782 lits USP, soit un total de 1 615 (44 % en court séjour, 37 % en soins de suite et de réadaptation, 5 % en HAD, 14 % non définis), soit moins de trois lits pour 100 000 habitants, alors que les objectifs nationaux sont de cinq lits pour 100 000 habitants comme dans les pays européens les plus avancés, ce qui représente environ 3 000 lits. En outre, ces lits devraient faire l'objet d'une contractualisation explicite avec les ARH, ce qui est encore très peu le cas.

Enfin, il existe 84 réseaux de soins palliatifs, qui ont des missions parfois différentes, soit de coordination dans l'urgence, soit de formation, soit encore de prise en charge effective à domicile. Six régions sur vingt-six n'en ont pas (Alsace, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Limousin, Guadeloupe et Guyane), alors que les objectifs nationaux sont d'un réseau pour 400 000 habitants. Seules quatre régions ont atteint, voire dépassé, cet objectif.

#### *b) Caractéristiques de la prise en charge en soins palliatifs*

La population potentiellement concernée par les soins palliatifs est d'environ 150 000 personnes par an, souffrant de pathologies chroniques à un stade avancé : les cancers, le sida, les troubles neurologiques dégénératifs tels que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique, ou la maladie d'Alzheimer. Les cancers représentent environ 80 % des entrées en USP.

Dans les faits, la file active de patients pris en charge par les USP et les équipes mobiles a été de 50 712 en 2002<sup>120</sup> (9 315 patients dans les USP, avec une durée moyenne de séjour de 22 jours, et 41 397 patients pris en charge par les équipes mobiles). Si l'on considère que le tiers des personnes potentiellement concernées (soit environ 50 000 personnes) pourrait être pris en charge à

<sup>118</sup> Entretiens réalisés lors de la journée passée par le Rapporteur à la Maison Jeanne-Garnier le 11 février 2005.

<sup>119</sup> 49 % des lits dans le secteur public, 24 % PSPH, 20 % dans le secteur privé lucratif, et 7 % dans le secteur privé non-lucratif ; « Les soins palliatifs. Bilan ARH 2003 », Docteur Aude Le Divenah, Mme Elisabeth Fernandes, DHOS, ministère de la Santé.

<sup>120</sup> Résultats de l'enquête SFAP 2003.

domicile<sup>121</sup>, sous réserve de la mise en place effective et généralisée de moyens spécifiques, la file active de patients prise en charge par le système hospitalier ne couvre que la moitié des besoins.

Il convient de signaler la persistance de l'absence de prise en charge spécifique pour les enfants nécessitant des soins palliatifs, déjà relevée par le rapport du Conseil économique et social en 1999.

Par ailleurs, 20 % des personnes admises dans une USP quittent ensuite l'unité pour retourner en service de soins actifs ou à domicile. Dès qu'il quitte la structure hospitalière, le malade (et sa famille) doit faire face à une masse de dépenses et leur remboursement par divers organismes (sécurité sociale, mutuelles, caisses de retraite, collectivités locales, aide sociale...) relève du « parcours du combattant » à un moment où d'autres préoccupations sont prioritaires.

En outre, la prise en charge en dehors des USP est très peu structurée. La loi du 9 juin 1999 prévoit que le médecin généraliste perçoit une rémunération pour coordonner les soins palliatifs de ses patients. Cela reste à mettre en œuvre. De même, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) n'ont pas toujours les moyens de les prendre en charge.

Sur le strict plan financier, les soins palliatifs sont mal pris en compte dans le PMSI : un seul code existe, et le temps passé auprès du patient, le soutien psychologique ne sont pas codifiés. Aussi, une USP produit-elle peu d'actes classant générateurs de points ISA, ce qui contribue à augmenter la valeur du point ISA « pénalisant » ainsi tout l'hôpital<sup>122</sup>. Pourtant, les études étrangères<sup>123</sup> montrent que les investissements de départ sont largement compensés à moyen terme (ne serait-ce que par un moindre recours aux urgences et services de réanimation, au non-maintien de malades qui n'en ont pas besoin dans des services « actifs » onéreux, ou encore à la prévention des deuils pathologiques) par la pertinence et la cohérence de la prise en charge de la fin de vie tant à l'hôpital qu'à domicile.

Une caractéristique forte des soins palliatifs réside dans la place à part entière des bénévoles dans la prise en charge. La circulaire du 26 août 1986 définit précisément le champ de l'action bénévole : « *Les bénévoles doivent s'engager à assurer leur fonction avec régularité ; une formation adaptée doit être prévue pour les bénévoles et les ministres des cultes afin de leur permettre de mieux comprendre la situation des malades et de répondre à leurs questions.*

---

<sup>121</sup> « *L'accompagnement des personnes en fin de vie* », rapport et avis présenté par M. Donat Decisier, adopté à l'unanimité le 24 février 1999.

<sup>122</sup> « *L'accompagnement des personnes en fin de vie* », rapport et avis présenté par M. Donat Decisier, adopté à l'unanimité le 24 février 1999.

<sup>123</sup> Etudes financières menées en Catalogne dans le cadre du programme OMS, et aux Etats- Unis (*Hospice care : an introduction and review of the evidence - The national hospice organization*, janvier 1994)

*Leur action constitue un supplément à celle menée par l'équipe : les bénévoles ne sauraient être considérés comme un personnel d'appoint ».*

La SFAP a recensé, en 2003, 207 associations de bénévoles regroupant 4 321 bénévoles accompagnants formés (formation reconnue puisque financée par une subvention spécifique de la CNAMTS en 2003), contre 2 436 en 1997. Le rôle spécifique et irremplaçable des bénévoles est de plus en plus reconnu par les soignants comme par les proches, comme en témoigne une infirmière : « *En allant par exemple simplement tenir compagnie à un malade et lui parler lorsqu'il appelle et que nous ne pouvons pas venir tout de suite, le bénévole gère l'angoisse des patients, et nous permet ainsi de bien gérer les soins et de retrouver avec et grâce à lui le sens de notre vocation : s'occuper des patients dans leur globalité*<sup>124</sup>. »

En conclusion, l'hôpital assure des soins préventifs, curatifs et palliatifs. Inscrite depuis plus de trente ans comme une des missions de l'hôpital public, la prévention, aujourd'hui accessoire, doit y trouver une place pleine et entière, avec des outils épidémiologiques dédiés, des équipes (et/ou du temps de personnel hospitalier) et un budget clairement identifié. En outre, la prévention à l'hôpital public doit aujourd'hui s'intégrer dans la réforme de l'assurance maladie qui définit notamment la consultation de prévention prévue par la loi du 9 août 2004.

## B - L'ENSEIGNEMENT ET LA FORMATION

### 1. Médecine de pointe et médecine courante

#### *1.1. La réforme de 1958 marque la naissance de la médecine hospitalière moderne*

Depuis la réforme de 1958, la mission des CHU est de former tous les médecins, qu'ils exercent en ville ou se destinent à une carrière hospitalière.

L'enseignement comporte depuis lors des savoirs scientifiques enseignés dans les facultés de médecine et/ou éventuellement les conférences d'internat, et des pratiques médicales enseignées au lit du malade et dans les staffs<sup>125</sup> hospitaliers, mais peu d'enseignement portant sur l'économie de la santé, les sciences humaines ou sur l'environnement juridique et social de l'hôpital.

<sup>124</sup> Entretiens réalisés lors de la journée passée par le rapporteur à la Maison Jeanne-Garnier le 11 février 2005

<sup>125</sup> Réunions organisées dans chaque service de façon périodique, destinées à discuter et revoir les cas difficiles et/ou instructifs pris en charge. Elles réunissent, selon la volonté du chef de service, les membres de la communauté médicale du service, ainsi qu'éventuellement quelques médecins généralistes correspondant, ainsi que le (la) cadre soignant du service.

Cette réforme a introduit quatre idées forces<sup>126</sup> :

- le rapprochement et la coordination entre la faculté de médecine et les activités de l'hôpital ;
- le principe du plein-temps des services et du personnel médical ;
- l'enseignement de disciplines scientifiques à tous les futurs médecins ;
- l'institution d'un concours final de recrutement, national et anonyme, rompant avec le principe de la spécificité locale.

Cette réforme était en soi une double révolution. Elle introduisait, d'une part, la science, et notamment la biologie et l'imagerie, dans la formation médicale française jusqu'alors fondée sur la seule clinique, alors que les Anglo-saxons avaient déjà pris, quarante ans auparavant, le virage des sciences biologiques. D'autre part, elle remettait en cause le caractère libéral des médecins hospitaliers qui contrôlaient jusqu'alors la formation médicale au sein des facultés.

La réforme de 1958 voulait replacer dans les premiers rangs au plan mondial la médecine française qui avait perdu cette position depuis la fin de la première guerre mondiale au profit des pays anglo-saxons, et les apports scientifiques majeurs en biologie se faisaient en France à l'extérieur des facultés de médecine. Ainsi, l'Institut Pasteur, fondation privée à but non lucratif reconnue d'utilité publique, contribue depuis sa création à la prévention des maladies en priorité infectieuses notamment par la recherche, l'enseignement et des actions de santé publique.

L'introduction, par l'enseignement et la recherche, de la science dans l'enceinte de l'hôpital allait bouleverser la médecine hospitalière. Traditionnellement, les chaires universitaires cliniques étaient les plus prestigieuses, et les chaires « fondamentales » étaient souvent jugées de passage.

La médecine hospitalière moderne s'est donc construite sur une double opposition. Tout d'abord, l'opposition des « fondamentalistes » contre les cliniciens et puis celle, plus idéologique, de l'irruption de l'Etat non plus seulement dans l'administration hospitalière, mais dans le champ du contrôle de ce qui fait la raison d'être de l'hôpital, à savoir la médecine au sens large.

La médecine hospitalière s'est ainsi éloignée de la médecine de ville, donc de la médecine générale, en se forgeant sa propre identité sur les spécialités médicales. La réforme de 1958 n'a fait que précipiter cette évolution, commandée par l'évolution technologique, vers une médecine plus technicienne, provoquant ainsi une forte déshérence de l'approche clinique : *« Après la réforme de 1958, les facultés de médecine prennent une orientation exclusivement hospitalière et abandonnent, de fait, médecine de ville et santé publique. Son inventeur, le professeur Robert Debré, grand pédiatre et père du*

---

<sup>126</sup> Jean de Kervasdoué et coll ; *La crise des professions de santé* ; Dunod 2003.

*Premier ministre de l'époque, en sera d'ailleurs quelques années après le premier et le très virulent critique, constatant dès 1973 les dégâts, dans ce domaine, de ce qu'il avait contribué à mettre en place. En effet pour obtenir un poste hospitalo-universitaire, il devint nécessaire d'obtenir une contrepartie hospitalière. L'histoire de la médecine, l'épidémiologie, la santé publique, ne furent plus enseignées. Les professeurs de médecine perdirent contact avec la médecine de ville »<sup>127</sup>.*

### *1.2. Les facultés de médecine*

Les facultés de médecine sont administrées par un conseil de gestion élu composé d'enseignants-chercheurs, d'enseignants, de personnalités extérieures, d'étudiants et de personnels Ingénieurs, administratifs, techniciens, ouvriers et de service (IATOS) dépendant de l'Education nationale.

Un exemple concret, peut-être isolé, mais qui illustre assez bien les conséquences parfois négatives pour l'hôpital lui-même d'une telle structuration, nous est fourni par le CHU de Montpellier. Dans cet établissement, en 2004, le directeur et la Commission médicale d'établissement (CME) avaient choisi comme priorités d'investissement l'imagerie, la radio-pédiatrie et la psychiatrie. Cela n'a pas été le choix du conseil de gestion de la faculté et ces investissements n'ont pas été réalisés.

En outre, le doyen de la faculté de médecine, élu par ce même conseil de gestion, nomme les chefs de clinique, puisque c'est le ministère de l'Education nationale qui a la responsabilité de l'enseignement médical. A cet égard, l'enseignement ne représente qu'une faible part des budgets hospitaliers, soit 1,5 % en moyenne. Pour l'essentiel, le financement de l'enseignement médical est supporté par le budget du ministère de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les conventions constitutives des CHU<sup>128</sup> ont été pour la plupart signées dans les années 70 et n'ont connu par la suite que de simples avenants. Depuis la loi du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, les facultés de médecine, comme l'ensemble des facultés, ont perdu la personnalité morale au profit des universités, au sein desquelles elles sont devenues des Unités de formation et de recherche (UFR). Cependant, les UFR de médecine peuvent conclure conjointement avec les CHU les conventions qui ont pour objet de déterminer la structure et les modalités de fonctionnement du CHU. Le Directeur d'UFR a qualité pour signer ces conventions au nom de l'université. Mais tout est soumis à l'approbation du Président de l'université. Le Directeur d'UFR est compétent pour prendre toutes décisions découlant de l'application de ces conventions. Il est ordonnateur secondaire des recettes et des dépenses (art. L.713-4 du Code de l'éducation). Enfin, le contrat quadriennal entre l'université et le ministère de

<sup>127</sup> Jean de Kervasdoué, « Santé pour une révolution sans réforme », Gallimard, 1999.

<sup>128</sup> Conventions régies par l'article L. 6142-3 du Code de la santé publique

l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche s'élabore de façon parallèle et séparée du projet d'établissement de l'hôpital.

En organisant leur enseignement à partir d'une approche scientifique, hyperspécialisée et technicienne de la médecine, les facultés de médecine structurent de fait l'hôpital en lui imposant leurs choix en termes de disciplines, donc à terme de spécialités au sein de l'hôpital public. « *C'est la faculté qui gouverne l'hôpital* », a-t-on entendu dire à plusieurs reprises au cours des auditions.

### 1.3. La formation médicale

La formation médicale reste encore fondée sur la spécialisation et une approche technique de la médecine. Cette approche a indéniablement permis de redonner du lustre à la médecine française jusqu'au début des années quatre-vingts, ce qui était un des objectifs de la réforme de 1958. Elle s'inscrivait dans la dynamique mondiale d'une médecine curative triomphante, grâce notamment aux deux révolutions des antibiotiques et des greffes d'organes, et aux perspectives permises en matière de génétique par la découverte de la double hélice de l'ADN en 1953. Et les spécialités enseignées en deuxième cycle au nombre de douze dans les années 70 sont aujourd'hui plus d'une cinquantaine.

Mais ce contexte a changé, et la formation médicale n'en a pas véritablement tenu compte. En effet, les crises sanitaires successives, comme l'épidémie du Sida, l'affaire du sang contaminé, des hormones de croissance, de l'amiante, de la maladie de la vache folle, réintroduisent avec force les dimensions épidémiologique et de santé publique inhérentes à la médecine, négligées depuis la réforme de 1958. En outre, les progrès eux-mêmes de la médecine curative entraînent une augmentation des personnes touchées par des pathologies chroniques avec des incapacités résiduelles ou évolutives. En d'autres termes, la médecine permet de plus en plus à des personnes lourdement handicapées de vivre plus longtemps, ce qui implique une prise en charge à la fois médicale et sociale, et le développement des soins de prévention et de réhabilitation.

En conclusion, « *le modèle enseigné est réductionniste ; il est celui de la biomédecine, qui est à la fois la cause et l'effet de la spécialisation et de la technicisation de la médecine hospitalière* »<sup>129</sup>.

Les généralistes ont trop longtemps été « mal traités » car la formation hospitalo-universitaire ne les prépare pas d'emblée à leur pratique à venir. Alors que la formation médicale est une formation « en alternance » (université-hôpital), étant entendu que c'est au contact du malade que l'on apprend la médecine, les futurs médecins qui se destinent à une pratique en ville ne bénéficient pas, contrairement à ceux qui choisissent l'hôpital, d'une formation pratique insuffisante auprès de leurs confrères de ville.

<sup>129</sup>François-Xavier Schweyer ; *Crises et mutations de la médecine hospitalière* ; in « Crises des professions de santé », Paris, Dunod, 2003.



L'éloignement de la médecine hospitalière de la médecine générale a d'autres conséquences. La médecine générale qui, par essence, doit prendre en compte la globalité du patient, était devenue une médecine de non spécialiste, donc de second rang, jusqu'à la réforme récente<sup>130</sup> qui fait d'elle une spécialité au même titre que les autres.

La loi du 23 décembre 1982 a voulu supprimer le concours de l'internat, en application d'une directive européenne du 16 juin 1976 obligeant à un concours national et anonyme unique pour la formation des spécialistes, ce qui avait pour objectif de revaloriser la médecine générale. Mais une recherche récente<sup>131</sup> montre que les facultés ont en fait transformé le concours de l'internat désormais interdit en classement continu sélectif qui conduit les « meilleurs » étudiants à s'exclure de la formation de médecine générale et à choisir les formations qui rapportent des « points ». Cependant, c'est seulement en 2004 qu'a eu lieu le premier internat national classant.

Ainsi, la formation médicale a tendu depuis 1958 à devenir un catalogue de techniques : les médecins hospitaliers sont les seuls concepteurs, organisateurs et enseignants de la médecine pour l'ensemble de la profession. Ayant le monopole de la formation des médecins, ce sont - fait unique à l'université - des médecins qui enseignent des matières comme les sciences humaines en première année de médecine.

Fait étonnant, le personnel qui concourt en pratique à l'enseignement est mal identifié. D'une part, les hospitalo-universitaires se partagent entre leurs trois missions selon des modalités variables et difficiles à appréhender ; d'autre part, des personnels n'ayant pas un statut d'enseignant (simple praticien hospitalier par exemple) apportent un concours qui n'est pas mesuré<sup>132</sup>.

Les études médicales favorisent l'acquisition théorique de connaissances à travers les cours magistraux, tandis que l'enseignement pratique, délégué aux chefs de service hospitaliers, est négligé ou inadapté. En matière de chirurgie, et notamment de « petite chirurgie » (appendicectomies, amygdalectomies...), alors que la pratique et l'application concrète des innovations technologiques (notamment la coelioscopie) se déroulent essentiellement dans le secteur privé (60% de la chirurgie), la pratique est enseignée dans des services de chirurgie des hôpitaux publics qui n'ont pas ou plus la même expérience qu'auparavant. La Fédération hospitalière privée (FHP) revendique d'ailleurs une participation du secteur privé, lucratif ou non lucratif, à la formation pratique des internes en

<sup>130</sup>L'article 60 du Titre 1<sup>er</sup> de la loi du 17 janvier 2002, dite de modernisation sociale, a modifié les conditions d'accès au troisième cycle des études de médecine. Un examen national classant organisé à la fin du second cycle est venu se substituer au concours de l'internat. La médecine générale est désormais considérée comme une spécialité.

<sup>131</sup>AC Hardy Dubernet, M Arliaud, et al ; *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins* ; rapport de recherche, programme INSERM/CNRS/Mire 98.

<sup>132</sup>Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, IGAS/IGAENR, juillet 2004

chirurgie pour les domaines dans lesquels ce secteur possède une forte légitimité tirée de la pratique courante.

Par ailleurs, tant la formation initiale que la formation continue doivent prendre en compte les notions de communication et de délivrance de l'information, qui sont, depuis la loi du 4 mars 2002, inscrites dans la problématique des droits des malades. Au-delà, c'est bien sur l'ensemble des droits des malades qu'une formation devra être réalisée dès les premières années de formation des futurs médecins. Cette formation fait partie intégrante du processus d'une future démarche qualité.

En conclusion, une enquête récente indique que les praticiens français, qui ont la durée d'études la plus longue d'Europe, s'estiment pour moitié mal formés<sup>133</sup>.

#### *1.4. La population médicale entre quotas et pénurie*

La gestion de la démographie médicale passe principalement par un *numerus clausus* mis en place en 1971 à l'entrée en deuxième année du 1<sup>er</sup> cycle. Il avait pour objectif de réduire les dépenses en médecine de ville, en partant du principe que tout médecin installé générerait des dépenses en prescription remboursable pour l'assurance maladie, et qu'il fallait donc restreindre l'accès à la profession pour réduire les dépenses. Cette absence de réflexion sur les besoins de santé et la demande de soins est en partie responsable des difficultés actuelles liées à la pénurie médicale, et n'a réglé en rien le déficit récurrent de l'assurance maladie.

De plus, cette méthode de gestion quantitative ne règle pas la question de la non-attractivité de certaines spécialités (chirurgie, anesthésie, pédiatrie, ophtalmologie), notamment en tenant compte de la plus grande pénibilité de certaines d'entre elles dans les rémunérations proposées lors de leur exercice. L'attractivité d'une spécialité ne se décrète pas, mais elle nécessite une véritable politique incitative avec une approche territoriale. Mais il faudrait pour cela que les deux ministères concernés de l'Education nationale et de la Santé disposent d'outils conjoints de prospective et d'instruments de pilotage adaptés, ainsi que des moyens humains qu'ils n'ont pas. En fait, faute d'outils adéquats, l'analyse des effectifs annuels d'étudiants en médecine, odontologie et pharmacie reste sommaire. « *Au bout du compte, le système de formation produit - pour un coût plus élevé que pour les autres formations - des spécialistes dont on n'a pas forcément besoin, qui s'installent dans des régions où ils ne sont pas forcément nécessaires, alors qu'il ne produit pas d'autres spécialistes ou des généralistes dont on a absolument besoin, pour s'installer là où ils seraient indispensables.* »<sup>134</sup>

<sup>133</sup>X. Gaullier et al ; *Etat providence - Argument pour une réforme* : M.J. Imbault-Huart, *L'hôpital : réforme ou régression ?* ; Gallimard, coll. Le débat, Paris 1996.

<sup>134</sup>Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, IGAS/IGAENR, juillet 2004.

De surcroît, le *numerus clausus* a d'autres effets pervers. D'abord, les quotas fixés dans certaines spécialités sont parfois trop faibles, ce qui oblige les hôpitaux publics à recruter dans l'urgence, puis à titulariser, des médecins étrangers dont le diplôme n'est pas reconnu car en provenance de pays hors Communauté européenne, et de qualité variable selon les pays.

Ensuite, les internes se plaignent de « boucher les trous » des services hospitaliers, de façon excessive, au détriment de la formation universitaire qui devient de plus en plus exigeante, car de plus en plus technique et complexe<sup>135</sup>.

Compte tenu de la durée des études médicales, une modification des quotas n'a d'effet que plusieurs années après la prise de décision. La prévision d'une future pénurie de médecins a entraîné une augmentation du *numerus clausus* qui est passé de 3 200 en 1992, à 5 600 en 2004, soit une augmentation de 75% en douze ans. Les *numerus clausus* en pharmacie, odontologie et pour les sages-femmes ont également été augmentés. Il est surprenant de constater que cette brutale augmentation intervient après une réduction drastique et constante dudit *numerus clausus* les années précédentes, alors que les projections pouvaient être faites de la même manière, et que les hypothèses démographiques de la population française n'ont pas fondamentalement varié.

Ainsi, le rapport du doyen Yvon Berland<sup>136</sup> annonçait en 2002 une rapide pénurie médicale, notamment en ophtalmologie, radiologie ou dermatologie, spécialités qui vont perdre d'ici à 2015 jusqu'à 60 % de leurs effectifs, alors que le rapport de M. Jean Choussat<sup>137</sup> concluait en 1997 à un excédent global de 100 000 médecins dans notre pays !

La DREES prévoit<sup>138</sup>, pour 2020, 158 433 médecins, contre 196 336 en 2002 (- 19 %), la diminution commençant dès 2005 après trois années de stabilisation. Parmi ceux-ci, le nombre de spécialistes passerait de 99 435 à 72 846 (- 27 %).

L'observatoire national des professions de santé recommandait, en novembre 2004, une augmentation progressive du *numerus clausus* à 7 000 et de le porter à 6 300 dès 2005, pour assurer un retour à l'équilibre en 2025.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée ou renforce des dispositifs qui pourront aider à une gestion plus efficiente des questions de démographie médicale : création d'un comité de la démographie médicale (art 47), possibilité donnée au dispositif conventionnel avec les professionnels en ville d'apporter des aides à l'installation (art 49), rôle conjoint donné aux ARH et aux URCAM (art 67) quant à la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux.

<sup>135</sup> Pierre Louergue, Président de l'intersyndicat national des internes des hôpitaux ; *Quel avenir pour la médecine hospitalière ? ; Et demain ?*, septembre-octobre 2004.

<sup>136</sup> Rapport de la mission « Démographie des professions de santé », présenté au Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, novembre 2002.

<sup>137</sup> Rapport d'ensemble sur la démographie médicale, IGF/IGAS, 1997.

<sup>138</sup> DREES, Etudes et résultats n° 161, mars 2002, *La démographie médicale à l'horizon 2020*.

Si ces dispositions ne permettent pas une meilleure organisation de l'offre de soins, la question de la liberté absolue du lieu d'installation se posera.

Il est également intéressant de souligner que si 51 % des spécialistes travaillaient à l'hôpital en 1980, ils n'étaient plus que 37 % en 2000, avec des situations de relatif sureffectif dans le secteur libéral et de pénurie dans le secteur hospitalier, notamment en cardiologie, radiologie et psychiatrie. Dans ce secteur, 8 % des postes étaient vacants en 1998. Certaines spécialités, comme l'hématologie, la stomatologie, la neurologie, l'oncologie et la médecine de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, sont d'ores et déjà menacées, compte tenu du faible nombre d'internes dans ces spécialités en cours de formation (diplômes d'études spécialisées, DES) et des évolutions démographiques des praticiens. Ces données montrent clairement les limites d'une approche exclusivement quantitative de la profession médicale.

Il faut mettre à profit cette période de « pénurie » pour ouvrir une réflexion sur les limites des champs professionnels, et revoir les compétences propres à chaque métier.

#### 1.5. Les raisons de la « pénurie » de médecins

Les causes générales de la « pénurie » annoncée sont bien connues : régulation par l'offre, aspiration à des modes d'exercice différents, (notamment travail à temps partiel), mauvaise anticipation des besoins géographiques ou par spécialités, valorisation insuffisante de certaines activités.

On constate une féminisation des professions médicales<sup>139</sup>. En 2025, selon les projections effectuées en 2004, les femmes représenteraient 52 % des médecins en activité. Or, actuellement, l'activité des femmes est égale à 70 % de celle des hommes sur une vie professionnelle, contre 60 % en 1989. Si ce rattrapage se poursuivait à ce rythme, hommes et femmes pourraient avoir la même activité moyenne en 2025<sup>140</sup>.

La situation est très contrastée selon les spécialités, en fonction de leur pénibilité, de leur exigence de disponibilité, et des risques spécifiques de mise en cause de la responsabilité civile ou pénale.

Mais cette pénurie tient aussi à la rigidité des conditions d'exercice de la médecine hospitalière. Dans les pays anglo-saxons, les étudiants choisissent l'hôpital dans lequel ils veulent exercer. En revanche, en France comme dans d'autres pays européens, les médecins, sont d'abord inscrits sur une liste d'aptitude dès lors qu'ils ont réussi le concours de praticien hospitalier, puis ils sont choisis par leurs pairs membres de la commission médicale d'établissement, sur un site donné, ce qui est un facteur limitant pour leur future mobilité, donc pour un véritable parcours professionnel, et un facteur favorable au népotisme. Selon l'expression souvent citée : « *Concours national, recrutement local* ».

<sup>139</sup> 37 % des médecins aujourd'hui en activité sont des femmes, et 59 % des étudiants en médecine, ministère de l'Emploi et de la protection sociale, DRESS, répertoire ADELI.

<sup>140</sup> Rapport Yvon Berland ; Commission démographie médicale ; avril 2005.

Pour des raisons similaires, cette pénurie se fait cruellement sentir dans les hôpitaux qui ne sont pas des CHU. En effet, les spécialistes hésitent à se porter candidats dans des hôpitaux de proximité ou de taille moyenne, où ils risquent d'être le seul représentant isolé de leur spécialité, sans possibilité de partage d'expériences avec des confrères, et où les perspectives de mobilité professionnelle sont faibles. Il existe néanmoins depuis 1999<sup>141</sup> la possibilité de nommer un praticien sur plusieurs établissements.

## **2. La formation initiale et continue des personnels paramédicaux**

Au nombre de quatorze, les professions paramédicales représentent à elles seules 68,20 % du total des professions de santé, c'est dire l'importance de la qualité de leur formation tant initiale que continue. Leur nombre total<sup>142</sup>, en 2002, était de 885 288 personnes (aides-soignantes, audioprothésistes, auxiliaires de puériculture, diététiciens, ergothérapeutes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, préparateurs en pharmacie, psychomotriciens, techniciens d'analyses biomédicales), dont 48 % exerçaient à l'hôpital.

### *2.1. Une formation initiale alliant pratique et théorie*

Lors de leur formation, comme pour les étudiants en médecine, l'hôpital public est un lieu privilégié pour les terrains de stage, permettant l'acquisition de compétences indispensables à leur exercice de professionnel de santé. Les études comprennent donc un temps important, souvent supérieur à 50 %, de mises en situation professionnelle sous forme de stages pratiques. Ceux-ci sont ainsi sources pour l'hôpital d'une main-d'œuvre nouvelle chaque année pour les établissements, et à bon marché, nécessitant un tutorat d'autant plus difficile à mettre en œuvre qu'il existe un contexte de pénurie de personnel soignant et de travail à flux tendu, au niveau tant des cadres que des professionnels de terrain, et que la fonction de tutorat est encore peu reconnue, donc encore moins formalisée et enseignée.

A la différence de la formation des professionnels de santé (notamment médecins, pharmaciens, sages-femmes) structurée à l'identique dans les vingt-sept facultés de médecine françaises, la formation initiale des professions paramédicales est très hétérogène et dispersée sur tout le territoire français. En effet, elle peut être dispensée par des structures, de statut juridique public ou privé<sup>143</sup>, dont l'agrément dépend du ministère de la Santé (par les Directions

<sup>141</sup> Décret 99-563 du 6 juillet 1999.

<sup>142</sup> Source Adeli 2003. Ces données ne comprennent pas les préparateurs en pharmacie, ainsi que les cadres ne travaillant pas dans les établissements publics de santé (EPS). Il faut donc estimer le nombre total de paramédicaux à environ 900 000 au total, dont 395 930 travaillant en EPS (source FHF/Drees 2004).

<sup>143</sup> Avec, parfois, pour conséquence des difficultés de financement de leurs études par des personnes aux faibles revenus ou ne disposant pas du statut social adéquat (par exemple, femmes avec enfants souhaitant reprendre une activité mais en chômage non indemnisé).

régionales de l'action sanitaire et sociale) ou du ministère de l'Education nationale, ces centres de formation pouvant être de petite ou de grande taille, situés ou non dans un centre hospitalier, proposer une rentrée scolaire en septembre-octobre et/ou en février<sup>144</sup>. La formation dispensée dans le centre de formation peut ne concerner qu'une seule profession ou au contraire plusieurs, avoir une durée variant de quelques mois (aides-soignantes, auxiliaires de puériculture) à 37,5 mois (infirmières) ou trois ans étalés sur quatre (orthophonistes), être suivie ou non par des formations de spécialité (infirmières puéricultrices, de bloc opératoire, anesthésistes). Le diplôme obtenu est lui aussi hétérogène : diplôme professionnel (aide-soignante, auxiliaire de puériculture), diplôme d'État (audioprothésistes, ergothérapeutes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, psychomotriciens, techniciens d'analyses biomédicales), diplôme de technicien supérieur (manipulateurs d'électroradiologie médicale), certificat en capacité (orthophonistes, orthoptistes), brevet de technicien supérieur (opticiens-lunetiers), brevet professionnel (préparateur en pharmacie), Diplôme d'études supérieures techniques (DEST) pour les diététiciens (Annexes n° 12 et 13).

Pour les formations correspondant au Diplôme d'Etat (DE) et au Diplôme professionnel (DP), il s'agit d'enseignements dispensés en écoles professionnelles (type instituts de formation dépendant du ministère de la Santé) et non par l'université, si bien que les élèves n'ont pas tous le statut étudiant ni les avantages sociaux qui lui sont liés (allocations pour frais d'études, accès aux œuvres sociales universitaires, notamment en matière de logement). Certes, les Étudiants en soins infirmiers (ESI) ont obtenu ce statut en 2002, mais ce n'est pas encore le cas pour toutes les autres professions, notamment pour les élèves en écoles de statut privé.

L'accès à ces formations initiales et spécialisées, ainsi qu'à celle de cadre de santé et de cadre de santé sage-femme, est soumis à la réussite à un concours d'entrée. Pour les infirmières, afin de pallier la pénurie de personnel, le nombre d'étudiants à l'entrée des Instituts de formation en soins infirmiers a été porté de 18 000 à 30 000 en septembre 2002. Cependant les instituts de formation en soins infirmiers ne sont pas totalement remplis à l'entrée dans la formation, avec un déficit d'environ 6 % en 1<sup>ère</sup> année. À la sortie, seuls quatre étudiants sur 5 terminent le cursus avec succès, si bien que l'on peut estimer le nombre total d'infirmiers en cours de formation à un chiffre plus proche de 76 500 que de 90 000.

---

<sup>144</sup> Ainsi 20% des élèves infirmiers commencent leurs études en février, comme 30 % des auxiliaires de puériculture, 70 % des aides-soignants et l'ensemble des puéricultrices. Les sessions diplômantes se situant à la fin de leur cursus et non celle de l'année scolaire (en juin), 80 % des étudiants en soins infirmiers passent leurs épreuves de fin d'études en novembre-décembre, comme 80 % des puéricultrices, presque 100 % des infirmiers anesthésistes et 60 % des auxiliaires de puériculture (source : Schreiber Amandine. La formation aux professions de santé en 2002 et 2003. DREES septembre 2004 ; 69 : 6).

## 2.2. L'accès aux fonctions d'encadrement et la formation continue

Qu'ils se destinent à l'exercice hospitalier ou à l'enseignement, les paramédicaux désireux de devenir cadres doivent avoir une formation de cadre de santé, devenue commune à tous les paramédicaux depuis la réforme de 1995 (arrêté du 18 août 1995 modifié par l'arrêté du 14 août 2002) ; d'une durée de dix mois (42 semaines), permettant ainsi de donner une culture commune à des professionnels provenant de filières et d'horizons différents, dès lors que les Instituts de formation des cadres de santé (IFCS) sont ouverts aux étudiants des trois filières, ce qui n'est pas partout le cas. Le nombre de cadres de santé en établissements publics de santé était de 27 466 en 2002 (source Adeli) ; celui des cadres formateurs est estimé à environ 6000 tous centres de formation confondus.

Cette formation commune a permis, dans un second temps, de créer une véritable filière d'évolution professionnelle pour les cadres rééducateurs et médico-techniques, qui, jusque là, ne pouvaient pas progresser plus loin que le grade de cadre supérieur (ex-surveillant chef) : un décret en date du 19 avril 2002 a créé le corps des directeurs de soins (et non plus soins *infirmiers*) de la fonction publique hospitalière, dont le recrutement se fait par concours externe/interne/national sur épreuves ouvert aux trois filières : infirmière, de rééducation (audioprothésiste, ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute, psychomotricien, orthoptiste, pédicure - podologue) et médico-technique. Les directeurs des soins peuvent être chargés dans les EPS de :

- la coordination générale des activités de soins (signifiant donc qu'aujourd'hui un paramédical issu d'une filière non infirmière, donc en nombre minoritaire, peut diriger les activités des infirmiers ; cette disposition, qui correspond à un véritable changement culturel, n'est pas encore bien acceptée partout) ;
- la direction du service de soins infirmiers ;
- la direction des activités de rééducation ;
- la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ;
- la direction d'un institut de formation des cadres de santé.

La formation continue proprement dite est, dans le secteur de la santé comme ailleurs, une fonction essentielle dans l'accompagnement des personnels en termes d'évolution de carrière, de promotion sociale et de développement professionnel et personnel. Elle est devenue peu à peu depuis la loi de 1991 un outil stratégique au service des projets hospitaliers. Une association à gestion paritaire, l'Association nationale de la formation hospitalière (ANFH) assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par 2 268 établissements publics adhérents, correspondant à 87 % des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, soit 676 000 salariés. Elle gère également les dispositifs du congé de formation professionnelle (CFP) et du

bilan de compétences pour l'ensemble des établissements. Elle comprend un siège national à Paris, composé de différents services, et 25 délégations régionales. De même, il existe un organisme paritaire collecteur des fonds pour les établissements du secteur privé à but lucratif, la FORMAHP. Aujourd'hui, un des problèmes majeurs en termes de formation continue, pourtant indispensable dans le dispositif d'amélioration de la qualité lié à l'accréditation-certification des établissements, est la non-disponibilité des personnels liés à la pénurie relative dans les services qui ont pourtant le plus besoin d'accompagner leurs personnels dans le développement de leurs compétences.

Concernant les médecins, le nouveau décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 stipule que l'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances fait désormais partie intégrante de la formation médicale continue.

### *2.3. Les réformes en cours : la Validation des acquis de l'expérience (VAE) et l'« universitarisation » de la formation paramédicale*

L'absence de passerelles aujourd'hui entre les formations de professionnels de santé est un des facteurs qui contribue à rendre ces professions peu attractives. Aux Etats-Unis par exemple, une aide-soignante peut devenir infirmière, et une infirmière peut devenir médecin, grâce à une formation diplômante associée à la valorisation des compétences acquises par l'exercice professionnel, appelée en France « validation des acquis de l'expérience (VAE) ». Cette perspective a en effet été ouverte récemment aux Français par les dispositions de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 dans tous les secteurs d'activité, donc notamment pour la santé. La VAE commence à être partiellement reconnue en France, mais les blocages administratifs sont encore importants. Sur ce dernier point, la direction de l'hospitalisation et des soins et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ne la reconnaissent que comme formation, mais pas comme qualification. La première VAE à se mettre en place dans le secteur de la santé est celle d'aide-soignante<sup>145</sup>, qui suscite des interrogations de la part des personnels qui ne comprennent pas pourquoi l'acquisition du diplôme par un cursus scolaire ne serait pas imposée à tous. Par ailleurs, la VAE étant comprise comme un dispositif lié à la formation continue (« tout au long de la vie »), les écoles agréées pour la formation au Diplôme professionnel d'aide-soignante (DPAS) ne peuvent pas aujourd'hui dispenser le module de formation « incompressible » de 70 heures, indispensable aux candidats pour la présentation de leur dossier, ce qui est un paradoxe.

---

<sup>145</sup> Arrêté du 25 janvier 2005



Afin de préparer cette réforme majeure dans ses conséquences, qui substitue à l'enseignement en écoles l'acquisition de compétences sur le terrain, un travail de recensement des différents métiers exercés à l'hôpital a été engagé en 2003, aboutissant au répertoire des métiers publié par le ministère de la Santé en novembre 2004<sup>146</sup>, qui a pour objet la description de 180 métiers hospitaliers (en dehors de la profession médicale). Ce répertoire a été conçu dans le cadre de la modernisation de la fonction publique impulsée par Michel Rocard en 1989 pour passer d'une « *gestion exclusivement statutaire à une gestion plus centrée sur les métiers et les compétences* ». Outil de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), ce répertoire n'a toutefois pas vocation à être un « référentiel métier » au sens de référentiel des activités et des compétences utilisé dans les démarches de VAE. Purement descriptif, il en est cependant un préalable et s'intègre dans l'approche plus globale impulsée depuis 2003 par le ministère à la suite des rapports du doyen Yvon Berland, d'abord sur la démographie de professions de santé, puis sur les transferts de compétences entre la profession médicale et certaines professions paramédicales (infirmières, diététiciennes, manipulateurs radio...). Ces transferts sont nécessaires tant pour pallier la pénurie médicale que pour répondre aux évolutions indispensables des métiers liées au progrès technologique d'une part et à l'augmentation des pathologies chroniques d'autre part (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque...). Impliquant un transfert de responsabilités, qui a été enfin rendu possible par un décret de juin 2004, une dizaine d'expérimentations sont aujourd'hui en cours, dont les résultats sont attendus à la fin du premier semestre 2005.

C'est à cette question principale de l'hétérogénéité et du cloisonnement de la formation des professions paramédicales, non seulement entre elles, mais aussi avec les autres professionnels de santé (c'est-à-dire la profession médicale pour les paramédicaux, les infirmières pour les aides-soignantes, et les infirmières puéricultrices pour les auxiliaires de puériculture), que répondra la réforme de l'enseignement supérieur par le système LMD (licence - master - doctorat), c'est-à-dire « l'universitarisation » de la formation initiale, seule susceptible de permettre de véritables cursus professionnels depuis le baccalauréat jusqu'au diplôme d'études approfondies. Cette réforme, qui ne concerne pas seulement les professions de santé, est issue de la Déclaration de la Sorbonne signée le 25 mai 1998 à Paris entre les ministres de l'Éducation de la France, de l'Italie, de l'Allemagne et de l'Espagne, visant à harmoniser l'architecture du système européen d'enseignement supérieur. Elle a été le point de départ d'une nouvelle approche européenne qui a abouti le 19 juin 1999 à la signature des accords de Bologne par trente ministres européens de l'Éducation, mettant en place notamment un système de « crédits » valorisant les acquis des étudiants, à la place des modules, aussi anciennement appelés unités de valeur. Pour les

---

<sup>146</sup> ministère de la Santé et de la protection sociale. Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Editions ENSP 2004.

paramédicaux aujourd'hui, les discussions portent sur le type de licence obtenu après la formation telle qu'organisée aujourd'hui (licence professionnelle ou universitaire), seule la licence universitaire donnant accès à la poursuite d'un cursus orienté recherche, vers le doctorat.

Il est effectivement complexe de faire correspondre ces deux types d'enseignement, puisque l'enseignement universitaire est défini en semestres avec des semaines de vingt heures de cours (soit six semestres requis pour la licence, dix pour le master), alors que la formation des professionnels de santé requiert l'acquisition de compétences qui ne s'obtiennent qu'après des malades dans les services hospitaliers, donc un nombre conséquent d'heures de pratique professionnelle.

Les Comités d'entente sur la formation des paramédicaux dont la durée d'études est de trois ans ou plus (Cefiec, Cemk, Cefi-psy...) demandent une équivalence de la formation initiale correspondant à quatre ans d'études, soit huit semestres, avec une licence de type « universitaire ». Les spécialisations infirmières correspondraient donc au master sur deux ans, avec une première année de clinique infirmière et une seconde année d'infirmière clinicienne spécialisée (bloc opératoire - Ibode -, anesthésiste - Iade -, puéricultrice, psychiatrique) à l'image des « infirmières praticiennes » américaines, canadiennes et belges.

Enfin, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a prévu la décentralisation aux régions de la formation des professions paramédicales. Les hôpitaux s'interrogent notamment sur les modalités de transferts de financement entre la sécurité sociale et les régions via l'Etat. La DHOS a diligenté auprès des hôpitaux, au cours de l'été 2003, une enquête d'évaluation des dépenses de fonctionnement de leurs écoles portant sur l'année 2002. Outre le fait que la référence à l'année 2002 semble lointaine, les délais très courts laissés aux établissements pour remplir le questionnaire, ajoutés au fait qu'ils ne disposaient pas de budget annexe pour leurs écoles, ont certainement conduit les hôpitaux à une sous-estimation de leurs dépenses. De plus, la loi du 13 août 2004 est susceptible de poser des difficultés d'interprétation concernant les promotions professionnelles. Celles-ci dispensées dans les instituts et écoles rattachés à des établissements hospitaliers aboutissent à l'obtention de diplômes qui ne peuvent actuellement pas s'acquérir en formation continue. En ce sens les promotions professionnelles ont toujours été considérées par les établissements hospitaliers comme des formations initiales et doivent donc relever du champ du transfert de responsabilités aux régions. Mais telle ne semble pas être l'interprétation faite par celles-ci. En effet, il apparaît que les régions ne considèrent pas d'emblée les promotions professionnelles comme de la formation initiale<sup>147</sup>.

---

<sup>147</sup> Voir lettre FHF, au directeur de la DHOS du 8 février 2005.

## C - LA RECHERCHE

Depuis 1945, les financements de l'État en matière de recherche ont privilégié trois programmes nationaux : le nucléaire civil et militaire, l'espace et les transports. La biologie hérite ainsi d'un lourd passé de parent pauvre de la recherche publique. Aujourd'hui encore, lorsque le gouvernement annonce consacrer 0,9 % du PIB à la recherche publique, les trois priorités nationales en question en représentent près du tiers<sup>148</sup>.

La recherche est un continuum, fait d'allers et retours permanents entre la connaissance fondamentale et l'étude clinique, jusqu'au lit du malade. C'est pourquoi la recherche biomédicale dans son ensemble fait partie des trois missions des CHU, avec les soins et l'enseignement.

Traditionnellement, on distingue deux grands types de recherche :

- la recherche fondamentale, effectuée dans les unités des établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST)<sup>149</sup> associés aux CHU ou dans des laboratoires universitaires, pas forcément situés dans l'enceinte de l'hôpital ;
- la recherche clinique, c'est-à-dire la recherche médicale appliquée aux soins, menée dans les services hospitaliers, notamment jusqu'à l'application sur l'être humain.

Parfois méconnue mais néanmoins capitale, une activité de recherche importante existe également entre ces deux grands types de recherches et qui permet le passage de l'une à l'autre : la recherche physiopathologique qui utilise le matériel pathologique humain et animal.

Ces deux derniers types de recherche s'exercent à l'hôpital et emploient des médecins, dans leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, ainsi que des ingénieurs et des techniciens. Les activités de recherche nécessitent en outre des crédits spécifiquement dédiés. D'autres types de recherche sont également réalisés en sciences humaines (robotique, économie, psychologie...).

De façon unanime, toutes les personnes auditionnées associent la recherche à l'honneur de l'hôpital public, seul capable d'assurer la pérennité de ce continuum qui va du microscope jusqu'au lit du malade. Mais qu'en est-il réellement aujourd'hui ?

<sup>148</sup> Pierre Tambourin, Les Echos, 12 janvier 2004.

<sup>149</sup> Les EPST sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative créées par décret après consultation du Conseil supérieur de la recherche et de la technologie. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Leur mission est de concourir au développement et au progrès de la recherche dans tous les domaines de la connaissance, à la valorisation des résultats de la recherche, à la diffusion des connaissances scientifiques, à la formation à la recherche par la recherche.

### 1. La recherche clinique et l'hôpital

La recherche dans l'enceinte de l'hôpital a connu trois phases successives.

Dans un premier temps, grâce à la dynamique créée par la réforme Debré de 1958, la recherche s'est fortement développée autour de grands noms comme les Professeurs Hamburger et Dausset, dernier médecin français à avoir obtenu le Prix Nobel de médecine en 1980<sup>150</sup>.

Dans un deuxième temps, de la fin des années 1970 au début des années 1990, la recherche clinique s'est peu à peu effacée. Il est fort probable que le début de la maîtrise des dépenses hospitalières a d'abord touché la recherche, dans la mesure où, en cas d'arbitrage budgétaire, un directeur d'hôpital privilégiera d'abord les soins, puis l'enseignement, indispensable pour l'exercice des soins, et en dernier lieu la recherche. D'autant plus que peu de directeurs de CHU ont la culture « recherche », cette dernière étant très peu enseignée à l'École nationale de la santé publique (ENSP).

Au début des années 1990, l'INSERM et le CNRS ont développé dans les hôpitaux un important réseau d'unités qui, faute de financements hospitaliers, ont vécu sur des financements en provenance de ces deux EPST, dédiés à une recherche plus fondamentale. Ces unités sont devenues des lieux de conception de nouveaux outils, notamment dans les domaines biologique et statistique. « *Au regard de ces résultats obtenus par la recherche fondamentale, la capacité de la recherche clinique à puiser parmi les nouveaux outils en vue de favoriser le développement de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques, sources du progrès médical, paraissait insuffisante.* »<sup>151</sup>

A partir des années 90, l'INSERM réinvestit pleinement le champ de la recherche clinique, dont l'organisme s'était éloigné durant les vingt dernières années, et entraîne avec lui le ministère de la Santé. Les liens de l'INSERM avec le monde de l'hôpital se traduisent par un chiffre éclairant : 88% des unités INSERM sont hébergées à titre gratuit dans les structures et sur les campus des Centres hospitaliers universitaires. Trois outils vont être successivement créés afin de permettre le développement de la recherche clinique à l'hôpital : les Centres d'investigation clinique (CIC), le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et les Délégations à la recherche clinique (DRC).

Tout d'abord, dans le cadre de la loi du 20 décembre 1988<sup>152</sup>, modifiée par la loi du 23 janvier 1990, l'INSERM et un certain nombre d'établissements publics de soins ont conclu une convention portant création d'un Centre d'investigation clinique (CIC).

<sup>150</sup> Après que des médecins français l'ont obtenu en 1907, 1912, 1913, 1928 et enfin en 1965 avec François Jacob, André Lwoff et Jacques Monod. A titre de comparaison, l'Allemagne l'a obtenu cinq fois depuis cette date.

<sup>151</sup> ministère de la Santé (page : <http://sante.gouv.fr/htm/dossiers/phrc2005/somphrc.htm>)

<sup>152</sup> Loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales dite « Loi Huriet ».

Ces structures sont entièrement dédiées à l'organisation, la coordination et la réalisation d'essais cliniques afin d'améliorer la connaissance des maladies, leurs traitements et leur prévention. Les CIC réalisent des recherches portant sur l'homme sain ou malade, avec ou sans bénéfice direct. Les conventions portant création d'un Centre d'investigation clinique prévoient en général qu'un Centre d'investigation clinique est « *une unité géographique située au sein d'un établissement hospitalier qui rassemble une surface suffisante, des lits d'investigation, un local de conditionnement et de stockage des prélèvements, des pièces de travail et des locaux techniques dans une disposition adaptée aux contraintes particulières d'une activité de recherche clinique* ». Il en existe aujourd'hui vingt-un, dont huit au sein de l'AP-HP.

Ensuite, partant du constat que la recherche clinique ne pouvait se réaliser que dans les hôpitaux, le PHRC a été créé en 1992. Ses objectifs sont notamment de dynamiser la recherche clinique hospitalière en vue de promouvoir le progrès médical, de participer à l'amélioration de la qualité des soins par l'évaluation de nouvelles méthodes diagnostiques et thérapeutiques et, enfin, de valider scientifiquement les nouvelles connaissances médicales en vue d'un repérage des innovations thérapeutiques et de la mise en œuvre de stratégies de diffusion dans le système de santé.

Depuis 1993, chaque année, par voie de circulaire, le ministère en charge de la Santé lance un appel à projets de recherche permettant aux équipes hospitalières de déposer des dossiers en vue d'obtenir leur financement dans le cadre de l'enveloppe annuelle disponible. A partir de 1994, l'affichage de thématiques spécifiques a permis un pilotage national en fonction des priorités de santé publique et en tenant compte d'appels à projets spécifiques relevant d'autres organismes publics<sup>153</sup>, tout en laissant une part de liberté aux investigateurs pour le choix d'autres thèmes. La création du PHRC a constitué une avancée majeure dans le développement de la recherche clinique à l'hôpital. Sur la période allant de 1993 à 1998, plus de cent cinquante millions d'euros ont été consacrés au PHRC, permettant de financer effectivement une recherche centrée autour du malade.

Enfin, en complément de ce dispositif, des délégations à la recherche clinique (DRC) ont été créées au sein des établissements de santé hospitalo-universitaires à l'initiative de leur directeur général, sur incitation des pouvoirs publics. Elles ont, de par leur composition tripartite, ainsi permis de créer une cohérence régionale de la recherche en termes de proximité géographique autour de chaque centre hospitalo-universitaire. Elles ont de par leur composition tripartite (direction des équipes médicales et soignantes et université), renforcé les collaborations hôpital/université. Elles associent en leur sein des représentants des hôpitaux généraux, des centres hospitaliers spécialisés, des centres anti-cancéreux et des organismes de recherche.

---

<sup>153</sup> Agence nationale de recherche sur le Sida (ANRS), Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), INSERM.

La constitution de ces DRC au nombre de vingt-sept a largement contribué au développement de la promotion de projets de recherche par les CHU.

Incontestablement, l'impulsion donnée au début des années 1990 a porté ses fruits. Cependant, la recherche clinique a du mal à exister et à se faire reconnaître dans l'hôpital, les budgets des soins et de la recherche étant trop liés. Ainsi, la nomenclature des professions de l'hôpital ne comporte aucun des métiers indispensables au fonctionnement des laboratoires de recherche : personnel de maintenance, ingénieurs, techniciens... Leur fonctionnement dépend donc des postes accordés par les EPST ou l'Université, ce qui limite forcément leur développement. De même, combien d'Attachés de recherche clinique (ARC) font véritablement de la recherche, accaparés qu'ils sont par les consultations imposées par des chefs de service surchargés.

La répartition individuelle des trois missions de soins, d'enseignement et de recherche des praticiens hospitaliers n'est pas clairement définie. Certains praticiens hospitaliers qui se destinent plus particulièrement à une carrière universitaire cherchent de façon volontariste à publier, ce qui est exigé d'eux par le Conseil national des universités (CNU) pour avancer dans la carrière. D'autres, notamment les plus jeunes, ou les praticiens hospitaliers d'établissements non universitaires, auront le plus souvent un exercice uniquement tourné vers les soins aux malades. Sans remettre en cause l'exercice d'une triple mission par les praticiens hospitaliers, il serait toutefois opportun de faciliter une modulation individuelle entre ces différentes missions au cours de la vie professionnelle de chaque médecin.

Par ailleurs, bien que les CIC constituent une interface entre les médecins cliniciens et les chercheurs fondamentalistes, il n'existe pas à proprement parler de cadre pour la recherche physiopathologique, avant le passage à l'homme, pourtant si essentielle. A titre d'exemple, les prélèvements de tissus humains à des fins de recherche ne sont pas financés sur une ligne budgétaire hospitalière.

Il conviendrait également de signaler l'important retard de la France en matière de recherche paramédicale, en raison du caractère non universitaire de la formation de ces personnels. Ce retard est de toute évidence préjudiciable au développement de ces professions.

Enfin, la recherche clinique doit être valorisée, ce qui implique une évaluation périodique de ses activités. En l'état actuel des choses, la prise de brevets passe trop souvent par des conflits entre les EPST, les DRC hospitalières et les universités, ce qui pénalise notre pays dans la compétition internationale et représente une perte en termes d'emploi. Le domaine des brevets est une illustration parfaite du constat établi par les Conférences des doyens, des directeurs et des présidents de CME de CHU, et rendu public le 15 décembre 2004 : « *La recherche biomédicale française est pénalisée par l'interférence d'un grand nombre d'acteurs, source de stériles concurrences institutionnelles et de querelles de territoire qui ont favorisé les corporatismes et le conservatisme* ».

Au total, des motifs d'inquiétude existent, comme si la dynamique des années 1990 commençait à s'essouffler. Les chiffres communiqués par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) fin 2004 font ainsi apparaître une diminution inquiétante de 25% du nombre de nouveaux essais entrepris depuis six ans dans notre pays, ce qui n'est pas sans rapport avec la chute de la recherche biologique française au 8<sup>ème</sup> rang mondial.

Le monde de la recherche médicale n'a pas encore intégré totalement sa dimension hospitalière, pourtant indispensable à la recherche clinique, donc à la recherche en général. Deux exemples renforcent ce constat. Tout d'abord, il n'est pas anodin de noter que le collectif « Sauvons la recherche » créé en 2003 n'a pas abordé la question de la recherche à l'hôpital. De même à aucun endroit, le rapport des Etats généraux de la recherche de novembre 2004 ne cite les mots « hôpital, hospitalier, hospitalière ».

Ensuite, la composition du conseil d'administration de l'INSERM témoigne de la prépondérance de la recherche fondamentale par rapport à l'hôpital, alors que cet EPST est sous la double tutelle des ministères de la Recherche et de la Santé.

## **2. Le poids de première importance des CHU dans l'enseignement et la recherche**

L'enseignement et la recherche vont de pair. Ils se concentrent de fait sur un petit nombre de CHU. Un récent rapport de l'IGAS<sup>154</sup> distingue trois groupes de CHU.

Un premier groupe est constitué de huit CHU, indiscutables pôles d'excellence en enseignement et en recherche. Il comprend cinq universités franciliennes (Paris V, VI, VII, XI et XII) et huit universités de province (Lyon, Marseille, Lille, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, Montpellier, Nîmes). Ce groupe concentre 60 % des effectifs en personnel hospitalo-universitaire titulaire.

Un second groupe comprend six CHU intermédiaires qui constituent des « pôles actifs » (Clermont-Ferrand, Grenoble, Nancy, Nantes, Nice, Rennes).

Un troisième groupe est composé de treize CHU dont l'université est polyvalente et le potentiel de recherche « en émergence » (Amiens, Angers, Antilles-Guyane, Besançon, Brest, Caen, Dijon, Limoges, Poitiers, Reims, Rouen, Saint-Etienne, Tours).

Un certain nombre des personnalités auditionnées estiment qu'il y a trop de CHU en France, et qu'il serait souhaitable de favoriser de nouvelles coopérations, voire des regroupements. Car la notion de taille critique, souvent utilisée à tort, trouve toute sa justification dans la nécessaire articulation des trois missions de soins, d'enseignement et de recherche.

Près de la moitié des 72 000 articles français publiés dans le domaine de la biologie et de la recherche médicale pour la période 1998-2000 sont issus du

<sup>154</sup> Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires, op. cit.

préimètre hospitalo-universitaire<sup>155</sup>. Pour reprendre les termes utilisés dans la conférence de presse du 15 décembre 2004 par les représentants des CHU : « *La recherche est un révélateur du dynamisme scientifique des CHU et de leur capacité d'innovation appliquée aux soins et aux technologies diagnostiques et thérapeutiques* ».

#### Encadré 2 : Poids des CHRU dans l'hospitalisation française

**Les CHRU représentent le tiers de l'hospitalisation française**<sup>156</sup>  
Établissements publics administratifs, les 31 CHRU (29 CHU et 2 CHR) rassemblent plus de 200 sites hospitaliers dans lesquels on dénombre près de 3000 services ou départements d'une capacité de 87 000 lits et de près de 10 000 places.  
**Soins** : Avec, en 2003, 3 millions de passages aux urgences, 2,5 millions d'entrées, 2,1 millions séjours de moins de 24 heures, près de 15 millions de consultations et 144 000 naissances, les CHRU assurent 35% de l'activité des hôpitaux publics français.  
**Enseignement** : En coopération avec les 44 facultés de médecine et les 16 facultés d'odontologie, les CHRU assurent la formation médicale de 34 700 étudiants. Quant à leurs 276 écoles spécialisées, elles préparent 25 674 élèves aux métiers de soignants, de cadres de santé, de techniciens de laboratoires et de cadres de santé.  
**Recherche** : Les CHRU se sont dotés de structures de gestion et d'expertise dédiées à la recherche hospitalière : 29 Directions ou Délégations à la recherche clinique (DRC), 31 Centres d'investigation clinique (CIC) et 11 Unités de recherche clinique (URC ou Centres de recherche clinique)...  
**Innovation** : En 2002, les CHRU ont déposé 42 nouveaux brevets. Ils se sont portés promoteurs de près d'un millier de protocoles, pour un engagement financier de 60,6 millions d'euros<sup>157</sup>.  
**Effectifs** : Les CHRU emploient 34 % des effectifs médicaux et non-médicaux des établissements publics de santé : 270 000 personnels équivalents temps plein (dont 39 628 praticiens : 27 969 médecins et 11 659 internes ce qui représente près de 20 % de l'ensemble des médecins exerçant en France). Les CHRU figurent parmi les plus gros employeurs de la ville voire du département ou même de la région.  
**Financement** : Les CHRU reçoivent environ un tiers du budget de fonctionnement hospitalier, soit 18,3 milliards d'euros en 2003.

### III - LES CONTRAINTES DANS L'EXERCICE DES MISSIONS

#### A - LES CONTRAINTES INTERNES

##### 1. La gouvernance actuelle de l'hôpital, un pouvoir éclaté

Le mode actuel d'organisation de l'hôpital découle d'une conception classique du service public, de type pyramidal. Il vise à faire appliquer la politique de l'Etat en matière de santé. L'hôpital est géré par un directeur nommé par le ministre de la Santé. A titre d'exemple, la dénomination des fonctions faisait plus appel à un vocabulaire hiérarchique de type militaire (surveillants<sup>158</sup>, chefs, agents de première ou de deuxième classe) qu'à des termes issus de la gestion des organisations. Par exemple, il n'existe pas de logisticien<sup>159</sup> dans l'hôpital.

<sup>155</sup> Source : étude commandée en 2003 par les CHU et l'INSERM auprès de l'Observatoire des sciences et techniques (O.S.T.) sur la production scientifique des sites hospitalo-universitaires.

<sup>156</sup> Conférence de presse des CHRU le 15 décembre 2004.

<sup>157</sup> Enquête nationale Légibio 2 - Fédération hospitalière de France - 2003

<sup>158</sup> Depuis la réforme des cadres de santé de 1995 toutefois, les termes de surveillant et surveillant-chef ont été remplacés par cadre et cadre supérieur, auxquels s'ajoutent la profession exercée, exemple : cadre infirmier et cadre supérieur infirmier.

<sup>159</sup> Le logisticien est la personne qui doit s'assurer que les ressources matérielles sont présentes dans chaque service



Depuis la loi de 1941, le pouvoir du directeur est constamment renforcé au détriment du conseil d'administration. Néanmoins, les processus de décision sont multiples, complexes et peuvent de ce fait être à l'origine de dysfonctionnements.

En effet, il existe aujourd'hui trois circuits de décision : conseil d'administration, directeur, médecins.

La décision politique revient en théorie au conseil d'administration, qui définit la politique générale de l'établissement et dispose d'attributions énumérées de manière limitative par l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique. De plus, le financement du projet d'établissement doit être contenu dans l'enveloppe régionale de l'ONDAM et être compatible avec les objectifs du SROS. En outre, même s'il doit servir de base au Contrat d'objectif et de moyens (COM), celui-ci est négocié, le plus souvent en amont, entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'hôpital. Le premier, qui alloue les moyens financiers, est nommé en Conseil des ministres ; le second n'est pas responsable devant le conseil d'administration, mais devant le ministre de la Santé, qui l'a nommé. Il est pour sa part « noté » par le directeur de la DDASS, sous l'autorité du préfet, alors même qu'il doit répondre de son action auprès de l'ARH, notamment en ce qui concerne la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens.

En outre, pour les CHU, les présidents d'universités signent avec le ministère de l'Éducation nationale un contrat quadriennal relatif à l'enseignement universitaire, sans que celui-ci et le directeur ne soient associés à la signature de ces contrats.<sup>160</sup>

Cette situation a fait dire à plusieurs personnes auditionnées que le conseil d'administration n'était qu'une « *chambre d'enregistrement*<sup>161</sup> ».

Par ailleurs, les conseils d'administration des hôpitaux publics sont présidés depuis plus de deux siècles par le maire de la commune ou le président du Conseil général, s'il s'agit d'établissements psychiatriques. De ce fait, certaines des décisions du conseil d'administration de l'hôpital peuvent être influencées par leurs éventuelles répercussions sur l'économie locale, notamment en matière d'emplois, ou de choix d'investissements. La décision stratégique prise par le conseil d'administration est ainsi de fait sous la double contrainte de la politique de l'Etat déclinée localement par un contrat établi entre deux de ses représentants, et de la politique des collectivités locales environnantes, tant en matière sanitaire que médico-sociale ou tout simplement économique.

La décision organisationnelle revient, elle aussi en théorie, au directeur. Celui-ci assure certes la gestion et la conduite générale de l'établissement, mais son action est soumise à une triple contrainte.

Premièrement, il n'intervient pas dans l'organisation des soins médicaux et paramédicaux, domaine réservé des médecins et des soignants. Les médecins

<sup>160</sup> Jean-Marie Clément ; *Réflexions pour l'hôpital* ; Les études hospitalières, 2004.

<sup>161</sup> Voir aussi le rapport de séminaire « *Les politiques de santé* », ENA, juillet 2003.

élisent en leur sein le président de la CME, qui est l'interlocuteur privilégié du directeur de l'hôpital. La CME n'exerce pas sur ses confrères de responsabilités hiérarchiques, puisque c'est le ministre de la Santé qui nomme également les médecins chefs de service. Le président de la CME éprouve souvent des difficultés à faire émerger une position commune parmi les membres nombreux qui composent cette instance et reproduisent les clivages existant à l'intérieur de l'établissement. Le taux élevé de non reconduction du mandat des présidents de CME traduit la fragilité de cette « instance de dialogue ».

Deuxièmement, le directeur de l'hôpital n'est parfois qu'une simple courroie de transmission de décisions ministérielles, prises quelquefois sans concertation avec les responsables hospitaliers<sup>162</sup>, alors qu'elles ont une incidence forte en matière de gestion, notamment de ressources humaines.

Troisièmement, le directeur d'hôpital est soumis à de nombreux contre-pouvoirs. Comme tout ordonnateur de dépense publique depuis 1822, le directeur d'hôpital relève, pour les paiements, d'un fonctionnaire appartenant au ministère des Finances, dénommé comptable du Trésor, même si la loi de 1991 a introduit un début de souplesse. En revanche, depuis cette même loi, le directeur de l'hôpital ne peut affecter du personnel dans les services de soins sans un avis conforme du directeur des soins infirmiers<sup>163</sup> qu'il a lui-même engagé. Ainsi, fait rarissime, cela se traduit par une inversion de la hiérarchie dans laquelle un subordonné peut interdire une décision à son supérieur hiérarchique. Par ailleurs, le fonctionnement de l'hôpital public est soumis à celui de vingt et une instances différentes (CA, CME, CE, CHSCT, CLIN, etc.).

La décision technique appartient aux médecins, en application du code de déontologie selon lequel chaque médecin doit être autonome dans sa décision thérapeutique (article R.4127-69 du Code de la santé publique). Les chefs de service ont un pouvoir étendu aux horaires du personnel<sup>164</sup>. Cependant, depuis plusieurs années, leur pouvoir hiérarchique a diminué compte tenu de l'apparition d'une « double commande » avec la création d'une direction des soins infirmiers afin de satisfaire la revendication d'un encadrement propre aux fonctions rééducative et soignante. En pratique, l'autorité du chef de service sur les cadres infirmiers est faible. Les chefs de service sont de plus responsables de la gestion hôtelière des lits de leurs services. Afin de ne pas mettre l'hôpital en déficit, les directeurs peuvent toutefois imposer des fermetures temporaires de lits en cas d'insuffisance de crédits.

Mais la future organisation en pôles permettra de mutualiser les moyens en lits et en personnel.

---

<sup>162</sup> Par exemple, l'application des 35 heures de nuit payées 39 heures en novembre 1991.

<sup>163</sup> Auparavant dénommé « Infirmier général », le directeur des soins infirmiers est formé à l'ENSP.

<sup>164</sup> Décision du Conseil d'Etat de 1995, qui a annulé la sanction d'un directeur envers le personnel d'un service de soins psychiatriques parce que ces agents se sont conformés aux décisions du chef de service qui ne tenaient pas compte des horaires fixés par l'administration de l'hôpital.

Face à un tel enchevêtrement de pouvoirs, il est difficile de répondre aux deux questions suivantes : qui est le responsable du bon fonctionnement d'un établissement public de santé dans son ensemble ? Qui est comptable de ses résultats ?

L'interventionnisme croissant de l'Etat dans le fonctionnement de l'hôpital public, ajouté à un mode de financement fondé sur l'attribution d'une dotation globale ont nui au développement d'une véritable culture de gestion à l'hôpital public. Cette situation limite les marges de manœuvre des directeurs d'hôpital et l'empêche de jouer pleinement son rôle de gestionnaire et de manager, réduisant ainsi sa fonction à celle de directeur administratif. De plus, une gestion trop « administrative » ne favorise pas la culture du résultat, ni l'évaluation des pratiques, car elle privilégie la bonne exécution des règles édictées comme critère de réussite. De par l'existence de trois filières distinctes, tant au niveau de l'accès à la profession que du déroulement des carrières, il existe trois mondes séparés dans l'hôpital : le médical, l'infirmier et l'administratif.

A titre de comparaison, dans les établissements privés (établissements PSPH), le directeur est nommé par le Conseil d'administration et il est révocable *ad nutum* ; de plus, le président de la CME, élu par ses pairs comme dans le secteur public, est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur général : « *Cela change tout* » selon un directeur d'établissement PSPH rencontré, mais ne signifie pas pour autant un assujettissement total de la politique médicale de l'établissement à une logique gestionnaire, la CME étant un réel contre-pouvoir. Le directeur a ainsi la possibilité d'exercer pleinement ses qualités de gestionnaire, et doit clairement en répondre devant le Conseil d'administration.

## **2. Les conditions d'exercice de la prise en charge et la continuité des soins**

### *2.1. L'hôpital français traite du soin du patient et non de la santé de la population*

Vu de l'étranger<sup>165</sup>, l'hôpital public français est plus un lieu de « *cure* » au sens anglo-saxon du terme (faire des soins curatifs, faisant appel aux thérapeutiques), qu'un lieu dédié à la santé dans sa globalité, comme l'indique le mot « *care* » qui signifie « prendre soin », promouvoir la santé, donc à la fois faire de la prévention et permettre l'accès aux soins palliatifs, en un mot prendre en charge globalement la personne malade en intégrant ses composantes bio-psychosocio-culturelles et spirituelles. L'hôpital public d'aujourd'hui poursuit la logique du colloque singulier médecin-patient<sup>166</sup> et s'adresse à un individu plus qu'à une population. Il n'a donc pas développé d'outils utiles à

<sup>165</sup> Entretien du rapporteur avec le Docteur Charles Boelen, consultant international en système et personnels de santé et ancien coordonnateur du programme de l'OMS des ressources humaines pour la santé, au Conseil économique et social, le 14 décembre 2004.

<sup>166</sup> Le colloque singulier désigne la rencontre indispensable entre un professionnel et un patient, rencontre qui permet au premier de trouver une réponse au besoin du second.

l'épidémiologie, c'est-à-dire à l'étude des besoins de santé de la population dont il est le lieu de recours sanitaire. L'hôpital public en France n'a pas développé les outils qui lui permettraient de disposer d'un état de santé de la population qu'il soigne. Par voie de conséquence, les politiques de prévention sont difficiles à mettre en place. Par ailleurs, l'hôpital étant organisé par services de spécialité, la fonction de coordination, très utile pour les polytraumatismes par exemple, mais aussi de façon générale pour toutes les polyopathologies, n'existe pas. A titre de comparaison, dans les pays anglo-saxons, le médecin généraliste accompagne son patient hospitalisé. Interface de l'ensemble des interlocuteurs de l'hôpital, le médecin généraliste y occupe un bureau et fait régulièrement la tournée de ses malades.

### *2.2. Des changements structurels dans l'organisation du travail à l'hôpital public*

La crise des professions de santé n'est pas récente. L'absentéisme du personnel médical et paramédical, en augmentation tendancielle depuis 1996, a connu un pic pour les personnels soignants en 2000, avec 20 jours d'absence annuelle par agent. Le nombre total de jours de conflits, particulièrement bas en 1998<sup>167</sup> (27 203 jours), a considérablement augmenté en 1999 (144 290) et en 2000 (152 711). Les démissions, qui ont doublé depuis 1998, représentent aujourd'hui la première cause de départ des médecins, ce qui traduit bien le malaise de cette profession.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces démissions. D'une part, la réorganisation des établissements a été plus rapide et plus efficace dans le secteur privé, ce qui a poussé des médecins à quitter le secteur public, à la recherche de meilleures conditions de travail et de déroulement de carrière. D'autre part, la création de spécialités autour de la médecine comme l'économie de la santé, le droit médical, a conduit des médecins à se diriger vers ces activités.

Pour parer au plus pressé, les gouvernements successifs ont répondu favorablement, au cas par cas, aux revendications sociales catégorielles<sup>168</sup> qui s'exprimaient le plus vigoureusement.

---

<sup>167</sup> Rapport ENA, op. cit.

<sup>168</sup> Protocole d'accord du 13 mars 2000 relatif au statut professionnel des praticiens hospitaliers; protocole du 14 mars 2000 relatif à la modernisation du service public hospitalier.

Par ailleurs, la mise en œuvre des nombreux textes introduits depuis 1999<sup>169</sup> a entraîné des coûts nouveaux pour l'hôpital et l'apparition de nouvelles catégories de personnel au sein de l'hôpital affectées à des tâches périphériques à l'activité de soins proprement dite. Dans ce contexte nouveau, les personnels soignants ont le sentiment que la machine hospitalière devenait de plus en plus administrative et de moins en moins tournée vers le malade. « *On passe trop de temps à se former aux procédures qualité, alors qu'on devrait être au lit du malade.* » ; « *Avant, notre Bible, c'était le Vidal ; aujourd'hui, c'est le recueil des procédures* »<sup>170</sup>. Dans le même temps, ce constat traduit aussi la difficulté de faire entrer les exigences de qualité et d'efficacité des soins dans la culture hospitalière.

### 2.3. La mise en œuvre de la réduction du temps de travail

#### a) Une mise en œuvre trop rapide avec des différences marquées entre le secteur public et le secteur privé.

La mise en œuvre des 35 heures a été réalisée dans un contexte difficile, et sur des bases différentes dans le secteur public et le secteur privé, qu'il soit lucratif ou non, ou qu'il participe ou non au service public hospitalier. Dans le premier cas, les salaires n'ont pas été bloqués, alors que dans le secteur privé, les augmentations de salaire l'ont été à concurrence de 50 % de celles du public, pendant trois ans<sup>171</sup>. En revanche, alors que les établissements PSPH<sup>172</sup> ont pu adapter leur organisation du temps de travail aux 35 heures, l'hôpital public n'a pas su réorganiser le travail en fonction de cette nouvelle donne fondamentale, faute d'une véritable culture de négociation dans chaque établissement. A la différence du secteur privé, les négociations locales ont pris pour un fait acquis que « *la compensation salariale était totale (35 heures payées 39), et que la détermination des effectifs supplémentaires ne relevait pas de la négociation locale, mais des autorités de tutelle* »<sup>173</sup>.

Ainsi, pour l'exercice des mêmes missions de service public, les contraintes en matière d'organisation du temps de travail issues des 35 heures sont différentes selon qu'elles sont exercées par un hôpital public ou par un

<sup>169</sup> Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé ; décret n°2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur ; décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation ; décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue ; loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

<sup>170</sup> Témoignages recueillis par le rapporteur lors de visites de différents services hospitaliers (CRRF de Kerpape, GHPS Pitié-Salpêtrière...).

<sup>171</sup> Au début février 2005, la FEHAP estime que le retard des salaires du privé par rapport au public est d'environ 5 %, ce qui représente environ 200 millions d'euros.

<sup>172</sup> Voir l'application des 35 heures à l'Institut mutualiste Montsouris.

<sup>173</sup> *Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ?*; DREES ; Etudes et résultats n° 302 ; Avril 2004.

établissement PSPH : absence totale de souplesse sans contrainte financière d'un côté, souplesse avec contrainte financière de l'autre.

En outre, les modalités de mise en œuvre des 35 heures, dont l'application réalisée à un rythme très rapide, ont été décidées par le ministère, sans négociation préalable avec l'ensemble des partenaires.

b) Les conséquences de la réduction du temps de travail pour le personnel soignant

Les protocoles respectifs des 27 septembre 2001 et 22 octobre 2001 ont prévu 45 000 créations d'emplois non médicaux, dont 37 000 pour le secteur sanitaire. La création de ces emplois non médicaux s'est échelonnée sur trois ans, « *ce qui a conduit certains négociateurs locaux à faire évoluer l'amplitude hebdomadaire du travail, diminuant progressivement par là-même le nombre de jour de RTT en fonction des créations d'emplois* »<sup>174</sup>. Le nombre de places en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) a doublé afin de pourvoir les postes ainsi créés. Toutefois, l'impact positif de cette mesure n'est intervenu qu'à partir de 2005 en raison de la durée de formations des élèves infirmiers. La mise en œuvre des 35 heures a eu comme conséquence paradoxale une augmentation de l'absentéisme de courte durée<sup>175</sup> à la fois dans l'hôpital public et dans le secteur PSPH. Pour pallier l'absence relative d'embauches, il faut faire plus de choses en moins de temps, et surtout réduire le temps de transmission des consignes, pourtant crucial pour les équipes soignantes. L'intensification du travail et le stress qui en résulte s'expliquent par plusieurs causes : « *une durée des postes de travail raccourcie et donc une charge de travail plus lourde pour assurer le même volume de soins ou d'activité ; un absentéisme accru dû aux journées de RTT à prendre, qui induit une intensification du travail pour ceux qui restent ; des effectifs jugés généralement insuffisants étant donnée la charge de travail* »<sup>176</sup>.

De plus, la pyramide des âges des soignants vieillit. A titre d'exemple, la durée de vie professionnelle des infirmières s'allonge : de quatre ans en moyenne il y a trente ans, elle est de dix à quinze ans aujourd'hui, alors que la pénibilité de leur tâche est moins bien supportée avec l'âge. Elles ont bénéficié d'une revalorisation statutaire significative au cours des années 1990 et l'exercice du travail à temps partiel a été facilité. C'est pourquoi certaines infirmières choisissent maintenant de continuer à travailler, alors qu'auparavant, une fois mariées et mères de famille, elles s'arrêtaient définitivement. Enfin, de plus en plus de patients hospitalisés nécessitent une prise en charge plus lourde qu'avant, du fait des progrès de la médecine. En conséquence, le stress augmente ainsi que la démotivation des personnels qui se mettent en situation de « défense » et

<sup>174</sup> *Permanence des soins et RTT à l'hôpital* ; Odon Martin-Martinière ; La revue de droit sanitaire et social, Dalloz n°2 ; 2004.

<sup>175</sup> DREES ; Série Etudes ; *La RTT dans les hôpitaux publics* ; n° 35 ; p. 91 ; octobre 2003.

<sup>176</sup> DREES ; Etudes et résultats n° 302 ; Avril 2004.

n'entendent plus la demande du patient, se réfugiant derrière les soins techniques avec moins de temps à consacrer aux soins relationnels.

La situation des personnels infirmiers est actuellement préoccupante. Les centres hospitaliers régionaux et universitaires soulignent<sup>177</sup> les difficultés de recrutement sur l'ensemble du territoire national, même si des disparités existent d'une région à l'autre. A l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1 200 postes d'infirmières étaient à pourvoir au dernier trimestre 2004, sur un effectif global de près de 20 000. Pour inciter les jeunes diplômés, mais aussi les infirmiers spécialisés, résidant en région ou dans certains pays européens francophones, à faire carrière dans l'un de ses services, l'AP-HP a lancé une campagne de recrutement de novembre 2004 à mai 2005.

La Mission Piquemal<sup>178</sup> avait déjà montré que la RTT a été le révélateur d'une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des établissements. En effet, l'organisation de l'hôpital est caractérisée par une logique de cloisonnement entre les métiers et les structures à l'exception notable de certains établissements engagés dans une démarche participative à la préparation de l'accréditation. Ces cloisonnements ont eu tendance à s'aggraver avec la mise en œuvre de la RTT. Face à ces difficultés, des mesures d'assouplissement de la RTT ont été adoptées à la suite des propositions de la mission nationale d'évaluation.

#### c) Le personnel médical et la réduction du temps de travail

Pour le personnel médical, les 35 heures s'appliquent de la même façon, alors que le temps médical inclut, outre le soin direct aux malades, des temps de documentation, lecture, recherche, rédaction, préparation des heures d'enseignement. « *L'application des lois portant réduction du temps de travail au 1er janvier 2002 a diminué la durée du travail de 9,7 % en moyenne, alors que le taux de vacance des postes s'élevait déjà, pour les praticiens hospitaliers, à 18 %. Les 11 000 embauches réalisées, dont 2 000 praticiens, et l'augmentation des heures supplémentaires n'ont pas suffi à éviter la désorganisation des équipes et la baisse de l'activité hospitalière (- 2 % sur les trois premiers trimestres de 2002). L'application du droit communautaire<sup>179</sup>, en plafonnant le temps de travail des médecins et des internes à 48 heures par semaine, en y intégrant les gardes et en instituant un repos de sécurité, a renforcé cet effet déstabilisateur* »<sup>180</sup>. Le problème est particulièrement crucial pour les anesthésistes et les urgentistes.

Provoquant mécaniquement une baisse forte (souvent jusqu'à 20 %) de leur temps de travail, la RTT du personnel médical n'a pas pu être compensée. Dans

<sup>177</sup> Dossier de presse de la rencontre annuelle des CHRU avec la presse, mercredi 15 décembre 2004.

<sup>178</sup> Piquemal R. ; *Mission nationale d'évaluation de la mise en œuvre de la RTT dans les établissements de santé* ; 2002.

<sup>179</sup> Directives 89/391/CE du 12 juin 1989 et 93/104/CE du 23 novembre 1993 jugées applicables aux médecins par la Cour de Justice des Communautés européennes (arrêt SIMAP, 3 octobre 2000).

<sup>180</sup> Rapport de séminaire « *Les politiques de santé* » ; p.7 ; ENA, juillet 2003

les CHU, le recrutement de médecins étrangers (7,5 % du personnel médical en 2002) permet de pallier en partie le manque de praticiens hospitaliers français, mais certains chefs de service sont parfois obligés d'effectuer eux-mêmes des remplacements, au détriment de leur mission d'enseignement ou de recherche. Dans les établissements faiblement attractifs (hôpitaux locaux, hôpitaux géographiquement désavantagés), la situation est plus difficile, entraînant parfois la fermeture de certains services. Enfin, la RTT a accentué le cloisonnement des équipes et le repli des services sur eux-mêmes.

En résumé, les conditions de la mise en œuvre des 35 heures dans l'hôpital, plus que les 35 heures elles-mêmes, ont aggravé des dysfonctionnements qui existaient auparavant mais pouvaient se compenser. Toutefois, si les conditions de travail sont devenues sensiblement plus difficiles, les personnels hospitaliers restent attachés aux 35 heures en raison notamment de leur impact positif sur les conditions de vie.

## B - LES CONTRAINTES EXTERNES

### 1. L'environnement sanitaire et social de l'hôpital public

L'hôpital public est aujourd'hui moins « replié sur lui-même » qu'hier<sup>181</sup>. Historiquement, les relations au sein du système hospitalier d'une région se sont en effet construites sur une logique de concurrence entre les établissements publics et privés, et sans souci de coopération inter-hospitalière au sein du secteur public.

Une tendance lourde explique en partie cette mutation qui conduit l'hôpital à davantage s'ouvrir sur l'extérieur. L'évolution de la prise en charge grâce aux progrès des techniques médicales fait sortir le patient de l'hôpital, ce qui se traduit par le développement de la chirurgie ambulatoire, essentiellement dans le secteur privé, l'externalisation de certains plateaux techniques, et la forte diminution de la durée moyenne de séjour, divisée par trois depuis 20 ans. Le temps passé à l'hôpital public dans le cadre des soins de courte durée diminue, certains examens sont externalisés, ce qui accroît la nécessité d'inclure ce temps hospitalier dans un parcours global et « coordonné » de soins.

Mais des freins demeurent, qui peuvent s'expliquer notamment par la surmédiation des problèmes hospitaliers à partir de quelques exemples, et le mouvement actuel de judiciarisation de la médecine, qu'elle soit hospitalière ou ambulatoire : « *Cela pèse sur le moral des troupes et conforte la loi du silence, alors que l'hôpital a plus que jamais besoin de transparence partagée par les patients et les membres du personnel.* »<sup>182</sup>

Au total, l'hôpital public n'a pas encore développé des liens suffisants avec les établissements de santé qui l'entourent, la médecine de ville et le secteur

<sup>181</sup> Professeur Claudine Esper ; *Propositions d'expérimentations pour l'hôpital public* ; 1994.

<sup>182</sup> Entretien du rapporteur avec Mme Rose-Marie van Leerberghe, directrice générale de l'AP-HP, au Conseil économique et social, le 3 décembre 2004.



médico-social. Sur ce dernier point, le fait que les secteurs sanitaire et médico-social relèvent de deux dispositifs législatifs distincts ne facilite notamment pas la prise en charge des personnes âgées, qui se situe à l'articulation entre ces deux secteurs.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée prévoit l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement par la constitution de réseaux de santé. Ces réseaux doivent assurer une continuité dans la prise en charge des patients et améliorer la qualité des soins sur l'ensemble du territoire.

L'article L.6321-1 du Code de la santé publique définit les réseaux de santé. Ils ont pour objet l'accès aux soins, la coordination et la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention du diagnostic que des soins. Ils peuvent également participer à des actions de service public.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ouvre les réseaux à de nombreux intervenants. Ainsi, outre les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé, les médecins du travail, les centres de santé, les institutions sociales ou médico-sociales, les organisations à vocation sanitaire ou sociale et les représentants des usagers peuvent participer aux réseaux de santé.

Les réseaux de santé bénéficient de sources de financement multiples. L'article L.162-43 du Code de la sécurité sociale crée, au sein de l'ONDAM, une nouvelle enveloppe constituée par prélèvement des différentes enveloppes déjà existantes (OQN, Objectif délégué de dépenses (ODD)...): la Dotation nationale de développement de réseaux (DNDR). Le montant de la DNDR est déterminé chaque année par arrêté du ministre de la santé. Cet arrêté fixe également pour chaque région le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux. L'article L.6321-1 du Code de la santé publique dispose que les réseaux de santé peuvent aussi bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet dans la loi de finances annuelle, des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie. Les réseaux de santé pour bénéficier de ces ressources doivent présenter un plan de financement comportant un budget prévisionnel.

### *1.1. L'hôpital public et le secteur privé lucratif*

Les rapports de l'hôpital public avec son environnement ont radicalement changé il y a environ cinq ans<sup>183</sup>. Jusqu'à cette date, les hôpitaux publics regardaient d'un œil condescendant le secteur privé. Vers 1998-1999, la Fédération hospitalière de France (FHF), représentative dans le secteur public, a

---

<sup>183</sup> Entretien du rapporteur avec M. Gérard Viens, professeur titulaire de la chaire d'économie et gestion de la santé, ESSEC santé, au Conseil économique et social, le 29 novembre 2004.

modifié les rapports de force en ouvrant des discussions avec les deux fédérations du secteur privé lucratif de l'époque, FIEHP et UHP, aujourd'hui réunies au sein de la FHP, partant de la prise de conscience que les soins hospitaliers peuvent être faits par d'autres. Mais les gouvernements successifs n'ont pas tiré les conséquences de ce constat sur le mode d'organisation de l'hôpital public. Il faut pourtant modifier les contours de l'hôpital public afin de l'adapter à cette nouvelle donne. Mais cela demande d'introduire de la souplesse dans l'organisation de l'hôpital public.

L'exemple de la chirurgie ambulatoire est éclairant. Le « taux de change » imposé à l'hôpital public pour créer et développer l'hospitalisation à la journée a été peu motivant. Il fallait en effet fermer deux lits<sup>184</sup> pour créer une place en ambulatoire, avec un plafond de 365 opérations par an par poste. De plus, le mode de financement par budget global n'incite pas les hôpitaux à développer ce mode de prise en charge. La tarification à l'activité des soins de courte durée comme des soins ambulatoires, qui est en cours de mise en place, devrait permettre l'allocation des moyens en fonction de l'activité réelle et créer enfin les conditions favorables au développement des soins ambulatoires dans l'hôpital public. Car pour l'instant, force est de constater que « *l'hôpital public a raté le virage de l'ambulatoire* », et que le secteur privé fait mieux fonctionner cette activité, car il est organisé de façon plus efficace, dans une « logique client », et connaît mieux ses coûts analytiques du fait de son mode de tarification, ce qui lui permet notamment de piloter le développement d'activités nouvelles<sup>185</sup>.

### *1.2. Les préoccupations locales et l'aménagement du territoire*

Pour ce qui concerne les hôpitaux de proximité et les hôpitaux locaux, les associations de patients résidant en zone rurale<sup>186</sup> ont fait part de leur inquiétude face à leurs éventuelles fermetures. Ce n'est pas tant l'hôpital dans sa dimension de plateau technique de pointe qui est recherchée par les patients que ses dimensions d'accueil et de proximité, indispensables dans le tissu rural. L'hôpital local assume de plus en plus difficilement ses missions traditionnelles vis-à-vis des personnes fragiles : accueil des personnes âgées, information des jeunes, notamment en matière de contraception et plus largement de sexualité. Selon le Collectif Interassociatif sur la santé, il faut réinventer l'accueil de proximité et les soins de prévention : on a survalorisé les CHU à tort.

La région Nord-Pas-de-Calais constitue un bon exemple du poids des traditions et des politiques locales dans la structuration de l'offre hospitalière. Cette région compte 3 400 lits, répartis sur quatre hôpitaux, distants les uns des

<sup>184</sup> Très exactement, 2,15 lits : dans les régions considérées comme surdotées en lits, un établissement avait le droit d'ouvrir une place de chirurgie ambulatoire à condition de fermer 2,15 lits. Cette règle à l'effet non-incitatif a été abandonnée récemment.

<sup>185</sup> Enquête de la CNAMTS ; *Conditions de développement de la chirurgie ambulatoire* ; Septembre 2003.

<sup>186</sup> Entretien du rapporteur avec le Collectif interassociatif sur la santé (CISS), au Conseil économique et social, le 21 janvier 2005.

autres de 25 kilomètres au maximum : Arras avec 1 200 lits, Lens avec 800 lits, Douai avec 700 lits et Béthune avec 700 lits. Un regroupement des structures hospitalières s'avère difficile car il se heurte à des résistances politiques locales. De la même façon, un ancien directeur du CHU de Montpellier fait part de ses réserves par rapport à la notion de territoires de santé<sup>187</sup> : « *On ne peut contraindre les patients d'Alès à aller à Nîmes alors qu'ils se rendent spontanément à Montpellier* ». Il est vrai que les patients choisissent de se rendre dans tel établissement selon l'idée qu'ils se font de la qualité des soins dispensés.

Ces situations de blocage aboutissent à des aberrations. Par exemple, il y a aujourd'hui trop de centres de greffes de reins (42) pour 3 000 interventions par an. Il en va de même pour la chirurgie cardiaque.

Certes, un vaste mouvement de restructuration de l'offre de soins a été engagé depuis plus de dix ans. Il s'est traduit par la baisse de 13% du nombre de lits entre 1992 et 2000, et par une réduction du nombre de lits autorisés, le taux moyen de lits passant de 5,1 lits pour 1 000 habitants en 1994 à 4,4 en 2002<sup>188</sup>. Le risque de l'évolution des restructurations, si elle n'est pas assortie d'un cahier des charges, est qu'elle fasse apparaître des secteurs géographiques entiers où seules les cliniques avec médecins du secteur 2 seront présentes dans les disciplines de la médecine-chirurgie-obstétrique.

La réduction des inégalités de l'offre de soins a bien été amorcée mais beaucoup reste à faire. Certes, l'écart entre les régions les mieux dotées en lits et celles les moins bien dotées a baissé de 35 % depuis 1990 « *Mais plusieurs régions souffrent toujours d'un équipement insuffisant (Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Haute-Normandie et Centre), alors que d'autres présentent des excédents importants. En soins de suite et de réadaptation, on observait par exemple, en 2002, une surcapacité de 40 % en région PACA et en Corse, et un déficit de 10 % en Ile-de-France.* »<sup>189</sup>. Le redéploiement de l'offre hospitalière apparaît ainsi très incomplet.

## 2. Le poids croissant des contraintes administratives et réglementaires

### 2.1. La multiplication des lois et règlements

Le fonctionnement administratif hyper-centralisé de l'hôpital public se traduit par une inflation de textes divers et parfois contradictoires (décrets, circulaires, ordonnances, lettres...), qui rigidifient l'organisation et ne peuvent que décourager toute approche gestionnaire manageriale fondée sur l'adhésion des cadres et des personnels. De surcroît, ce mode de fonctionnement a tendance à se généraliser au sein de l'établissement. Un grand nombre de règles d'organisation de l'hôpital sont définies par la loi et non par son règlement intérieur : l'hôpital est ainsi régi par 43 familles de règlements distincts.

<sup>187</sup> Sur les territoires de santé, voir l'annexe n° 4.

<sup>188</sup> Annexe, loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003.

<sup>189</sup> Rapport de séminaire ; ENA ; op.cité p.15.

Lorsqu'il existe, ledit règlement intérieur ne fait alors que reprendre des règles générales édictées par le ministère de la Santé, et il ne peut refléter la diversité des réalités locales de chaque hôpital. C'est ainsi que les 39 hôpitaux ou groupes hospitaliers de l'AP-HP ont tous adopté le même règlement intérieur !

Afin de mettre en application ces lois, décrets, circulaires et règlements, l'hôpital compte aujourd'hui pas moins de vingt commissions différentes. *« Imaginons que dans un hôpital, chaque commission se réunisse deux fois par an et émette dix propositions. Cela fait environ 200 avis dont les directeurs, déjà submergés par les tâches administratives, sont bien souvent dans l'incapacité d'assurer le suivi »*<sup>190</sup>.

En définitive, la bonne mise en œuvre des projets dépend autant du travail de ces diverses commissions que de la bonne entente entre trois hommes : le président du conseil d'administration, le directeur et le président de la CME, auxquels s'ajoute le doyen, pour les CHU.

## 2.2. Le rôle des nouvelles agences sanitaires

Dès le début des années 1990, le contexte institutionnel de la santé publique a subi des modifications importantes qui se sont traduites par la création du Réseau national de santé publique, de l'Agence française du Sang, de l'Agence française du médicament et de l'Office de protection contre les rayonnements ionisants (OPRI).

Cette modification du paysage institutionnel s'est accélérée en 1998 grâce à l'adoption par le Parlement de la loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme.

Cette loi, complétée par des décrets d'application en mars 1999, a créé trois nouvelles agences, établissements publics de l'État :

- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) placée sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Elle a pour mission d'assurer le contrôle de la sécurité sanitaire des produits de santé (médicaments, sang, greffes, dispositifs médicaux, réactifs biologiques...). Cette agence, qui se substitue à l'Agence du médicament, est dotée de pouvoirs de contrôle et dispose à cet effet d'un corps d'inspection ; dans le domaine des essais sur l'homme de thérapeutiques innovantes, l'AFSSAPS introduit des exigences nouvelles auxquelles doivent désormais se plier les laboratoires de recherche hospitaliers ;
- l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'économie et de l'agriculture. Cette agence, qui regroupe le Centre national d'études

---

<sup>190</sup> Debrosse D., Perrin A., Vallancien G., Modernisation du statut de l'hôpital public et de sa gestion sociale, 2003.

vétérinaires et alimentaires et l'Agence du médicament vétérinaire, n'est pas dotée de pouvoirs de police sanitaire des aliments, qui restent de la compétence des pouvoirs publics. Sa compétence concerne l'évaluation des risques alimentaires considérés au sens large et incluant, de ce fait, l'eau et l'alimentation ;

- l'Institut national de veille sanitaire placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, qui se substitue au Réseau national de santé publique, créé en 1992 sous la forme d'un Groupement d'intérêt public.

### 2.3. *Les rigidités dans la gestion du personnel médical*

La responsabilité d'un chef de service est rarement engagée. Bien que nommé pour cinq ans, son renouvellement est quasiment automatique et ne repose pas sur une véritable évaluation. Un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) consacré à la gestion des praticiens hospitaliers estimait ainsi à 95 % le taux de renouvellement des chefs de service.

Pour reprendre les propos d'un directeur d'hôpital, « *une fois que le chef de service est nommé par le ministre, on ne peut plus rien faire ; si on veut le licencier, il faut réunir un conseil de discipline.* »

La gestion des praticiens hospitaliers (PH) est particulièrement lourde car divisée entre l'administration centrale, les ARH et les préfets, par l'intermédiaire des directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) et des directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Les DRASS participent à l'organisation des concours en fonction des besoins de poste identifiés et instruisent les dossiers de nomination transmis à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). La DHOS gère, « *à travers 8 000 décisions individuelles annuelles, les recrutements et les mutations d'environ 26 000 PH temps plein et de 5 700 PH temps partiel. Les DDASS suivent les avancements d'échelon. Les ARH interviennent à travers les créations et les transformations de postes. Complexe, cette organisation ne permet pas d'assurer aux établissements la réactivité nécessaire dans leurs recrutements et dans la gestion de leurs ressources humaines. Elle explique pour partie que le délai de recrutement d'un praticien hospitalier atteint en moyenne dix-huit mois* »<sup>191</sup>. Il n'est pas possible de différencier les rémunérations proposées en fonction des spécialités ou des parties du territoire en manque de médecins.

Source supplémentaire de complexité, les médecins hospitaliers ont par ailleurs 11 statuts différents dans les CHU, alors que leurs confrères du privé n'en ont qu'un seul.

---

<sup>191</sup> Rapport de séminaire ENA ; op.cité p.12.

#### *2.4. Les rigidités du statut de la fonction publique hospitalière*

Dans la nomenclature des professions de santé, il existe plus de 180 métiers<sup>192</sup>, nombre qui ne cesse d'augmenter. Quelle place peut être donnée à la souplesse, à l'adaptabilité, tant en matière de gestion des ressources humaines que de rémunérations ? A titre d'exemple, la fonction d'acheteur n'est pas reconnue dans l'hôpital public, de sorte que la fonction achat est davantage mobilisée sur le respect des règles formelles du Code des marchés publics que sur l'efficacité de la politique d'achat de l'hôpital.

Concernant la gestion des ressources humaines, l'entrave majeure réside dans la multiplicité des corps et des statuts que comprend la fonction publique hospitalière. Ce morcellement statutaire constitue un frein à la mobilité des agents entre les différentes filières professionnelles et alourdit considérablement les coûts de gestion des ressources humaines.

L'exemple des infirmières illustre les différences entre le secteur public et le secteur privé en matière de gestion des ressources humaines. L'écart nominal entre les salaires des infirmières du public et du privé s'est réduit. Souvent même, les salaires du privé sont inférieurs selon les modalités de mise en œuvre des 35 heures. Pourtant, même si l'hôpital public offre des avantages en nature (crèches, primes de sabot, etc.), les infirmières du secteur privé mettent en avant un système de management plus personnalisé, une chaîne de commandement plus courte, et se sentent ainsi mieux reconnues et considérées.

Les cadres de soins sont quant à eux assimilés à des gestionnaires, alors qu'ils souhaiteraient être toujours considérés comme des soignants.

#### *2.5. Les procédures d'achats et d'investissement*

La lourdeur du Code des marchés publics et des procédures d'investissement entraîne un délai d'environ dix-huit mois entre une décision d'investissement et sa réalisation. Or les normes de sécurité augmentent, entraînant inévitablement une évolution vers des plateaux techniques de plus en plus médicalisés et coûteux : la lourdeur des procédures d'investissements viennent en outre majorer leurs coûts. Les délais de réalisation peuvent également rendre obsolète le choix d'un équipement dans un contexte de rapide évolution technologique.

Les établissements hospitaliers publics relèvent du contrôle financier et juridictionnel des chambres régionales des comptes, par délégation de la Cour des Comptes. En revanche, les ARH sont soumises au contrôle financier et juridictionnel de la Cour des Comptes elle-même. Cette dichotomie peut être mal comprise et mal ressentie par les hôpitaux publics.

---

<sup>192</sup> Cf. Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. ministère de la santé / Editions ENSP, novembre 2004.

En conclusion, il existe une distorsion fondamentale entre le rythme des progrès médicaux et le blocage des réallocations de moyens nécessaires dans l'hôpital public, du fait des rigidités qui lui sont spécifiques. Dans une vie d'homme né à la fin du XX<sup>ième</sup> siècle, deux ou trois révolutions technologiques vont changer son métier, et l'entreprise publique ou privée saura en général s'adapter. L'hôpital public, qui n'est toutefois pas assimilable à une entreprise compte tenu de la spécificité de ses missions, sera entravé dans son évolution par la rigidité de ses structures.

La crise de l'hôpital public est aussi une crise de la gouvernance, révélatrice d'une difficulté de positionnement de l'hôpital par rapport à ses autorités de tutelle. Alors que l'hôpital public se doit d'être un lieu de proximité autour du patient, l'empilement de contraintes nombreuses et diverses donnent le sentiment aux personnels hospitaliers que les évolutions importantes sont décidées à l'extérieur de l'hôpital et qu'elles contribuent à rigidifier son organisation interne.

## **CHAPITRE III**

### **LES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE L'HÔPITAL PUBLIC**

S'interroger sur l'avenir de l'hôpital public oblige nécessairement à se placer dans une perspective longue, afin de tenter de dégager les tendances lourdes qui vont façonner l'hôpital public de demain (I). L'examen attentif des réformes engagées dans le cadre du plan Hôpital 2007, visant notamment à rénover l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, doit nous permettre de mesurer la portée de ces réformes mais aussi leurs éventuelles limites : la thérapeutique appliquée aujourd'hui va t-elle soigner tous les maux dont souffre l'hôpital ? (II). La dernière partie ouvre de nouvelles pistes de réflexion sur l'évolution de l'hôpital public (III).

#### **I - LES TENDANCES LOURDES QUI CONDITIONNENT L'AVENIR DE L'HÔPITAL PUBLIC**

Dans un environnement de plus en plus complexe, six tendances lourdes se dégagent, qui vont peser sur l'hôpital public en ce début de XXI<sup>ème</sup> siècle : économie des moyens et transparence des coûts dans le cadre d'une politique de régulation des dépenses de santé, adaptation de l'offre de soins au vieillissement démographique, accélération du progrès médical, amélioration de la qualité des soins grâce à l'évaluation des traitements et des pratiques médicales, renforcement des droits des usagers et du pilotage régional.

##### **A - LA POLITIQUE DE REGULATION DES DEPENSES DE SANTE**

L'assurance maladie est confrontée à des difficultés profondes qui touchent tant à la performance qu'à la régulation du système de santé. Sur quarante ans, les dépenses de santé ont progressé à un rythme annuel moyen, supérieur de 2,5 points à la croissance du PIB, passant ainsi d'un niveau de 3,5 % du PIB en 1960 à 8,8 % en 2001<sup>193</sup>, avec un ralentissement du rythme d'augmentation durant les dernières années.

Même s'il convient de distinguer dépenses de santé et dépenses d'assurance maladie, la question se pose, de façon récurrente depuis 1970, de réguler les dépenses remboursées par l'assurance maladie.

#### **1. La faiblesse des marges de manœuvre budgétaires**

L'hôpital doit développer son activité dans un cadre économique de plus en plus contraint. Après la mise en place du budget global en 1983, la création de l'Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par

<sup>193</sup> « Quarante années de dépenses de santé, une rétroprojection des comptes de la santé de 1960 à 2001 », DREES, Etudes et résultats, n°243, juin 2003.



l'ordonnance du 24 avril 1996 a renforcé le caractère limitatif des ressources budgétaires allouées à l'hôpital. Conformément à celle-ci, la loi organique du 22 juillet 1996 a instauré le vote annuel, par le Parlement, de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), qui inclut la détermination de l'ONDAM et sa répartition, par le gouvernement, entre les grandes catégories de dépenses : hôpitaux, soins de ville, secteur médico-social et réseaux de soins. La LFSS pour 2005 a créé une enveloppe commune pour les établissements publics et les cliniques privées, dénommée Objectifs de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO). Le projet de loi organique relatif à la loi de financement de la sécurité sociale, en cours de discussion au Parlement, modifie les règles de détermination de l'ONDAM et renforce les pouvoirs du Parlement ainsi que son information. La portée du vote sur l'ONDAM est renforcée puisque la loi de financement de la sécurité sociale en fixera désormais les sous-objectifs, qui seront au minimum de cinq. Dans les annexes à la loi de financement, un cadrage de l'ONDAM pour les quatre années à venir sera également voté assorti d'une démarche « objectifs-résultats » au travers de programmes de qualité et d'efficience.

Pour les établissements de santé, l'ONDAM est ensuite réparti entre les régions. Une part de l'enveloppe régionale finance les projets contenus dans les contrats d'objectifs et de moyens (COM). Ces COM ne concernent en effet qu'une faible partie des budgets hospitaliers, le financement principal provenant de l'attribution d'une dotation globale<sup>194</sup> qui est modulée à la marge en fonction du résultat du PMSI. Pour les soins de ville, les caisses de Sécurité sociale négocient avec les professionnels de santé, dans le cadre d'annexes aux conventions, la répartition d'une enveloppe qui inclut aussi les honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les établissements de santé.

Depuis 1998, l'ONDAM a été systématiquement dépassé, même lorsqu'il a été fortement revalorisé comme en 2003, ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Evolution de l'ONDAM

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
ONDAM voté	+ 2,4%	+ 1,0%	+ 2,9%	+ 2,6%	+ 4,0%	+ 5,3%
exécution	+ 4,0%	+ 2,6%	+ 5,6%	+ 5,6%	+ 7,2%	+ 6,4%
écart	+ 1,6%	+ 1,6%	+ 2,7%	+ 3,0%	+ 3,2%	+ 1,1%

Source : Assemblée nationale et Sénat, PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale 2004)

Au sein de l'ONDAM, les dépenses hospitalières ont progressé de 3,7 % en 2000, de 4,8 % en 2001, de 5,6 % en 2002 et de 5,7 % en 2003.

<sup>194</sup> Versée mensuellement par les caisses d'assurance maladie.

A plusieurs reprises, la Cour des Comptes a dénoncé la perte de crédibilité de l'ONDAM : « *La sous-évaluation rémanente de l'objectif, son dépassement répété, la fragilisation de la plupart des modes de régulation risquent, s'ils se prolongeaient, de mettre en cause la notion même d'objectif* »<sup>195</sup>. Dans son rapport sur l'exécution de la LFSS 2003, elle souligne ainsi que « *le déficit actuel de l'assurance maladie ne résulte pas essentiellement du fléchissement des recettes (...), mais de l'accélération des dépenses, tenant à un ensemble de décisions publiques et aux dysfonctionnements plus profonds de la régulation (...); au-delà de mesures immédiates d'ajustement, des progrès dans la régulation, tant de court terme que de long terme, sont indispensables* ».

Certes, il est toujours possible de mettre en cause la légitimité des politiques de régulation des dépenses de santé au motif, notamment, que la consommation de soins est portée par le progrès technique et fait l'objet d'une demande croissante. Toutefois, il s'agit moins d'un problème de plafonnement des dépenses de santé que de la recherche de la meilleure efficacité face aux contraintes d'un financement public<sup>196</sup>.

D'autant que de nombreux facteurs continueront d'exercer une pression à la hausse sur les dépenses de santé, tels que le progrès médical<sup>197</sup>, la sécurité sanitaire et surtout le vieillissement démographique. Même si l'espérance de vie sans incapacité augmente, il existe néanmoins un lien étroit entre le vieillissement démographique et la progression des dépenses de santé<sup>198</sup>. Enfin, environ 70 % des dépenses de l'hôpital sont constituées par les rémunérations des personnels, qui font l'objet de revalorisations statutaires périodiques que l'hôpital a dû en partie autofinancer car « *les protocoles revalorisant les carrières des personnels médicaux et non médicaux, décidés souvent au coup par coup par la tutelle, n'ont pas toujours été compensés complètement par les dotations allouées par les agences régionales de l'hospitalisation* »<sup>199</sup>.

## 2. La recherche du meilleur rapport coût-efficacité

S'il peut sembler vain de vouloir plafonner les dépenses de santé, en revanche il apparaît de plus en plus indispensable de rechercher en permanence le meilleur rapport entre le coût et l'efficacité des soins et prestations de santé, sans réduire leur qualité ni accroître les inégalités. Les personnels hospitaliers devront donc de plus en plus accepter de modifier leurs pratiques, à la recherche des solutions les plus efficaces au moindre coût, dans le respect des principes éthiques d'égalité et d'accès aux soins pour tous.

<sup>195</sup>Rapport d'exécution de la LFSS 2001.

<sup>196</sup>Philippe ULMANN, *Est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé ?*, in *La régulation des dépenses de santé*, Revue d'économie financière, n°76, novembre 2004.

<sup>197</sup>Alain Coulomb ; *Médicalisation de l'ONDAM* ; Rapport du groupe de travail de la commission des comptes de la Sécurité sociale Mars 2003.

<sup>198</sup>Séminaire Claude Fourgeaud ; « vieillissement et dépenses de santé » ; Paris, 9 février 2005.

<sup>199</sup>Rapport d'information n° 714, *Mission d'information sur l'organisation de l'hôpital*, Mars 2003, p. 23.

### 2.1. Les gains possibles de « productivité »

Le débat lancé par la CNAMTS autour de son plan stratégique<sup>200</sup>, approuvé par son conseil d'administration le 30 mars 1999 et visant, tout en améliorant la qualité, à dégager 9,45 milliards d'euros d'économies, dont 4,88 milliards dans le secteur hospitalier, a eu le mérite de lever un tabou.

Au-delà de la polémique déclenchée par la publication de ces chiffres, force est de reconnaître aujourd'hui que l'hôpital public dispose de marges de manœuvre en termes de gains de productivité, autour de deux axes forts : l'optimisation de l'organisation d'une part et l'amélioration des pratiques médicales et soignantes d'autre part.

#### a) L'optimisation de l'organisation et de la gestion

A titre d'exemple, le fonctionnement des blocs opératoires des hôpitaux est rarement satisfaisant. Selon un rapport de 2003<sup>201</sup>, l'activité d'un bloc peut varier du simple au double, de 98632 KC/salle/an en secteur privé sous Objectif quantifié national (OQN) à 41249 KC/salle/an en hôpital général en moyenne. La sous-activité des blocs dans la plupart des hôpitaux publics est due à de nombreux facteurs : la « balkanisation » des services appliquée aux blocs et conduisant à la coexistence, surtout dans les grands établissements, de blocs nombreux mais occupés seulement environ un tiers du temps et aux mêmes plages horaires ; un manque de coordination des personnels. Cela conduit les auteurs du rapport précité à proposer la création de postes de coordinateur de blocs opératoires. Ces coordinateurs, qui auraient la liberté d'action et l'autorité sur tous les acteurs du bloc opératoire pourraient bénéficier d'un système d'intéressement pour mettre fin à un certain découragement qui touche les chirurgiens du secteur public.

La nécessité de développer les bonnes pratiques de façon efficiente est aussi soulignée par les premiers résultats de l'étude de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MeaH)<sup>202</sup> sur les achats des hôpitaux, qui met en évidence également des gisements d'économies. Créée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 et installée en mai 2003, la MeaH est chargée de construire et de diffuser des référentiels d'organisation hospitalière pour les services cliniques, médico-techniques, administratifs et logistiques. Elle fait partie des trois missions qui, voulues par le ministre de la Santé pour mettre en oeuvre le Plan Hôpital 2007, bénéficient au titre du décret et de l'arrêté du 24 avril 2003 d'une dotation de 13 millions d'euros. La MeaH est dotée d'un budget de fonctionnement de 500 000 euros et de 4,5 millions d'euros pour la

<sup>200</sup>Ce plan reprenait en partie l'analyse du professeur Claude Béraud, alors médecin-conseil national de la CNAMTS, qui en 1992 avait identifié et chiffré la part des soins inutiles, car inappropriés - le malade n'en avait pas besoin - ou redondants car déjà pratiqués, ou encore dangereux car non-conformes aux bonnes pratiques.

<sup>201</sup>Domergue J ; Guidicelli H ; op.cit.

<sup>202</sup>MeaH. Rapport d'étape « Les achats dans les hôpitaux et les cliniques », 15 octobre 2003.

réalisation d'audits. Au titre de 2003, il lui a été demandé de travailler sur six thèmes parmi lesquels figurent le temps d'attente aux urgences, l'organisation des services de radiothérapie, l'organisation des services d'imagerie, le temps de travail des médecins et l'organisation des services, les achats des hôpitaux et cliniques, et enfin la mise en oeuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux et cliniques.

De façon plus générale, il existe de nombreuses sources de non-qualité, listées dans le rapport de l'ANAES précédemment cité, telles les hospitalisations injustifiées (30 % des journées d'hospitalisation seraient non pertinentes) ou inadaptées (25 % des lits de réanimation seraient occupés sans justification médicale sérieuse), la survenue d'évènements indésirables (erreurs de prescription, de préparation ou d'administration médicamenteuse, accidents d'exposition au sang, infections nosocomiales...), dont la correction pourra à terme générer à la fois économies et meilleure qualité des soins.

b) L'amélioration des pratiques médicales et soignantes

Fort de son expérience issue de la première procédure d'accréditation, qui s'était d'abord intéressée aux structures, l'ANAES<sup>203</sup> propose depuis octobre 2004 une deuxième procédure d'accréditation complétant la première, aujourd'hui en cours d'expérimentation dans un échantillon d'établissements. Répondant à la demande conjointe des usagers et des pouvoirs publics, cette deuxième version de l'accréditation place la qualité des pratiques médicales au centre de sa démarche et vise à faire de la qualité un instrument essentiel de régulation du système de santé. Cette nouvelle procédure s'articule autour de trois grands axes stratégiques : l'appréciation du service médical rendu au patient ; le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management ; l'accent mis sur la gestion des risques.

Enfin, l'évolution du progrès médical vers le numérique, l'émission-réception de signaux à distance, la miniaturisation, l'automatisation de certains appareils notamment, favorisent des interventions plus légères et moins invasives, par exemple la radiologie interventionnelle ou encore la coelioscopie qui a fait diminuer de façon notable le nombre de laparotomies<sup>204</sup>. Cette évolution ne peut pas être sans conséquences sur l'organisation des structures hospitalières. Rappelons que l'enquête publiée par la CNAMTS en septembre 2003<sup>205</sup> sur la chirurgie ambulatoire a montré le retard important de la France dans ce domaine, alors que les séjours ambulatoires non seulement coûtent moins cher à l'assurance maladie que les séjours en hospitalisation complète, mais surtout ils permettent de répondre aux attentes des patients en

<sup>203</sup> Intégrée à la Haute Autorité de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2005.

<sup>204</sup> Laparotomie : acte chirurgical d'ouverture par incision large de la paroi abdominale, premier temps autrefois de nombreuses interventions, depuis les césariennes et les appendicectomies, jusqu'aux interventions complexes sur le foie, l'intestin, le pancréas, la vésicule biliaire.

<sup>205</sup> Citée par Cécile Courrèges, « Les difficultés de l'assurance maladie », *Regards sur l'actualité*, n°304, 2004.

matière de diversification des modes de prises en charge, de diminution de la durée de séjour hospitalier et, enfin, de qualité de l'attention portée au patient<sup>206</sup>.

### 2.2. *Vers une meilleure connaissance des coûts*

Accroître l'efficacité de l'hôpital public suppose au préalable une bonne connaissance des coûts hospitaliers. Or, la comptabilité de l'hôpital est souvent décrite comme une « boîte noire » selon l'expression employée par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Bertrand Fragonard, lors de son audition par la mission d'information de l'Assemblée sur la problématique de l'assurance maladie.

Le Haut Conseil avait déjà souligné, dans son rapport du 23 janvier 2004, la difficulté dans laquelle il se trouvait lui-même pour bien connaître et comprendre la manière dont les structures hospitalières utilisent les ressources qui leur sont allouées. Plus que les écarts de coûts révélés par le PMSI, au travers des points ISA (Indicateurs synthétiques d'activités) entre les établissements, y compris à l'intérieur des groupes d'établissements ayant les mêmes modes de tarification, c'est l'incapacité à expliquer ces disparités qui a appelé des commentaires sévères de la part du Haut Conseil dans son avis du 21 juillet 2004<sup>207</sup>. Cette carence peut être attribuée, pour une large part, aux insuffisances des outils de gestion de l'activité hospitalière. Seule une minorité d'hôpitaux disposent d'une comptabilité analytique d'exploitation, alors que l'obligation en a été inscrite, depuis quelques années, dans le Code de la santé publique.

Au-delà de la mise en place formelle de cette comptabilité, les établissements doivent effectivement l'utiliser. Car, le degré d'avancement dans la mise en œuvre de la comptabilité analytique et dans son utilisation est très variable selon les établissements, comme l'a bien montré le rapport de la MeaH<sup>208</sup>.

### 2.3. *Des coûts difficilement comparables entre les secteurs public et privé lucratif*

Cette relative opacité des coûts hospitaliers est particulièrement illustrée par les difficultés à comparer la formation des coûts entre secteur public et secteur privé lucratif. Les deux secteurs se distinguent par d'importants facteurs structurels qui peuvent expliquer en partie les écarts tarifaires constatés : sujétions de service public, spécialisation plus ou moins marquée des structures, statut et niveau de rémunération des agents, composition des équipes, modes de gestion notamment.

---

<sup>206</sup> Fondation de l'Avenir/Andem. Conférence de consensus sur la chirurgie sans hospitalisation. Juin 1994.

<sup>207</sup> Avis du 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers.

<sup>208</sup> *Mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux et cliniques*, rapport de synthèse de la MeaH, mars 2004.

Craignant que les travaux du Haut Conseil sur ce point laissent à penser que les hôpitaux publics coûtent beaucoup plus cher que les établissements privés pour des prestations équivalentes, la FHF<sup>209</sup> a apporté des éléments utiles à la compréhension des « surcoûts » supposés de l'hôpital public mis en lumière par le passage à la tarification à l'activité. Selon la FHF, quatre raisons, au moins, expliqueraient les limites de la comparaison :

- d'abord, l'hôpital exerce des missions spécifiques dont les coûts ne sont pas directement rattachables au séjour du patient. Le coût de certaines de ces missions d'intérêt général a été évalué de manière forfaitaire et incomplète. Il en va ainsi des SAMU, des centres de référence (grippe, maladies rares, etc.) ou de certaines missions transversales de santé publique (transplantations, pharmacovigilance, transfusion sanguine, médecine pénitentiaire, etc.) ;
- ensuite, les bases de comparaison ne sont pas toujours pertinentes, car les tarifs publics sont arrêtés « tout compris », alors que les tarifs du privé commercial ne comprennent ni les honoraires des médecins (et les éventuels dépassements), ni certains examens techniques (scanner, IRM...) ;
- de plus, la population des patients est différente à l'hôpital et en clinique privée à but lucratif. Les cas les plus lourds, les patients les plus âgés et les polyopathologies se retrouvent plus souvent à l'hôpital public, et la répartition par groupes homogènes de séjour (GHS), base méthodologique de la tarification à l'activité, peine parfois à retranscrire cette réalité. En outre, il est avéré que c'est vers les services d'urgence de l'hôpital que se tournent les populations les plus fragiles et les plus défavorisées ;
- enfin, les contraintes liées au mode de fonctionnement ne sont pas les mêmes dans les deux secteurs : l'hôpital public fait moins d'interventions programmées que le privé. Or, une activité non programmée a un coût plus élevé qu'une activité programmée, puisqu'elle impose le maintien de lits disponibles et d'équipes de permanence. L'hôpital public est très polyvalent, à la différence des cliniques qui, en se spécialisant, parviennent à produire des économies d'échelle.

La comparaison est plus aisée avec la plupart des établissements du secteur privé à but non lucratif dont le mode de financement est identique à celui du secteur hospitalier public. Parmi ces établissements non lucratifs figurent les établissements PSPH aux missions de service public analogues à celles de l'hôpital public et qui assurent à ce titre la couverture des besoins sur des territoires où il n'existe pas toujours de structure publique. Ainsi, si leurs modalités de gestion diffèrent en tant qu'institution de droit privé, leurs missions

---

<sup>209</sup> « *Les coûts de l'hôpital, le prix de l'excellence* » ; Etude de la FHF, 2004.

et modalités d'exercice et de financement sont en bien des points comparables. La situation financière de la plupart de ces établissements est préoccupante, ce qui s'explique notamment par la fin des aides à la réduction du temps de travail et par un différentiel dans les charges sociales de l'ordre de 7 % avec l'hôpital public pour des missions bien souvent similaires. Une dotation supplémentaire leur a été attribuée à ce titre en 2005.<sup>210</sup>

### 3. La poursuite de l'effort de restructuration hospitalière

#### 3.1. Les raisons de la restructuration

L'organisation de l'offre de soins n'apparaît pas optimale. D'une part, sa restructuration, initiée dans le début des années 90, reste inachevée et, d'autre part, la coupure de l'hôpital avec la médecine de ville est un constat toujours d'actualité. Or des restructurations paraissent toujours nécessaires pour assurer le meilleur emploi des fonds publics et garantir des soins de qualité aux patients. Selon le professeur Guy Vallencien, urologue à l'Institut mutualiste Montsouris, « *quand plus de mille hôpitaux<sup>211</sup> de toutes tailles et sans coordination assurent des urgences mettant en jeu chaque nuit au minimum dix personnes de garde par institution, alors que l'on recense globalement moins de quatre cents interventions chirurgicales urgentes par nuit en France, on mesure le gâchis en personnels qui pourraient être employés autrement avec une plus grande efficacité* »<sup>212</sup>. Outre l'aspect financier, cette situation pose aussi un problème de sécurité sanitaire. En deçà d'un certain nombre d'interventions annuelles, il est prouvé qu'un chirurgien perd ses capacités techniques et peut devenir moins performant, voire dangereux.

Ce constat implique une différenciation des hôpitaux et un partage des plateaux techniques. Le partage de plateaux techniques, d'équipements ou de lits, la mise en place de gardes communes, notamment en chirurgie et en obstétrique, s'imposeront pour garantir la permanence des soins. C'est par l'ouverture et la collaboration avec les établissements privés que l'hôpital public pourra jouer pleinement son rôle<sup>213</sup>. Il est parfois nécessaire que la coopération aille au-delà de l'engagement conventionnel entre établissements et puisse s'exercer au sein d'une nouvelle personne morale créée à cet effet. Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) a été précisément institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 pour être la personne morale spécialement adaptée à la coopération entre les établissements publics de santé et les établissements de santé privés.

---

<sup>210</sup> Etude DHOS-FEHAP ; 2004.

<sup>211</sup> Toutefois, la circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences mentionne l'existence de, seulement, 616 sites d'urgences autorisés.

<sup>212</sup> Pr Guy Vallencien, « L'hôpital public : brisons le grand tabou », *Le Monde*, 14 septembre 2002.

<sup>213</sup> « L'évolution du système hospitalier », Alain Bacquet, *Revue de la FHF*, n°3, 2000.

S'agissant de la chirurgie, le rapport annexé au projet LFSS pour 2005 et relatif aux restructurations hospitalières fait apparaître l'évolution suivante : « *Les besoins en installations de chirurgie, à l'exception de la région PACA, diminuent dans toutes les régions, avec une diminution particulièrement soutenue en Ile-de-France, Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes et Lorraine. Malgré cette tendance, le taux d'excédent qui était de 18 % en 1994 reste à 10 % en 2004.* »

Par ailleurs, au niveau régional, dans certaines zones du territoire, la répartition des CHU, qui semble plus obéir à des considérations politiques ou économiques qu'à des impératifs sanitaires, semble aussi à revoir. A ce sujet, le rapport établi conjointement par les membres de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche sur les CHU met d'ailleurs en évidence le fait que quatorze CHU ont une activité de recherche fondamentale « *parfois émergente, parfois inexistante* ».

### 3.2. L'état des lieux des restructurations

Un bilan<sup>214</sup> de la coopération interhospitalière a été présenté au Parlement lors du débat sur la loi de financement de la Sécurité sociale 2001. Pour les 26 régions, 369 opérations étaient en cours en 2000, dont 224 nouvelles (60 %) initiées depuis la fin de 1998, soit une augmentation de 9 % par rapport à 1998 où avaient été initiées 330 opérations. L'effort de recomposition concerne principalement des priorités de santé publique : psychiatrie, urgences, périnatalité, traitement du cancer, prise en charge des personnes âgées, maintien d'une offre de proximité dans des conditions de sécurité et de qualité améliorées.

Dans son rapport 2002, la Cour des Comptes dresse un bilan critique de la restructuration de l'offre de soins. D'une part, les données recueillies sont très hétérogènes et d'un intérêt limité, puisqu'il n'existait alors aucun bilan chiffré national des différentes opérations de recomposition hospitalière, ni de calendrier de mise en oeuvre des opérations, ni enfin d'état de leur avancement. Ainsi, six ans après l'obligation prévue par l'ordonnance de 1996, la constitution de communautés d'établissements est loin d'être achevée. « *Si l'évolution constatée en termes de résorption de l'excédent de lits autorisés de court séjour et de redéploiement de lits entre les activités de soins va dans le sens préconisé par la planification hospitalière, elle est à la fois insuffisante et entachée d'incertitude* »<sup>215</sup>. Ces retards récurrents de la restructuration hospitalière contribuent à expliquer les écarts importants de productivité entre des structures hospitalières comparables, écarts mis en évidence par le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI).

<sup>214</sup> DHOS, Atlas de la recomposition de l'offre de soins, 2001

<sup>215</sup> Rapport de la Cour des Comptes sur l'exécution de la LFSS pour 2001.



### 3.3. Des restructurations nécessaires mais plus transparentes

Dans leur ensemble, les Agences régionales de l'hospitalisation se sont mobilisées pour promouvoir la recomposition hospitalière, les textes ayant mis à leur disposition, à partir de 1996, de nombreux instruments. Mais l'impact macroéconomique et financier de ces opérations n'a donné lieu à aucune évaluation, malgré la mise en place, en 2003, d'un observatoire des recompositions hospitalières. Il n'est donc pas possible de discerner dans quelle mesure elles ont modifié l'offre de soins hospitaliers et/ou allégé la contrainte financière. De plus, les indicateurs de besoin sur lesquels auraient dû se baser ces opérations ne sont pas tous transparents, publics et validés.

Enfin, la question cruciale qui se pose aujourd'hui peut être formulée de la manière suivante : faut-il restructurer pour fermer des lits à tout prix, ou faut-il plutôt recomposer l'offre de soins en la reliant aux besoins de la population et en l'adaptant aux différentes structures déjà existantes, quel que soit leur statut, et en tenant compte de forte baisse de la démographie médicale ? C'est là tout l'enjeu des territoires de santé, en lien avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (SROS III) qui, selon l'ordonnance du 4 septembre 2003, se déclineront notamment autour de deux priorités : une meilleure évaluation des besoins de santé et une plus grande prise en compte de la dimension territoriale.

Pour autant, la politique de restructuration de l'offre hospitalière, telle qu'elle a été conduite au cours de la dernière décennie, a semblé manquer de lisibilité pour les usagers. La volonté plus ou moins explicite de regrouper les plateaux techniques et d'opposer trop systématiquement la sécurité et la proximité des soins, a favorisé les grosses structures hospitalières aux dépens des hôpitaux de proximité, quand bien même ces hôpitaux avaient une « bonne productivité » au regard des données fournies par le PMSI et que leur place dans l'organisation sanitaire répondait aux besoins de la population.

Le dilemme proximité-sécurité tend aujourd'hui à s'estomper. Ainsi, les SROS de 3<sup>ème</sup> génération auront notamment pour objectif « *d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité (médecine, permanence des soins, prise en charge des personnes âgées, soins de suite médicalisés ...), notamment dans le cadre des hôpitaux locaux et établissements de santé privés de proximité, et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques* »<sup>216</sup>.

---

<sup>216</sup> Circulaire n° 101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3<sup>ème</sup> génération.

Comme le souligne le rapport d'information de l'Assemblée nationale de mars 2003, « *chaque ARH s'est donnée en fait les objectifs et les méthodes qu'elle a pu ou cru pouvoir se donner. La politique d'ensemble n'a pas été perçue, parce qu'elle n'a pas été élaborée avec précision et transparence, ni dirigée par une administration centrale elle-même soumise à toutes les pressions et interventions que suscitent les actions au coup par coup, non programmées et non préparées* »<sup>217</sup>.

Les redéploiements hospitaliers (fermetures, regroupements, requalifications et transformations des structures), désormais conduits sous l'égide des ARH, se heurtent en pratique à une multitude d'obstacles et de rigidités. La multiplicité des causes, juridiques, économiques et de politique locale, empêche d'en fournir une explication unique. On peut toutefois noter que la recomposition des services au sein de la sphère publique suppose une articulation étroite entre les redéploiements de moyens (qui sont de la responsabilité de l'ARH) et la gestion des carrières médicales hospitalières ou des directeurs d'hôpitaux (qui relèvent de l'Etat au niveau central).

Par ailleurs, plusieurs logiques entrent en conflit, compte tenu de ce que peuvent représenter certains hôpitaux en termes d'emploi et d'activités locales. Pourtant, il s'agit là d'un enjeu qui dépasse de loin celui de la seule optimisation de l'emploi des fonds de l'assurance maladie<sup>218</sup>.

#### *3.4. Les relations entre les acteurs de ville, le secteur médical social et l'hôpital*

L'offre de soins souffre du maintien de cloisonnements importants, notamment en ce qui concerne les relations entre la médecine de ville et l'hôpital. Ce constat a été dressé à la fois par le HCAAM et la Mission d'information de l'Assemblée nationale, cette dernière parlant même de « *divorce entre la ville et l'hôpital* ». Cette césure gêne en particulier le développement des alternatives à l'hospitalisation, mais surtout l'approche globale et cohérente du malade.

Dans son parcours de soins, le malade est de plus en plus souvent pris en charge par plusieurs structures ou services de soins, en amont comme en aval de l'hôpital. Dans l'intérêt du malade, l'hôpital doit donc s'organiser, dans le cadre des réseaux de soins, avec ses partenaires naturels : la médecine de ville, le service de soins à domicile, les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'établissement de soins spécialisé, l'hospitalisation à domicile notamment.

---

<sup>217</sup> Rapport d'information n°714, *Mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, op. cit.

<sup>218</sup> « *Les restructurations hospitalières* », dossier, *Les cahiers hospitaliers*, avril 2004.

Une meilleure articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social est indispensable, d'autant que la coopération entre hôpitaux et établissements médico-sociaux reste encore peu développée en dépit des opportunités de rapprochement offertes par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il existe peu d'études<sup>219</sup> sur l'articulation entre ces différents acteurs, ni sur un possible transfert de compétences entre l'hôpital public, la médecine spécialiste libérale, le médecin généraliste, le pharmacien, les infirmières libérales les aides-soignantes et les auxiliaires de vie à domicile. Pourtant, notamment à travers le service des urgences, l'hôpital public effectue des actes qui pourraient être effectués à moindre coût par un médecin de ville. De même, un patient peut consulter un spécialiste lorsqu'il ne trouve pas de médecin généraliste disponible. Un médecin généraliste peut également effectuer des actes paramédicaux. Enfin, encore aujourd'hui, des infirmières effectuent des soins de *nursing* qui pourraient être pris en charge par des aides-soignantes. Tout se passe donc comme si une multitude de transferts trouvait leur aboutissement, ou leur origine, à l'hôpital public, générant au final des surcoûts qu'une meilleure répartition de la prise en charge réduirait aisément.

La mise en œuvre de véritables réseaux de soins ville-hôpital est aujourd'hui une nécessité. L'hôpital, en raison de son plateau technique d'une part, et de ses missions d'enseignement et de recherche d'autre part, doit être un élément central et moteur de cette évolution, en liaison avec les autres partenaires institutionnels. Mais ce mouvement ne sera possible que « *si les acteurs de santé investissent dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication en santé permettant de garantir la continuité des soins, mais aussi la sécurité du dossier médical du patient* »<sup>220</sup>.

La mise en place du Dossier médical personnel (DMP), dispositif essentiel de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, devrait présenter de nombreux avantages pour les acteurs de santé et devrait contribuer à réduire la coupure entre l'hôpital et la médecine de ville. Il permettra au médecin un meilleur suivi du patient grâce à une information en temps réel sur les examens passés par celui-ci, notamment à l'hôpital. Pour le patient, il devrait garantir la qualité et l'accès unifié à l'information médicale le concernant, trop souvent éparse. A cet égard, la mise en place du DMP s'inscrit dans le prolongement de la loi du 4 mars 2002, et notamment des articles L.1111-7 et L.1111-8 nouvellement introduits dans le Code de la santé publique, qui garantissent le libre accès du patient à son information médicale.

---

<sup>219</sup> Rapport de la Mission Berland ; 2002.

<sup>220</sup> Le projet de la FHF, *L'avenir de l'hospitalisation publique au service des français*, p.7, décembre 2001.

### 3.5. Le partage des données médicales

Avant la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 qui a institué notamment l'obligation du dossier médical personnalisé, la créativité et les capacités d'innovation d'équipes d'informatique médicale ou de recherche, voire d'associations de médecins, avaient déjà sensibilisé les institutions et les professions de santé à l'enjeu du partage des données médicales<sup>221</sup>. Quant à nos concitoyens, ils manifestent une forte appétence pour internet, particulièrement pour les sites d'informations médicales, bien que de qualité inégale. Progressivement, des dossiers médicaux partagés sur internet ont vu le jour dans certaines communautés professionnelles - sans accès du patient à son dossier à ce stade - grâce en partie au soutien législatif et financier accordé au développement des réseaux de santé depuis 2002. Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut citer quelques exemples, avec maîtrise d'ouvrage et partenariats très divers, à Lille, Rouen, Annecy, ainsi qu'en Mayenne, Ardèche, Aquitaine, Franche-Comté et Rhône-Alpes.

#### B - L'ALLONGEMENT DE LA DUREE DE VIE

En 2004, l'espérance de vie à la naissance dépasse pour la première fois 80 ans, hommes et femmes réunis (80,2). Elle atteint 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes en 2004 contre respectivement 75,9 et 82,9 en 2003.<sup>222</sup>

Chaque année, l'espérance de vie des Français augmente, et en même temps, l'âge d'entrée dans la dépendance s'élève. La moitié des personnes les plus dépendantes a plus de 85 ans. Autrement dit, nous vivons plus vieux et en meilleure santé. Pour autant, les progrès de la médecine amènent de plus en plus de personnes à vivre plus vieux avec des pathologies chroniques ou invalidantes, entraînant à terme une perte d'autonomie. Avec le grand âge et la survenue de multiples pathologies, conserver son indépendance et une vie sociale représente l'objectif principal du maintien de la qualité de vie.

Selon le Haut Comité de la santé publique, « *les effets du vieillissement sur le système de santé deviennent aussi importants que la prise en charge thérapeutique des malades. Ceci implique des approches nouvelles s'inscrivant dans un continuum et une globalité que ne permettent pas les modalités d'organisation actuelle du système de santé. L'importance des interventions à réaliser se traduit en termes d'assistance, d'accompagnement, de soutien* »<sup>223</sup>.

<sup>221</sup> Rapport et avis du Conseil économique et social « *Santé et nouvelles technologies d'information* » présenté par Mme Jeannette Gros, au nom de la section des affaires sociales, avril 2002.

<sup>222</sup> « *France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans* », Gilles Pison, Population et sociétés n° 410, mars 2005.

<sup>223</sup> *Contribution du HCSP à l'élaboration de la loi de programmation en santé publique*, décembre 2002.

L'accroissement du nombre de personnes âgées va se poursuivre et nécessite donc de renforcer dès à présent nos politiques de prévention et d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles.

### 1. Une évolution heureuse et inéluctable

La population française a connu dans la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle une augmentation inédite et spectaculaire de son espérance de vie. En vingt ans, l'espérance de vie à 60 ans s'est accrue de plus de trois ans. Cette augmentation de l'espérance de vie dans une société à fécondité basse<sup>224</sup> entraîne un vieillissement de la population. Comme les générations vieillissantes futures sont déjà nées, il est possible de prévoir, grâce aux tables de mortalité, les équilibres et les déséquilibres démographiques du XXI<sup>ème</sup> siècle. L'allongement de la durée de vie, en France, paraît donc inéluctable, suivant en cela l'évolution constatée dans les principaux pays européens. Lors de son discours d'inauguration du salon Géront'expo-Handicap'Expo, le 8 mars 2005, le ministre de la Santé a rappelé que le taux de fécondité en Europe est de 1,4, contre 2,1 aux États-Unis et en Inde.

Mais ce vieillissement démographique est plus marqué dans certaines régions françaises. Si l'on se réfère à la proportion de personnes de 75 ans et plus dans la population totale<sup>225</sup>, on constate que la région Midi-Pyrénées est en deuxième position parmi les régions les plus vieilles, derrière le Limousin. En ce qui concerne les départements, c'est le département de la Creuse qui apparaît comme le département le plus vieilli de France. Ce vieillissement touche en effet de manière privilégiée les zones rurales, avec un double processus : un vieillissement de déclin, lié au départ des plus jeunes (exode rural), et un vieillissement de regain, dû à l'arrivée de nouveaux retraités (migrations de retraités, surtout dans le Sud).

Sauf rupture imprévisible, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les 20 ans à venir. La France finit de traverser une période relativement favorable, liée à l'arrivée à la retraite des classes creuses nées avant et pendant la seconde guerre mondiale. Dès 2005, les premières générations du « baby boom » de l'après-guerre, donc nés à partir de 1945, arrivent à leur tour à l'âge de la retraite. À partir de 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter alors près de 10 % de la population et les personnes de 85 ans, un peu plus de 3 %.

---

<sup>224</sup> Même si la France, avec un taux de 1,9 %, a aujourd'hui le taux de fécondité le plus élevé des pays européens.

<sup>225</sup> Chiffres du recensement 1999.

En même temps que la population vieillit, se développent les pathologies liées à l'âge. C'est surtout à partir de 75 ans que les pathologies s'aggravent avec l'âge, une large part de personnes très âgées souffrant de polyopathologies. Il est d'ailleurs possible d'identifier une population de malades âgés à haut risque de décompensation ou d'évolution péjorative à l'occasion de l'apparition d'une nouvelle pathologie. Il s'agit de patient âgés dits « fragiles », selon les critères suivants : grand âge, pathologies invalidantes, malnutrition, polymédication, problèmes médico-sociaux et familiaux, incontinence.

La fréquence et l'intensité de l'invalidité augmentent avec l'âge et le nombre de maladies chroniques. Parmi celles rencontrées à tout âge, se trouvent les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires, le diabète, l'insuffisance rénale, pour lesquelles des programmes d'action spécifiques ont d'ores et déjà été définis. D'autres maladies ou facteurs de risque, tels que par exemple l'ostéoporose, les syndromes démentiels, les troubles de l'équilibre voient plus spécifiquement leur incidence augmenter avec l'âge, pouvant entraîner la personne vers une perte d'autonomie. Bien que l'on sache détecter précocement l'apparition de certains facteurs de risque et qu'il existe des stratégies validées de prise en charge, le nombre de personnes âgées bénéficiant de telles démarches demeurent extrêmement limité, compte tenu du retard pris en France en matière de prévention.

Les soins gériatriques peuvent être très divers, car ils diffèrent selon leurs objectifs : préventif, curatif, réhabilitation (rééducation et réadaptation fonctionnelle), accompagnement, soins de maladies chroniques, ou encore soins palliatifs. D'une façon générale, l'amélioration de la qualité de vie des malades âgés, rendue possible grâce à des soins appropriés, est l'objectif reconnu comme prioritaire par l'ensemble des gériatres.

L'impact économique du vieillissement démographique sur les dépenses de santé, notamment les dépenses hospitalières, doit s'apprécier au regard de deux phénomènes. D'abord, l'effet du vieillissement se mesure en observant la structure de la pyramide démographique à un moment donné. Ainsi, selon l'INSEE, le vieillissement devrait affecter massivement la population française d'ici à 2050. Son impact direct sur la dépense de soins, appelé effet d'âge, est théoriquement mesurable et devrait rester relativement réduit, de 0,5 point à 1 point de l'évolution annuelle des dépenses. Ensuite, cet effet d'âge se combine avec un effet de génération. Car les comportements de consommation médicale évoluent en fait d'une génération à l'autre, ce qui a un impact plus important sur les dépenses de santé. Une étude de la CNAMTS<sup>226</sup> sur la période 1992-2000 met en évidence les modifications profondes de comportement d'une génération à l'autre, entraînant une augmentation de la consommation médicale.

---

<sup>226</sup> Le vieillissement des français et leur consommation médicale : un enjeu majeur pour l'avenir du système de soins, note CNAMTS n°15, 2003.

## **2. Une nécessaire adaptation de l'offre de soins hospitaliers**

Compte tenu de l'importance des malades âgés dans la population hospitalisée, il est nécessaire d'adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées.

### *2.1. L'importance des malades âgés dans la population hospitalisée*

Près du tiers des séjours hospitaliers concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, avec une incidence très élevée au-delà de 80 ans. De surcroît, plus l'âge avance et plus les durées moyennes de séjour s'allongent. Dans le même temps, on constate une progression sensible du nombre de patients gériatriques. On entend par patient gériatrique, une personne âgée ou très âgée, fragile, à haut risque de dépendance physique, psychique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe. A l'occasion d'un séjour hospitalier, ces patients présentent des risques particuliers de décompensation risquant d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance difficilement réversible. Une prise en charge adaptée, une hospitalisation d'une durée la plus courte possible, un personnel formé peuvent limiter ces risques.

Actuellement, l'hôpital propose le plus souvent des hospitalisations classiques dans des services et avec des modes de prises en charge identiques pour tous. Si le grand âge ne saurait constituer en soi un critère d'exclusion pour une admission en service de spécialité, trop souvent les personnes âgées entrent dans ces services par défaut. En effet, le circuit d'admission en milieu hospitalier commence généralement pour cette population par le service des urgences qui, diagnostic fait, oriente davantage en fonction des lits disponibles que de l'évaluation des besoins du patient. De plus, en l'absence de services de court séjour gériatrique, les services d'accueil des urgences manquent bien souvent de solutions d'aval au sein de l'hôpital pour la prise en charge des patients âgés. Ainsi, d'après une rapide enquête effectuée par la DHOS auprès des ARH en 2002, seulement 50 établissements sièges de services d'accueil et d'urgences (SAU) étaient pourvus d'un service de court séjour gériatrique.

Les difficultés se posent également à la sortie de l'hospitalisation avec bien souvent des ruptures de prise en charge du fait principalement du manque de communication entre les équipes hospitalières et les autres professionnels. Les différentes réformes destinées aux personnes âgées, d'ores et déjà entreprises telles que l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), la mise en place des Centres locaux d'information et de coordination (CLIC), l'amélioration de la qualité des prestations offertes par les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les programmes successifs d'action pour les personnes souffrant de maladies d'Alzheimer confirment les liens étroits qui doivent être tissés entre le sanitaire et le social, le préventif et le curatif.

## 2.2. Adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles

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

Certes, l'exercice de la gériatrie a connu une profonde évolution au cours des dernières années. Historiquement, la gériatrie s'est d'abord développée dans les centres hospitaliers de moyen séjour et de long séjour (aujourd'hui appelés respectivement soins de suite et de réadaptation, et soins de longue durée), souvent éloignés des centres hospitaliers dotés de sites d'accueil et urgences. Ce système a beaucoup évolué avec l'apparition et le développement de services de gériatrie intégrés dans les centres hospitaliers dotés de SAU, comportant des lits de court séjour, des places d'hôpitaux de jour à visée diagnostique ou rééducative, des consultations hospitalières spécialisées en gériatrie, comme par exemple l'évaluation gériatrique et les consultations mémoire<sup>227</sup>.

Cependant, comme le soulignent de nombreux spécialistes, « *cette modernisation de l'organisation hospitalière de la gériatrie reste toutefois largement en deçà des besoins de la population. La crise sanitaire de l'été 2003 a cruellement mis en évidence l'insuffisance de structures de court séjour gériatrique et, lorsqu'elles existaient, de leur articulation avec les SAU* »<sup>228</sup>.

De même, le médecin généraliste a trop rarement la possibilité de pouvoir orienter son patient vers une structure d'évaluation multidisciplinaire gériatrique ou vers un service d'hospitalisation compétent en gériatrie en cas de décompensation aiguë. Inversement, il est trop peu souvent en lien avec les services hospitaliers pour programmer ou organiser les hospitalisations.

<sup>227</sup> Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

<sup>228</sup> Joël Belmin et François Piette, « *L'entrée de la gériatrie dans le paysage médical français* », *La Presse Médicale*, juin 2004



En conclusion, l'organisation hospitalière devra s'adapter à cette évolution démographique. Le nombre croissant de personnes âgées fragiles et leur spécificité vont entraîner des changements de comportement au sein des hôpitaux qui ne peuvent faire l'économie d'une réflexion en amont et en aval : en amont, pour réduire l'afflux de patients âgés aux urgences et, en aval, pour permettre la sortie vers des structures adaptées. L'hôpital doit pouvoir répondre aux multiples besoins concomitants de ces personnes, adapter son fonctionnement, développer de nouveaux modes de prise en charge et s'organiser pour favoriser le retour à domicile. Les engagements gouvernementaux en matière d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes tels qu'ils figurent dans le plan « vieillissement et solidarités » annoncé le 6 novembre 2003 vont dans ce sens.

De même, il convient de rappeler que la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées prévoyait qu'à partir de juillet 2004, la Caisse nationale de solidarité sur l'autonomie (CNSA) reprendrait les attributions du fonds de financement de l'APA<sup>229</sup>.

#### C - L'ACCELERATION DU PROGRES MEDICAL

Quelle sera la médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle ? S'il est bien difficile de répondre aujourd'hui à cette question<sup>230</sup>, il est certain que les progrès technologiques et scientifiques en cours vont modifier considérablement la prise en charge des patients et l'organisation de l'hôpital public.

##### **1. Les défis posés par le progrès médical**

L'accélération du progrès médical pose un triple défi à l'hôpital public.

Le premier défi, d'ordre technologique, découle des nombreuses applications de l'informatique dans le domaine médical<sup>231</sup>. Celle-ci facilite la circulation des informations et modifie les pratiques médicales. La télémédecine permet ainsi de réaliser des consultations à distance, dans des situations d'urgence par exemple, ce qui évite de transporter les patients et réduit des dépenses non justifiées. L'informatique ouvre aussi d'autres voies nouvelles comme celles des techniques assistées par ordinateur dans le domaine de la chirurgie. La chirurgie assistée par ordinateur, comme la coelio-chirurgie qui en est la première étape, se développe, posant ainsi des questions d'ordre organisationnel dans les années à venir.

<sup>229</sup> Avis et rapport du Conseil économique et social adopté le 25 février 2004, « *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap* », présenté par M. Maurice Bonnet, au nom de la section des affaires sociales.

<sup>230</sup> Bernard Glorion, *Quelle médecine au XXI<sup>ème</sup> siècle*, Editions Plon, 2000.

<sup>231</sup> *Rapport Santé 2010, santé, maladies et technologies*, groupe « prospective du système de santé », présidé par Raymond Soubie, Commissariat général du Plan, juin 1993.

Dans le domaine particulier des cancers, la chirurgie restera encore longtemps une arme essentielle du traitement. Mais une évaluation plus précise de ces pathologies par la biologie (programme « Carte d'identité génétique des tumeurs » mis en place par la Ligue contre le Cancer en 2002) et l'imagerie permettra d'adapter au mieux la nature du geste chirurgical. Dans le domaine de la chirurgie digestive, les thérapeutiques médicamenteuses sont appelées à concurrencer de façon efficace les grands motifs d'intervention chirurgicale tels la lithiase biliaire et ses complications, les ulcères gastroduodénaux et les cancers digestifs dans leur ensemble. Les progrès de la médecine augmentent parfois de façon considérable l'espérance de vie dans certaines pathologies. Ainsi, depuis vingt ans, l'espérance de vie des personnes atteintes de myopathie de Duchenne a augmenté de plus de dix ans, grâce à une prise en charge adaptée (trachéotomie, arthrothèse, gastrostomie, attelles, corsets...).

Le bouleversement des connaissances issues de la génétique depuis vingt ans n'a pas encore eu beaucoup de conséquences concrètes dans les soins curatifs. Sans verser dans un optimisme excessif, on se doit de constater que ces connaissances ont cependant déjà révolutionné les diagnostics cliniques et la nosologie médicale. Par exemple, les travaux de Christine Petit<sup>232</sup> ont démontré que plus de cinquante gènes étaient impliqués dans les surdités héréditaires de l'enfant, incitant les cliniciens à revoir les évolutions naturelles de chacun de ces sous-groupes de pathologies, et à adapter les prises en charge en conséquence. La surdité, déficit sensoriel le plus fréquent, touche plus d'un enfant sur 1000 à la naissance et un sur 500 avant l'âge adulte.

Sur le plan thérapeutique, la progression des connaissances des mécanismes physiopathologiques des maladies commence tout juste à se traduire par l'apparition de nouveaux médicaments issus des biotechnologies. Ainsi pour la maladie de Fabry, maladie rare qui touche une centaine de personnes en France, l'identification du gène responsable a permis de connaître l'enzyme défectueuse normalement produite par ce gène, et de construire un traitement enzymatique substitutif (TES)<sup>233</sup>, comme l'insuline pour les personnes diabétiques. Ce TES permet de maîtriser, voire de faire régresser, l'évolution de nombreuses complications de la maladie de Fabry (insuffisance rénale, crise cardiaque, AVC). Le traitement est certes onéreux (environ 200 000 € par patient et par an, soit pour la France un coût annuel d'environ 20 millions €), mais son coût doit être rapproché de celui de la prise en charge de ces patients avant traitement, et après la survenue des complications énoncées précédemment.

---

<sup>232</sup> Communiqué de presse, Institut Pasteur, « Vers un diagnostic moléculaire des surdités », 20 avril 1999.

<sup>233</sup> ESI Canada, bulletin *Nouvelles-éclair sur la santé*, volume 6, numéro 10, 21 juillet 2004

Les admissions en Affections de longue durée (ALD) ont augmenté de 46 % entre 1990 et 2002. Près de 6 millions de patients en bénéficient. Les dépenses liées aux ALD ont crû de 41 % entre 2000 et 2003. Ce domaine reste cependant mal connu, en raison de l'insuffisance des systèmes d'information, qui ne codent pas la pathologie, mais les lettres clés et le remboursement, protégeant ainsi le droit au secret médical des assurés sociaux, mais rendant difficile la connaissance du coût de chacune des 30 ALD répertoriées, ainsi que du nombre de patients en ALD. Enfin, les connaissances de l'origine ou des facteurs génétiques de pathologies aujourd'hui encore incurables n'ont pas encore trouvé de développements thérapeutiques autres qu'expérimentaux, même s'ils sont prometteurs, en thérapie génétique et en thérapie cellulaire. Or, il s'agit probablement là des prémices d'une nouvelle révolution médicale qui corrige la cause des maladies au lieu d'en pallier les effets. L'impact économique de cette révolution thérapeutique est potentiellement considérable, car elle ouvre la voie à une médecine définitivement curative, en éliminant les coûteux traitements qui s'inscrivent dans la durée.

Le second défi est d'ordre éthique. Force est de constater que les questions éthiques occupent une place grandissante dans notre société. Liées au développement de la biologie moléculaire et de la connaissance du génome humain, de nouvelles spécialités et techniques médicales apparaissent, comme le diagnostic anténatal et la médecine fœtale. Face aux possibilités nouvelles qu'offre la connaissance très précise de notre patrimoine génétique et des moyens de le modifier, il est nécessaire de fixer des cadres éthiques. Il en va également ainsi pour l'accompagnement des malades en fin de vie. La pratique des soins palliatifs et de l'accompagnement des personnes en fin de vie fait désormais partie des priorités affichées de santé publique.

Le troisième défi est d'ordre économique. Le progrès technique dans le secteur de la santé est porteur de fortes ambitions, mais aussi d'attentes contradictoires. Il offre l'espoir de réaliser dans le système de santé des gains de productivité très attendus, mais il est en même temps accusé de faire indûment croître les dépenses de santé.

Tous les spécialistes s'accordent à considérer que les besoins médicaux augmenteront et que le progrès médical restera une cause structurelle d'augmentation des dépenses de santé. Mais, il n'est pas non plus inutile de rappeler que le progrès médical peut aussi permettre un redéploiement de ressources budgétaires. Ainsi, un diagnostic plus précoce ou un traitement plus actif peuvent réduire les besoins. À titre d'exemple, pour certaines pathologies de l'appareil digestif, les traitements médicamenteux se substituent désormais à la chirurgie. Un redéploiement des ressources est donc possible, même s'il est évident que ce phénomène restera limité et ne pourra pas compenser l'augmentation des dépenses liées aux progrès de la médecine. Il est donc impératif que le coût du progrès médical soit mieux pris en compte dans le financement des établissements de santé.

Au niveau collectif, le coût des techniques nouvelles impliquera, en situation de contrainte budgétaire, des arbitrages et la définition de priorités de santé publique claires. De même, les bénéfices escomptés en termes d'années de vie gagnées, de qualité de vie, de réduction de la dépendance devront aussi être évalués pour chaque patient au regard des risques thérapeutiques que font courir l'utilisation de techniques nouvelles.

## **2. L'incidence du progrès médical sur l'organisation des soins**

De manière plus générale, l'accélération du progrès médical que connaît l'hôpital a des implications fortes aussi bien sur les rapports soignants-malades que sur les métiers de la santé ou l'organisation des services hospitaliers dans leur ensemble.

Conséquence du progrès médical et des mutations de notre société - l'attitude consumériste du patient n'ayant cessé de se développer -, le contentieux de la responsabilité juridique de l'hôpital a explosé ces dernières années, majorant ainsi le coût des polices d'assurance. A juste titre, les malades expriment aujourd'hui de nouvelles demandes et sont de plus en plus exigeants à l'égard de la médecine. La possibilité de contentieux modifie les rapports soignants-soignés et exerce une pression forte sur le praticien qui peut être tenté dans ces conditions de pratiquer une médecine « défensive » consistant, par exemple, à multiplier les examens rendus possibles grâce aux progrès des techniques médicales ou à refuser de pratiquer des interventions sophistiquées à risque.

Comme le souligne un rapport récent<sup>234</sup>, le progrès médical exige une grande réactivité et une adaptation continue des services de soins : *« Ces progrès modifient en permanence les relations au travail entre disciplines et demandent des changements d'organisation importants. Comment comparer la chirurgie digestive d'il y a 30 ans avec celle d'aujourd'hui en plein bouleversement, compte tenu du développement de l'endoscopie ? Quel point commun y a-t-il entre une opération de la cataracte il y a encore 10 ans et l'intervention en hôpital de jour aujourd'hui ? De même, les innovations thérapeutiques de médicaments bouleversent considérablement la prise en charge. Ce fut le cas avec la trithérapie et la chimiothérapie anti-cancéreuse, et bientôt peut-être pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Les services se spécialisent de plus en plus, avec des professionnels de plus en plus "pointus", et de moins en moins généralistes»*.

Le progrès des techniques médicales a aussi permis une réduction importante de la durée moyenne des séjours et le développement de nouvelles formes de prise en charge que sont les alternatives à l'hospitalisation complète, qu'il s'agisse de l'hospitalisation partielle, de la chirurgie ambulatoire ou de l'hospitalisation à domicile. Ces formules répondent à la demande des patients et

---

<sup>234</sup> Dominique Coudreau, rapport pour l'Institut Montaigne, *L'hôpital réinventé*, p. 10, janvier 2004.

sont sensiblement moins coûteuses. Or, leur développement à l'hôpital public n'a pas été à la hauteur des enjeux. Ce retard s'explique en partie par le mode de calcul du point ISA (indicateur synthétique d'activité) qui pénalise ces modes de prise en charge.

#### D - L'EXIGENCE CROISSANTE DE QUALITE ET DE SECURITE DES SOINS

Le contexte économique et financier, la recrudescence des infections nosocomiales, la pression des associations d'usagers, le développement des recommandations de bonnes pratiques et l'obligation de formation et d'évaluation des professionnels de santé font de la qualité des soins un enjeu majeur de l'organisation du système de soins.

##### **1. L'évolution de la procédure d'accréditation**

Dans son rapport de 2002, la Cour des Comptes a dressé un bilan mitigé de la démarche d'accréditation, soulignant sa lenteur et le caractère non médicalisé de la procédure. En effet, la première version de l'accréditation était initialement centrée sur la qualité de fonctionnement logistique de l'hôpital, à l'exclusion des pratiques cliniques, c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même.

Toutefois, l'ANAES a tenu compte, dans une large mesure, des remarques émises par la Cour et a étendu le champ de l'accréditation aux pratiques professionnelles. Une nouvelle version du manuel d'accréditation a été élaborée, qui traduit ces axes stratégiques en quatre chapitres :

- le premier concerne l'ensemble des politiques de l'établissement et, en particulier, les orientations stratégiques, la place du patient au cœur du dispositif, la politique de la qualité et de la gestion des risques. Il souligne l'importance d'une forte implication des responsables dans la démarche qualité de l'établissement ;
- le deuxième concerne les ressources transversales, supports fonctionnels de l'établissement. Cette approche de type systémique met l'accent sur la qualité et la gestion des risques liés aux soins ;
- les références applicables à la prise en charge globale du patient sont regroupées dans le troisième chapitre. Cinq domaines de prise en charge sont définis (soins de courte durée, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée et hospitalisation à domicile) avec, pour chaque type de prise en charge, une référence spécifique à l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- le quatrième chapitre, intitulé « Evaluations et dynamiques d'amélioration », permet à l'établissement de faire la synthèse des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité sur l'ensemble des secteurs d'activités décrits dans les trois premiers chapitres.

Ce manuel sera utilisé par les établissements qui entrent dans la deuxième procédure d'accréditation dès janvier 2005.

L'accréditation en France s'est développée sans lien formalisé avec la planification sanitaire et l'allocation des ressources, même si en pratique les ARH ne peuvent ignorer les résultats de l'accréditation qui leur sont transmis. Dans certains pays européens, l'accréditation est explicitement liée à l'obtention d'un contrat ou d'un financement de la tutelle. C'est le cas par exemple dans certaines régions espagnoles ou italiennes. Dans son rapport de 2002, la Cour des Comptes préconise de définir une articulation entre les procédures de planification et d'allocation des ressources et l'accréditation.

Au-delà, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a transféré les missions de l'ANAES à la Haute Autorité de Santé. C'est désormais celle-ci qui devra accompagner les évolutions nécessaires de la certification dans plusieurs directions. D'une part, la loi nouvelle fixe une obligation d'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP), applicable à l'ensemble des médecins donc aux praticiens exerçant en établissement de santé. Cette disposition nouvelle ne peut rester sans conséquences sur la démarche d'accréditation des établissements alors que les pratiques médicales sont intégrées dans la démarche d'accréditation depuis le 1<sup>er</sup> janvier. D'autre part, elle élargit le champ de l'accréditation, puisque celle-ci devrait s'ouvrir aux réseaux et aux centres de santé. L'extension de ce champ de l'évaluation, qui accompagne la création de la Haute Autorité de santé, doit également permettre une nouvelle approche de la diffusion et de la valorisation de la qualité au sein des établissements de santé en se fondant sur une démarche globale évaluée à partir de la mesure des résultats.

## **2. Les progrès de la sécurité sanitaire**

Le relèvement des exigences en matière de sécurité sanitaire constitue un progrès majeur. L'élaboration de normes sanitaires plus contraignantes s'est accompagnée d'un renforcement des contrôles par l'administration sanitaire.

### *2.1. L'élaboration de normes sanitaires*

Ainsi, depuis quinze ans, souvent sur la base des recommandations des sociétés savantes (c'est-à-dire des professionnels de santé concernés), des mesures législatives, mais principalement de nature réglementaire, ont fixé des normes sanitaires ambitieuses. Certaines reposent sur la notion de graduation dans la prise en charge des patients selon la taille de la structure, incitant ainsi les hôpitaux à se mettre en réseau. Il en va de même pour l'organisation des services d'urgence, en matière de sécurité anesthésique ou périnatale.

Sans prétendre à l'exhaustivité, la liste qui suit témoigne de l'accumulation des textes réglementaires ayant pour but de renforcer la sécurité sanitaire :

- sécurité anesthésique : décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le Code de la santé publique ;
- urgences : décrets n° 95-647 et n° 95-648 du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et aux conditions de fonctionnement, modifiés par les décrets n° 97-615 et 97-616 du 30 mai 1997 ;
- sécurité périnatale : décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du Code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale ;
- lutte contre les infections nosocomiales : décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le chapitre Ier du titre Ier du livre VII du Code de la santé publique ;
- stérilisation des dispositifs médicaux : décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux pharmacies à usage intérieur et modifiant le Code de la santé publique ;
- réanimation : décrets n° 2002-465 et n° 2002-466 du 5 avril 2002 relatifs aux établissements de santé pratiquant la réanimation et aux conditions techniques de fonctionnement.

Cependant, comme le soulignait le rapport de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, ces textes ne sont pas toujours appliqués dans de nombreux établissements. Les moyens budgétaires correspondants n'ayant pas été engagés à la hauteur du coût des remises aux normes, et les restructurations indispensables ayant pris du retard, ces normes ont parfois constitué un facteur de désorganisation pour l'hôpital et, surtout, un facteur d'insécurité juridique.

## *2.2. Un renforcement des contrôles*

L'organisation du contrôle de la sécurité sanitaire appliquée aux établissements de santé constituait une fonction régaliennne assurée par le ministre et les préfets jusqu'à ce que l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé la transfère dans une large mesure au directeur de l'ARH dont les compétences se sont trouvées sensiblement renforcées. Les inspections réalisées dans ce cadre permettent de contrôler le respect des textes législatifs ou réglementaires garantissant aussi bien la sécurité des patients que les bonnes pratiques professionnelles, la qualité des soins et le droit à l'information des patients.

En application de l'article L.6122-13 du Code de la santé publique, le directeur de l'ARH a le pouvoir de retirer ou de suspendre l'autorisation de fonctionner d'une installation ou d'une activité de soins. Ce pouvoir peut être mis en oeuvre à la demande du préfet.

Le premier alinéa du nouvel article L.4113-14 du Code de la santé publique, introduit par la loi du 4 mars 2002, confie au préfet le pouvoir de suspendre immédiatement l'activité d'un médecin, d'un chirurgien ou d'une sage-femme, et ce pour une durée maximale de cinq mois, lorsque sont réunies deux conditions : l'urgence et l'exposition des patients à un danger grave. Des dispositions identiques ont été adoptées pour les pharmaciens.

L'alinéa 5 de l'article L.4114-14 précise que « *Les pouvoirs définis au présent article sont exercés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation lorsque le danger grave auquel la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme expose ses patients a été constaté à l'occasion de l'exercice de ses fonctions dans un établissement de santé. Dans cette hypothèse, le directeur de l'ARH informe en outre immédiatement de sa décision le représentant de l'Etat dans le département.* ».

L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé a introduit une compétence concurrente du préfet et du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour ordonner des contrôles sur le fonctionnement des établissements de santé. La circulaire DHOS/G/2004/251 du 3 juin 2004 relative à l'exercice des pouvoirs de contrôle au sein des établissements de santé prévus aux articles L.6115-1, L.6116-1 et 2 du Code de la santé publique précise sa mise en application.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), en application des articles L.5312-1, L.5312-2, L.5312-3 du Code de la santé publique, peut suspendre et retirer des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme, mentionnés à l'article L.531-1-1 du même Code.

L'exercice des contrôles de sécurité sanitaire dans les établissements de santé fait appel à des compétences pluridisciplinaires : médecins inspecteurs de santé publique, pharmaciens inspecteurs de santé, ingénieurs du génie sanitaire, ingénieurs d'études sanitaires, inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, techniciens sanitaires.

#### E - L'AFFIRMATION DES DROITS ET DE LA PLACE DES USAGERS A L'HOPITAL

La première affirmation explicite des droits des malades a été exprimée par la loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, qui consacre un chapitre aux « droits du malade accueilli dans un établissement de santé ». La reconnaissance des droits de la personne dans ses relations avec le système de santé n'est pas pour autant absente de notre ordonnancement juridique, mais elle repose sur des textes épars et de valeur juridique diverse.



Avant 2002, le préambule de la Constitution qui affirme que « *la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé* » et le droit au respect de la dignité de la personne, consacré par le Conseil constitutionnel par sa décision du 27 juillet 1997, trouvaient, en effet, leur traduction dans des textes aussi différents que les lois dites bioéthiques du 29 juillet 1994, la loi du 27 juin 1990 relative aux personnes hospitalisées pour des troubles mentaux, celle du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs ou la loi du 29 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui constitue une avancée fondamentale en matière d'accès aux soins.

Au-delà de ces dispositions pour la plupart insérées dans le Code de la santé publique, la reconnaissance du droit des malades reposait sur des sources très diverses qui vont du code de déontologie médicale à la charte du patient hospitalisé de 1995<sup>235</sup>, aux codes professionnels ou encore aux règles dégagées par la jurisprudence. C'est d'ailleurs cette dernière qui, dans de nombreux cas, a permis de préciser les conditions d'exercice des droits, voire de faire avancer la prise de conscience en la matière.

Dans ce contexte, une réécriture cohérente des droits positifs reconnus à la personne malade et plus largement de ceux de l'utilisateur du service de santé s'imposait. C'est l'objet de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme les droits individuels des personnes malades, fait émerger leurs droits collectifs et renoue le droit à indemnisation des victimes d'accidents thérapeutiques.

### **1. Le renforcement des droits individuels**

Mieux reconnaître, conforter et préciser les droits des patients est une nécessité qui répond aux attentes légitimes des malades et pose les bases d'un nouvel équilibre entre les usagers et les professionnels. La personne malade devient ainsi, comme les professionnels et les établissements de santé, un acteur à part entière du système de santé<sup>236</sup>.

---

<sup>235</sup>Un décret du 14 janvier 1974 reconnaît les droits du malade hospitalisé. Mme Simone Veil, alors ministre de la Santé, a rappelé ces droits sous la forme de la « Charte du patient hospitalisé », diffusée par circulaire le 5 mai 1995.

<sup>236</sup>Jean-Marie Clément, *Les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier*, Editions Les Etudes Hospitalières, 2002.

### 1.1. Les droits de la personne malade

Après avoir solennellement affirmé la protection de la santé comme un droit fondamental, le chapitre I « droits de la personne » énumère les droits essentiels de la personne malade<sup>237</sup> qui sont :

- le droit à la dignité (art.L.1110-2). Dans ce cadre, aucune personne ne peut faire l'objet de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. Le respect de la vie privée et du secret des informations est réaffirmé ;
- le principe de non-discrimination dans la prévention et l'accès aux soins (art. L.1110-3) ;
- le droit au respect de la vie privée du malade, notion regroupant le respect de la confidentialité des informations le concernant ainsi que le secret professionnel (art. L.1110-4) ;
- le droit à la protection de la santé ;
- le droit à l'innovation médicale (art. L.1110-5) : le médecin se doit d'apporter des soins consciencieux et attentifs à la personne qu'il soigne. Il est reconnu au malade le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées ;
- le droit à la sécurité sanitaire ;
- le droit de soulager sa douleur ;
- le droit à une vie digne jusqu'à la mort ;
- le droit des enfants hospitalisés, en âge scolaire, à recevoir un enseignement adapté.

Enfin, la loi du 4 mars 2002 renouvelle les principes issus du Code civil et précisés par la jurisprudence des tribunaux administratifs et judiciaires concernant le droit des malades à l'information médicale, information sur l'acte et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles (art. L.1111-2) ainsi que sur les conditions tarifaires (art. L.1111-3) et l'obligation de consentement aux soins (art. L.1111-4).

Le nécessaire renforcement des droits du patient ne doit pas occulter le fait que la relation médecin-patient doit aussi reposer *in fine* sur une relation de confiance afin d'éviter une judiciarisation de celle-ci.

---

<sup>237</sup> « *Les droits de la personne malade* », rapport et avis présentés par M. Claude Evin, au nom de la section des affaires sociales, adopté le 12 juin 1996.

### 1.2. Le droit de savoir

Un des droits essentiels du malade est celui d'être informé sur ce qui le concerne au premier chef, c'est-à-dire sur son état de santé, sur les soins qui lui sont proposés et sur les risques qu'il encourt, y compris le droit de savoir ce qui s'est réellement passé en cas d'accident. Le non-respect de ce droit est sans doute celui qui est le plus mal vécu par les malades et par leurs proches, car il aboutit à les déposséder de ce qui les concerne au plus profond d'eux-mêmes.

Le médecin a le devoir d'informer le malade notamment parce qu'il a l'obligation de recueillir son consentement. Les principes en sont fixés par le code de déontologie : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.* »<sup>238</sup>. Au-delà de cette obligation faite au professionnel, l'information du malade est désormais reconnue comme un droit et l'accès direct aux dossiers médicaux organisé, que ces dossiers soient détenus dans des établissements de santé ou par des professionnels exerçant en ambulatoire.

Le respect de l'obligation du consentement du malade se pose de manière spécifique pour les malades atteints de troubles mentaux. La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation a considérablement amélioré la protection et la garantie des droits des malades mentaux. Cette loi a suivi les recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe du 22 février 1983. Elle a davantage pris en compte le droit des patients, en redéfinissant en particulier la procédure d'admission et prise en charge des malades mentaux hospitalisés sans leur consentement et en contrôlant plus strictement les établissements. Elle a renforcé les contrôles *a posteriori* des placements et affirmé clairement la séparation des pouvoirs et des compétences entre les autorités, ou entre les personnes qui décident d'un placement et celles qui le contrôlent<sup>239</sup>.

En pratique, ce sont les modalités d'exercice de ce droit d'accès qui posent le plus de difficultés aux patients, comme le montre le nombre de réclamations dont est saisie la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), d'autant que l'accès au dossier médical est un point essentiel pour recueillir les éléments de preuve nécessaires à la victime.

---

<sup>238</sup> Article 35 du Code de déontologie médicale (article R. 4127-35 du Code de la santé publique).

<sup>239</sup> Claude Evin, ; *Petit dictionnaire des droits des malades* ; Edition Seuil.

En parallèle du droit d'être informée, la personne malade a le droit à la confidentialité des informations qui concernent sa santé et au respect de sa vie privée. Le développement de l'informatisation des données médicales et de leur télétransmission ouvrent de nouvelles perspectives<sup>240</sup>.

Il faut souligner que l'utilisation des NTIC par les professions de santé n'est pas sans risque. La sécurité des fichiers de données nominatives constitués à cette occasion est perfectible. En mars 1999, la CNIL a édité un guide à l'attention des professions libérales de santé.

En pratique, le droit à l'information implique aussi une bonne écoute de la part des professionnels de santé.

### *1.3. Le respect du consentement*

Donner son accord préalable à des examens diagnostiques ou à la mise en place d'une thérapeutique est la prérogative essentielle d'une personne qui s'adresse à un médecin. C'est d'ailleurs sur la question du respect du consentement que la notion de droit du malade a été pour la première fois reconnue par le juge.

Intimement lié au droit à l'information, le consentement libre et éclairé est en effet largement conditionné par la qualité de l'information fournie par les professionnels de santé. Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique énonce que « *le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix* ». Consentir, c'est donner son accord et prendre ses responsabilités. Le premier alinéa de l'article L.1111-4 l'affirme clairement « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé* ». C'est donc au malade qu'il appartient de décider, sur propositions du médecin ou de tout autre professionnel de santé participant à l'acte de soins. Le 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.1111-4 précise également que « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

En cas d'urgence vitale ou fonctionnelle, le consentement peut être présumé et doit être confirmé dès que possible. Il en est de même pour le traitement d'urgence des malades ou blessés juridiquement incapables.

## **2. L'émergence des droits collectifs**

L'intervention des usagers dans le fonctionnement des services publics de santé est relativement récente<sup>241</sup>. Dans le domaine hospitalier, il a fallu attendre la loi du 31 juillet 1991 pour que le législateur accepte que des représentants des

<sup>240</sup> « *Santé et nouvelles technologies de l'information* », avis et rapport présenté par Mme Jeannette Gros, au nom de la section des affaires sociales, avril 2002.

<sup>241</sup> « *Le droit des malades et la loi du 4 mars 2002* », M. Jean-Marie Clément, *Regards sur l'actualité*, n°285, 2002.

familles des malades hospitalisés en long séjour puissent siéger aux conseils d'administration des établissements publics de santé, mais seulement à titre consultatif. Ce n'est qu'avec l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996 qu'apparaissent pour la première fois deux représentants des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé. L'ordonnance de 1996 accorde aux usagers la constitution d'une commission dite de « conciliation » qui, dans chaque établissement de santé, doit orienter les malades ou leur famille afin qu'ils bénéficient de leurs droits.

Déjà, la loi médico-sociale du 30 juin 1975, modifiée par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, avait introduit les usagers et leurs représentants dans les différentes instances des institutions sociales et médico-sociales.

Avec la loi du 4 mars 2002, il appartient aux usagers de contribuer, avec les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie, à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Selon les dispositions de l'article L.114-1 précisé par le décret n° 2005-300 du 31 mars 2005, seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instance hospitalières ou de santé publique.

L'intervention des usagers est donc prévue à tous les niveaux des institutions sanitaires, avec la reconnaissance officielle des associations les représentant. Au niveau de chaque établissement, les associations d'usagers désignent leurs représentants dans les conseils d'administration et dans les nouvelles commissions dites « des relations avec les usagers » se substituant aux commissions de conciliation créées en 1996, dont le fonctionnement n'a pas été très probant. Des représentants des usagers sont également présents dans les organes dirigeants des nouveaux réseaux de santé.

Au niveau régional, la loi du 4 mars 2002 avait créé un Conseil régional de santé (CRS) où les représentants des usagers font leur apparition par l'intermédiaire d'associations idoines dûment agréées<sup>242</sup>. Toutefois, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a supprimé le CRS et créé, dans chaque région, une conférence régionale de santé qui a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique.

Pour participer à l'indemnisation des accidents médicaux, la loi du 4 mars 2002 a également créé au plan régional une commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI), chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux risques médicaux. Des représentants des usagers y siègent.

---

<sup>242</sup> Décret n° 2005-300 du 31/3/2005, publié le 01/04/2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

Au niveau national, la participation des usagers est aussi prévue tant pour définir la politique de santé publique dans les instances de la Conférence nationale de santé, du Haut Conseil de Santé Publique et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), que pour indemniser les victimes des accidents médicaux avec la création par la loi du 4 mars 2002 de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) où des représentant des usagers siègent dans le conseil d'administration.

Une enquête de l'Union nationale des associations familiales (UNAF)<sup>243</sup> auprès des personnes qui siègent au conseil d'administration d'établissements publics de santé, publiée en octobre 2002, montre que 85% des personnes interrogées ont le sentiment que leur avis est véritablement pris en compte dans les débats, et 77,9% d'entre elles estiment que leur présence est utile. Seul point véritablement négatif de l'enquête, un tiers des personnes interrogées disent ne pas avoir accès aux lettres de plainte.

### **3. Le droit à l'indemnisation**

La question du droit des malades, qu'il s'agisse de ses droits fondamentaux en tant que citoyen ou des droits que lui confère sa qualité d'utilisateur du système de santé, ne se limite pas aux conditions du dialogue avec les professionnels de santé et de la prise en charge par les établissements, elle implique aussi d'assurer la réparation de l'éventuel accident médical.

Il arrive que, lors d'une intervention ou d'un traitement, la situation du patient s'aggrave pour des raisons qui ne semblent pas liées à l'évolution normale de la maladie. Hormis les cas de faute médicale, l'accident médical résultant d'un risque thérapeutique est souvent le revers d'une médecine toujours plus technique. Il est devenu de plus en plus insupportable pour la société qu'une personne qui s'est adressée au système de soins pour y trouver guérison puisse ressortir avec une infirmité, voire en mourir, pour des raisons étrangères à l'évolution normale de la maladie.

S'agissant de la réparation des conséquences des risques sanitaires, la loi du 4 mars 2002 s'organise autour de quelques idées-forces : affirmer et mettre en oeuvre la responsabilité des professionnels de santé et des établissements de santé en cas de faute, mettre en oeuvre la solidarité nationale dans le cas de l'aléa thérapeutique, simplifier pour les victimes le recours aux procédures et leur permettre de bénéficier d'une indemnisation rapide.

Ainsi, elle pose clairement le principe selon lequel les professionnels et les établissements de santé ne sont responsables des conséquences dommageables des actes de prévention, de diagnostic et de soins qu'en cas de faute.

---

<sup>243</sup> « Enquête sur la représentation des usagers dans les établissements publics de santé 2002 » - Bloc-Notes Santé n°54, UNAF, octobre 2002.

*A contrario*, la loi nouvelle a créé un droit à indemnisation des accidents médicaux graves sans faute, c'est-à-dire des dommages qui ne sont pas dus à une faute (ou à un défaut dans l'organisation du service, ou à l'utilisation d'un produit de santé défectueux) et qui ne sont pas non plus un simple développement de la maladie antérieure du patient, mais qui sont causés directement par les soins et ont un caractère anormal eu égard à l'état antérieur de la personne ou à l'évolution prévisible de cet état. Un nouvel équilibre, plus favorable aux patients, a été trouvé entre la responsabilité pour faute à la charge des acteurs de santé et leurs assureurs, et la responsabilité sans faute, liée à l'aléa thérapeutique, mise à la charge de la solidarité nationale.

Afin de ne pas retomber dans les errements de procédures qui n'en finissent plus, le législateur a permis un accès facile et égalitaire de toutes les victimes d'accidents médicaux à l'indemnisation par le biais d'une Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI), qui se charge désormais d'instruire les demandes en finançant le cas échéant les expertises dont le coût était auparavant un obstacle à toute action contentieuse. L'ensemble de ces missions est coordonné et financé par un Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

La loi du 4 mars 2002 a eu le mérite de simplifier la saisine de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, d'exonérer les victimes de la rémunération des experts et de soumettre à des délais relativement brefs l'offre et le versement de l'indemnité. Cette loi est aussi le signe d'une évolution de la société, « *qui a commencé au tournant des années 1970 et entend contester les formes autoritaires des pouvoirs pour privilégier des modes de relations et d'organisations beaucoup plus participatives qui tiennent compte, dans toute la mesure du possible, du point de vue des intéressés* »<sup>244</sup>.

Le renforcement des droits des usagers ne doit pas être perçu comme une contrainte supplémentaire pour les établissements de santé, mais plutôt comme une opportunité pour mieux évaluer les pratiques professionnelles, tant au niveau individuel qu'organisationnel.

#### F - UNE REGIONALISATION ET UNE DEMOCRATISATION ACCRUES DES POLITIQUES SANITAIRES

La régionalisation des politiques de la santé est une évolution aujourd'hui bien amorcée. Elle est de nature à favoriser la démocratie sanitaire en rapprochant le citoyen du niveau de décision<sup>245</sup>.

<sup>244</sup> Pr Dominique Thouvenin, « *Pourquoi une loi relative aux droits des malades a-t-elle paru nécessaire ?* », *Revue de la FHF*, n°487, 2002.

<sup>245</sup> « *Aménagement du territoire et établissements de santé* », rapport et avis présentés par M. Michel Picard, 2004.

### **1. Un processus déjà engagé depuis quelques années qui repose principalement sur la déconcentration**

La voie suivie jusqu'à aujourd'hui pour la régionalisation de la santé a été celle d'une déconcentration des compétences de l'État, dont l'objectif principal a été la rationalisation des dépenses de santé. Depuis la fin des années soixante-dix, la plupart des avancées législatives ont pour pivot la circonscription régionale<sup>246</sup>.

Le processus de régionalisation a débuté en 1977 avec la création des DRASS, échelon déconcentré du ministère. Mais la logique régionale commence à prendre une place significative dans le paysage sanitaire français seulement avec la loi hospitalière du 31 juillet 1991, qui renouvelle les procédures de planification hospitalière, la création des SROS et l'instauration des comités régionaux d'organisation sanitaire. Ainsi est exprimée et concrétisée la volonté de faire de la région le cadre territorial de l'organisation de la santé.

Les développements du début des années quatre-vingt-dix sont significatifs d'une recherche de cohérence et de meilleure articulation des acteurs, afin de remédier aux dysfonctionnements liés à l'éclatement des responsabilités : clarification des compétences entre les DRASS et les DDASS, mise en place de systèmes informels de partenariats entre les DRASS et les Caisses régionales d'assurance maladie. Face à une administration régionale qui se renforce, le paysage s'enrichit alors de nouveaux acteurs amenés à jouer un rôle sur la scène régionale. D'une part, les Unions régionales de médecins libéraux (URML) ont été créées par la loi du 4 janvier 1993 et installées l'année suivante. Elles sont investies de missions d'analyse et d'étude du fonctionnement du système de santé, d'évaluation des besoins, de formation et d'information des médecins et des usagers. D'autre part, les conférences régionales de santé sont mises en place à titre expérimental en 1995.

Comme le remarque Dominique Polton<sup>247</sup>, économiste, directeur de l'IRDES (ex-CREDES), les ordonnances de 1996 font franchir au processus de régionalisation de la gestion du système de soins une étape très significative par la création des ARH, des URCAM et l'officialisation des conférences régionales de santé. Le mouvement vers les régions est ainsi amplifié. La gestion du dispositif de régulation repose dorénavant sur les ARH, en mesure de manier efficacement les outils de pilotage créés ou renforcés par l'ordonnance du 24 avril 1996.

La planification hospitalière est désormais confiée à l'ARH et non plus aux préfets de région. L'idée qui sous-tend ce mouvement est qu'en donnant davantage de responsabilités aux acteurs régionaux, la capacité d'innovation,

---

<sup>246</sup> Didier Tabuteau, « *La régionalisation du système de santé en question* », Droit social, juillet-août 2002.

<sup>247</sup> Dominique Polton, *Quelle régionalisation du système de santé ?*, Les Cahiers hospitaliers, juillet-août 2003, n° 192.



l'expérimentation ainsi que l'émergence de nouvelles formes d'organisation s'en trouveront stimulées. L'approche régionale apparaît comme la bonne échelle de maîtrise des risques et de contrôle des dépenses. Mais surtout, les régions semblent mieux placées que le niveau central pour adapter des solutions aux contextes locaux et traiter la dimension territoriale des politiques de santé publique<sup>248</sup>.

## **2. La recherche d'une plus grande démocratisation des politiques de santé**

La démocratie sanitaire désigne la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé. Il s'agit de décliner, à côté d'une démocratie représentative parfaitement établie, une démocratie participative qui rende les usagers et les organisations dont ils se dotent à même de débattre et de décider avec d'autres des orientations à prendre en matière de santé publique. L'organisation du débat doit se faire au niveau où le citoyen s'approprie le mieux les enjeux de santé et d'environnement, à savoir au niveau local.

À la fin des années 90, les Etats généraux de la santé ont permis d'associer les citoyens aux débats sur l'orientation des politiques de santé.

La revendication d'une démocratie sanitaire répond au sentiment qu'ont les usagers de subir passivement le fonctionnement et les dysfonctionnements du système de santé. En effet, les crises sanitaires que la France connaît depuis les années 1990 ont marqué la naissance et le développement de la démocratie sanitaire. Inscrite au titre II de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la démocratie sanitaire se traduit par la volonté :

- de reconnaître et de préciser les droits des personnes malades et de toute personne dans ses relations avec le système de santé ;
- de rééquilibrer les relations entre le professionnel de santé et le malade en faisant de ce dernier un véritable acteur de sa santé ;
- de mettre en place les bases de l'expression et de la participation des usagers au système de santé ;
- de clarifier les responsabilités des professionnels et des institutions sanitaires ;

---

<sup>248</sup> Voir rapport annuel 2002 de l'IGAS, *Politiques sociales de l'Etat et territoires*, 2<sup>ème</sup> partie, chap.3, « Régionalisation et progrès de la démarche de santé publique ».

- de renforcer la démocratie sanitaire en redéfinissant les conditions d'élaboration et de concertation des politiques de santé tant au niveau national que régional ; avec un débat annuel spécifique sur les perspectives du gouvernement en matière de politique de santé et la création des conseils régionaux de santé, remplacés par les conférences régionales de santé.

Les ordonnances de 1996 avaient déjà institutionnalisé les conférences de santé, nationale et régionales (art. L.1411-1 et L.1411-3) en les dotant d'un statut juridique renforcé. Les conférences régionales de santé sont investies de quatre fonctions essentielles dans l'élaboration de la politique régionale de santé :

- une fonction de diagnostic à l'échelle de la population de la région, les conduisant à l'analyse de l'évolution des besoins de santé ;
- une fonction d'alerte leur permettant d'établir les priorités de la politique de santé publique ;
- une fonction de proposition ;
- et une fonction d'évaluation.

Les conférences régionales de santé ont été conçues comme un lieu de réflexion, d'analyse et de dialogue afin de concevoir une idée commune des besoins de santé de la population de la région et des réponses à apporter.

La prise en compte des priorités de santé définies dans le cadre des conférences régionales et des propositions formulées a été juridiquement prévue par diverses dispositions. Le Code de la santé publique et la circulaire du 20 novembre 1997 établissent un lien entre les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé, ces derniers devenant alors une traduction concrète et structurée de la mise en œuvre des priorités définies par la conférence régionale. Le rapport des conférences régionales de santé est par ailleurs transmis à un certain nombre d'institutions, dont l'ARH et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). De plus, lorsque les ARH concluent avec les établissements de santé des contrats d'objectifs et de moyens, l'élaboration de ces derniers doit tenir compte des orientations adoptées par la conférence régionale de santé.

La loi du 4 mars 2002 cherche à répondre aux attentes des malades et de la population en s'efforçant de définir, en termes de responsabilité, les conditions d'un équilibre entre les usagers, les professionnels, les institutions sanitaires et l'Etat. Il s'agit dès lors de développer une démocratie sanitaire impliquant les collectivités territoriales.

La création, par l'article 35 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, du conseil régional de santé destiné à se substituer à la conférence régionale de santé était venue

conforter la participation des collectivités territoriales<sup>249</sup>. Etaient ainsi regroupées en un seul conseil régional de santé des instances consultatives rattachées soit aux préfets, soit aux ARH chargées d'établir les priorités régionales de santé publique, de se prononcer sur les projets d'organisation et de planification des soins ainsi que sur les programmes régionaux de santé et d'accès à la prévention et aux soins des personnes en état de précarité. Toutefois, en vertu de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique le Conseil régional de santé a été remplacé, dans chaque région, par une Conférence régionale de santé qui a pour mission de contribuer à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique.

Quant à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, elle institue des groupements régionaux de santé publique, sous la forme de groupements d'intérêt public associant l'Etat et ses établissements publics (INPES, INVS...), les agences régionales de l'hospitalisation, les organismes d'assurance maladie et, sous réserve de leur accord, les collectivités territoriales et leurs groupements.

Enfin, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confie de nouvelles compétences aux collectivités territoriales, à titre définitif ou expérimental. Ainsi, la loi prévoit désormais la participation, avec voix consultative, des représentants des régions au sein des commissions exécutives des ARH, afin de favoriser l'implication de ces collectivités. Elle autorise des expérimentations sur le fondement de l'article 37-1 de la loi constitutionnelle du 28 mars 2003. Les régions pourront ainsi participer au financement des équipements sanitaires et, dans ce cas, siéger avec voix délibérative - et non plus seulement consultative - au sein des commissions exécutives des agences régionales de l'hospitalisation.

### **3. Vers la création d'agences régionales de santé ?**

Les lacunes, les insuffisances et les ambiguïtés du système existant ont contribué à raviver le débat sur la nécessité et le contenu d'une nouvelle réforme, qui irait au-delà de la simple déconcentration représentée par les ARH, afin de permettre une véritable régionalisation du système de santé<sup>250</sup>.

Dès 1993, un groupe de travail réuni dans le cadre du Commissariat général du Plan<sup>251</sup> envisageait, de manière novatrice à l'époque, un scénario de

<sup>249</sup> Les CRS, en formation plénière, comprennent des représentants des collectivités territoriales, du conseil économique et social régional, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires sociaux, des usagers ainsi que des personnalités qualifiées et des représentants du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale.

<sup>250</sup> Christophe Pascal et David Piovesan, « *Quelle régionalisation pour le système de santé ?* », Regards sur l'actualité n°288, février 2003.

<sup>251</sup> Rapport santé 2010 ; voir aussi le Livre blanc sur le système de santé et l'assurance maladie, Commissariat général du Plan 1994.

régionalisation faisant intervenir une « *agence régionale de santé* », inspirée du modèle québécois des régies régionales.

Au niveau régional, les compétences demeurent éclatées entre les ARH en charge de la politique hospitalière, les DRASS et les futurs groupements de santé publique en charge des programmes de santé publique et les différents organismes de sécurité sociale. La sécurité sociale est elle-même éclatée au plan local entre les URCAM, les CPAM. Dans ce contexte institutionnel particulièrement complexe, de nombreux rapports<sup>252</sup> ont plaidé pour une simplification de l'organisation territoriale de l'Administration sanitaire et de la sécurité sociale, préconisant notamment la création d'agences régionales de santé (ARS). Celles-ci auraient vocation à regrouper au plan régional les compétences des actuelles ARH et celles de l'assurance maladie, participant ainsi au décloisonnement de notre système de santé.

A cet égard, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie comporte deux dispositions novatrices qui visent à moderniser la gouvernance régionale. D'une part, l'article 67 crée une mission régionale de santé, mission constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie. En associant les régimes de l'assurance maladie et l'Etat, cette structure permettra de renforcer la coordination des soins et de promouvoir la coopération entre les établissements et les professionnels libéraux. D'autre part, l'article 68 de cette même loi prévoit la possibilité pour les régions volontaires de mener, pendant une durée de quatre ans, une expérimentation créant une agence régionale de santé. Celle-ci serait constituée par le regroupement des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Dans cet esprit, le 17 février 2005, vingt-six directeurs des Missions régionales de santé (MRS) ont été nommés. Constituées entre les ARH et les URCAM, les MRS sont chargées d'exercer les compétences conjointes à chacune. Elles ont ainsi à charge :

- d'établir des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins ;
- de déterminer les orientations concernant la répartition des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, en particulier dans les zones rurales ou urbaines difficiles, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire SROS ;
- d'assurer la conduite et le suivi des actions destinées à améliorer la coordination des acteurs du système de soins et de bâtir un programme annuel de gestion du risque, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

Les MRS seront dirigées alternativement, par périodes d'un an commençant le 1er janvier, par le directeur de l'ARH et le directeur de

---

<sup>252</sup> Rapport Prével, 2002.

l'URCAM. A cet effet, treize directeurs d'ARH et treize directeurs d'URCAM ont été nommés. La création des MRS ne dessaisit aucunement, pour l'instant, les ARH et les URCAM de leurs compétences respectives mais permet la mise en place d'un exécutif commun pour la mise en œuvre des orientations adoptées d'une part par le conseil de l'URCAM et d'autre part par la commission exécutive de l'ARH sur des sujets conjoints à ces deux organismes.

La loi du 13 août 2004 a prévu d'expérimenter des ARS à partir des enseignements qui pourront être tirés du fonctionnement des MRS. Elle prévoit néanmoins que ces agences expérimentales seront chargées des compétences dévolues à l'ARH et à l'URCAM et renvoie à un décret les conditions d'organisation de ces expérimentations.

De façon à surmonter les cloisonnements actuels, une des pistes évoquées consisterait à investir les ARS d'un champ de compétences beaucoup plus large que les actuelles ARH, qu'elles sont appelées à remplacer. Elles superviseraient non seulement la gestion du système hospitalier public et privé, mais aussi la médecine ambulatoire et le secteur de la prévention, y compris dans le domaine scolaire. L'ARS aurait également la responsabilité des réseaux de soins, qui sont aujourd'hui en dehors du champ de compétences des ARH. Ces nouvelles agences bénéficieraient d'une compétence générale d'allocation des moyens, dans le cadre d'un objectif régional de dépenses d'assurance maladie (ORDAM), décliné à partir de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) sur la base de critères définis (mortalité, morbidité).

Un ORDAM implique deux conditions. Premièrement, pour être efficace, la déclinaison de l'ONDAM au niveau régional suppose que celui-ci soit contraignant. Jusqu'ici, l'ONDAM a toujours été dépassé, sauf en 1997, ce qui lui ôte une véritable signification. Deuxièmement, il n'existe pas, à l'heure actuelle, de comptes régionaux de l'assurance maladie. Cette lacune serait à combler. La Commission des Comptes de la Sécurité Sociale n'appréhende que les comptes nationaux.

Au plan institutionnel, une régionalisation accrue ne manquera pas de poser la question du contrôle démocratique des ARS. Contrairement à l'ARH, qui est une administration déconcentrée dont la commission exécutive est souvent décriée comme un organe technocratique placé sous la responsabilité d'un préfet sanitaire, l'ARS devrait bénéficier d'une plus grande légitimité démocratique, ce qui impliquerait un rapprochement avec les collectivités territoriales, et surtout une réaffirmation de la place des partenaires et acteurs sociaux dans la gestion de l'assurance maladie et de la prise en charge des soins. Compte tenu de l'importance croissante des questions de santé au niveau régional, il n'est pas exclu que, à terme, le directeur de l'ARS rende des comptes devant le conseil régional. Séduisante dans l'énoncé, cette perspective de décentralisation accrue du système de santé soulève de multiples obstacles et difficultés qui la rend aujourd'hui peu probable. Une des craintes réside dans le risque d'inégalité de traitement des usagers, selon les disparités de richesses fiscales des régions.

Surtout, la perspective d'une décentralisation accrue au niveau régional semble recueillir un accueil plutôt mitigé de la part des Conseils régionaux<sup>253</sup>. En effet, ils hésitent à s'engager, faute d'expérience dans ce domaine, tandis que d'autres souhaitent se cantonner aux champs de la prévention et des programmes de santé publique. En réalité, le point de crispation porte sur la question de la prise en charge par les régions des dépenses d'investissement hospitalier. Celle-ci entraînerait de fait des transferts de charges considérables de l'assurance maladie vers les régions, compte tenu d'une part de l'état de vétusté des établissements et d'autre part, des investissements croissants que nécessitera, dans les années à venir, une médecine de plus en plus technologique.

## **II - LE PLAN « HÔPITAL 2007 », DES REPONSES FORTES MAIS PARTIELLES AUX DIFFICULTES DE L'HÔPITAL PUBLIC**

A l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées avait présenté les grandes lignes du plan « Hôpital 2007 » qui, selon ses propres termes, devait redonner « ambition et espoir » au monde hospitalier.

Ce plan s'organise autour de quatre grandes orientations : la rénovation du mode de financement des établissements, une plus grande autonomie de gestion, l'assouplissement des règles de planification sanitaire et un soutien volontariste à l'investissement.

Dès 2003, le gouvernement en a mis en œuvre les premières mesures, notamment à travers l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui organise de nouvelles modalités d'investissements au bénéfice des établissements de santé et réforme la planification hospitalière. En 2004, le gouvernement a poursuivi l'application des grandes orientations du plan « Hôpital 2007 » par l'instauration d'un nouveau mode d'allocation des ressources aux établissements de santé : la tarification à l'activité (T2A).

### **A - LA TARIFICATION A L'ACTIVITE**

Mise en œuvre de manière progressive, la réforme portant tarification à l'activité a pour objet d'identifier et de détailler les coûts de l'activité des hôpitaux. Il s'agit de passer, en fait, d'une logique financière purement comptable à une logique de gestion de programmes prenant en compte les besoins des établissements qui ont des projets de développement d'activité et des méthodes de gestion efficaces, actuellement pénalisés par l'application du système de la dotation globale (1.).

Même si les bénéfices attendus de la réforme de la tarification sont nombreux, celle-ci ne manquera pas de soulever des difficultés d'application,

---

<sup>253</sup> « Aménagement du territoire et établissements de santé », rapport et avis présenté par M. Michel Picard, au nom de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, 2004.

compte tenu notamment de ses répercussions sur l'organisation interne des établissements (2.).

### **1. Une réforme ambitieuse dont la mise en œuvre sera progressive**

Avant le plan « Hôpital 2007 », la réforme des modes d'allocation de ressources des établissements de santé avait déjà fait l'objet de plusieurs séries d'expérimentations organisées notamment par la loi hospitalière de 1991, la loi portant création de la couverture maladie universelle (CMU) de 1999 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003.

#### *1.1. Les objectifs de la réforme*

Cette évolution repose sur plusieurs constats. Tout d'abord, le système de santé français se caractérise par une dualité du mode de financement des établissements. Les hôpitaux publics et privés sans but lucratif sont, depuis 1984, soumis au régime de la dotation globale, tandis que les cliniques à but lucratif sont financées en proportion des actes et des journées réalisés. Cette dichotomie a fait l'objet de nombreux travaux qui mettent en évidence les insuffisances de l'un et l'autre système, sans compter leur hétérogénéité qui rend difficile toute comparaison.

De plus, la mission « tarification à l'activité » créée au sein du ministère de la santé a mis en évidence les effets pervers générés par le système actuel :

- la dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, peut conduire soit à la constitution de « rentes de situation », soit à un manque de financement pour les structures les plus actives ;
- le montant des prestations versées pour le même acte dans le secteur privé lucratif (sous OQN) varie en fonction de sa situation sur le territoire et peut également aboutir, de ce fait, à la constitution de rentes ou à des sous-financements de certaines activités.

En s'appuyant sur le recueil d'information du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), la réforme vise à harmoniser les modes de rémunération des deux secteurs. Selon les indications données par le ministre de la santé, lors du débat relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 à l'Assemblée nationale, « *une simulation a été conduite sur 488 établissements : 389 en sont sortis gagnants, 179 perdants. Quant à l'expérimentation proprement dite, elle a concerné 60 établissements, dont 30 sont sortis gagnants et 30 perdants, sans qu'il y ait de règle selon que l'établissement est public ou privé, gros ou petit : 13 des 24 CHU concernés par l'expérimentation sont gagnants. Il y aura donc inmanquablement des surprises. C'est la raison pour laquelle le délai prévu pour le public est plus long, afin que la réforme puisse aussi avoir une vertu pédagogique<sup>254</sup>* ».

<sup>254</sup> Assemblée nationale, compte rendu analytique officiel, session ordinaire 2003/2004, deuxième séance du jeudi 30 octobre 2003.

Les bénéfices attendus sont nombreux :

- fondé sur l'activité réelle des établissements rémunérés en fonction de coûts moyens nationaux par pathologie, ce système est une incitation forte à la réalisation de gains de « productivité » et le vecteur d'une allocation plus équitable des ressources entre les établissements. Il a été mis en place dans de nombreux pays, pour certains depuis longtemps (Etats-Unis, Australie), pour d'autres de manière plus récente (Irlande, Portugal, Espagne, Italie, Allemagne, Pays-Bas...) ;
- en substituant une logique de recettes à la logique de dépenses du système actuel, la tarification à l'activité devrait inciter les établissements à mieux connaître leurs coûts et à les maîtriser. Le PMSI et la comptabilité analytique sont, à cet égard, encore insuffisamment utilisés ; un établissement sur deux est dépourvu d'un système de contrôle de gestion. Ces outils deviendront la base du pilotage financier des établissements. La T2A devrait ainsi favoriser le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés ;
- cette plus grande transparence de l'activité hospitalière alimentera la réflexion stratégique des hôpitaux et favorisera les recompositions internes, en exerçant notamment un effet décloisonnant sur les services. En rapprochant le mode de financement du secteur public de celui du secteur privé, la tarification à l'activité facilitera par ailleurs la conduite des restructurations externes et devrait encourager ainsi l'utilisation partagée des équipements médicaux et favoriser une recomposition hospitalière face à l'éparpillement de l'offre ;
- elle devrait permettre enfin un meilleur pilotage du secteur hospitalier par les ARH. Par son effet de transparence des coûts, elle développera en effet la possibilité de comparer les hôpitaux et constituera un outil d'aide à la décision lors de la planification sanitaire ou de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements.

### *1.2. Les principes généraux de financement*

Le champ d'application de la réforme ne concernera dans un premier temps que les seuls soins de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'esprit de la réforme est d'établir un financement mixte qui distingue, d'un côté, les missions de soins qui ont vocation à être financées directement à l'activité et, de l'autre, les missions d'intérêt général ou missions de service public (recherche, enseignement, urgences, innovation thérapeutique, réseaux de soins...), dont le coût n'est pas directement lié à l'activité, et continuant d'être assurées par des dotations globales.

Plus précisément, la tarification à l'activité prévoit cinq grandes catégories de recettes pour le court séjour.



Tout d'abord, trois modalités de financement sont directement liées à l'activité réalisée et donnent lieu à des paiements spécifiques :

- le paiement d'un tarif par séjour, dit Groupe homogène de séjour (GHS). La version actuelle de la classification en GHS compte environ 700 groupes. A chacun de ces GHS est affecté un tarif, fixé au niveau national, au regard notamment des données de coûts observés dans un échantillon d'une cinquantaine d'établissements publics et participant au service public, appelé l'Etude nationale de coûts (ENC). Ces tarifs représentent des coûts moyens, qui ne sont pas forcément des coûts optimaux ;
- le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultation externe et les actes externes d'urgence (hospitalisation publique), de prélèvement d'organes, ainsi que l'hospitalisation à domicile (activités non décrites par les GHS) ;
- le paiement de certaines fournitures, en plus des tarifs de prestation (certains médicaments coûteux et les Dispositifs médicaux implantables (DMI) comme les prothèses). Une liste des molécules et des DMI concernés est établie par voie réglementaire, en fonction de leur caractère onéreux et de l'hétérogénéité qu'il introduit dans les tarifs par séjour.

Viennent ensuite les modalités de financement mixte, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixes, mais déterminé en fonction de l'activité réalisée. Un forfait annuel financera ainsi les coûts fixes liés aux urgences.

Enfin, un financement spécifique est prévu pour les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) destinées à couvrir toutes les missions et activités qu'il n'est pas possible de financer au séjour, à l'acte ou d'une manière générale dans une unité accessible facilement à la mesure. Ces missions sont davantage concentrées dans les établissements publics, mais pas exclusivement, et pour certaines de ces missions, dans les établissements hospitalo-universitaires. Ce groupe comprend trois catégories :

- les missions d'enseignement, de recherche, d'innovation, de recours. Cette catégorie s'adresse avant tout mais pas exclusivement aux établissements hospitalo-universitaires. Historiquement, pour calculer les valeurs de point ISA, il avait été estimé que ces missions recouvraient 13 % du budget des CHU et CLCC ;

- toutes les autres missions spécifiques, transversales, comme les SAMU et SMUR, les centres de référence, les activités de soins aux détenus, certaines actions de prévention. Ces missions particulières n'obéissent pas, à l'évidence, aux mêmes règles que les activités de soins en hospitalisation ou en consultation, ce qui justifie leur financement sous cette forme ;
- et enfin, « l'aide à la contractualisation » qui a vocation à accompagner financièrement la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements. Les MIGAC feront l'objet d'une contractualisation avec les ARH, afin d'en assurer le suivi et l'évaluation.

En marge de ces grandes lignes directrices, un certain nombre de points a fait l'objet de travaux techniques coordonnés par la mission « *tarification à l'activité* ». Ces travaux concernent, notamment, le traitement des séjours extrêmes, la réanimation et les soins palliatifs, les médicaments très coûteux, les prothèses, les prestations inter-établissements et la prise en compte des surcoûts structurels, tels que l'isolement géographique ou l'installation en zone à fortes contraintes financières telles que le coût du foncier.

### *1.3. Une mise en œuvre progressive*

Comme pour les activités, certains établissements hospitaliers demeurent hors du champ de la réforme de la tarification. Ainsi, les hôpitaux locaux, les établissements du service de santé des armées, les établissements nationaux de Fresnes et de l'Institut national des Invalides en sont exclus, ainsi que les établissements de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte jusqu'à leur intégration dans le régime de financement du droit commun.

#### *a) Le calendrier de la réforme*

La tarification à l'activité ne concerne d'abord que les prestations médecine chirurgie obstétrique (MCO) des établissements publics et privés. En 2004, la tarification à l'activité n'a concerné que 10 % du budget global des établissements publics, ce pourcentage étant appelé progressivement à augmenter sur plusieurs années pour atteindre au maximum 50 % en 2008. La part du budget MCO de l'hôpital public financé à l'activité en 2005 devrait atteindre au moins 25 %.

Initialement prévue au 1<sup>er</sup> décembre 2004, l'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'allocation de ressources liées à l'activité MCO dans les établissements de santé privés hors dotation globale a été reportée au premier trimestre 2005. Car le diagnostic établi à la demande du Ministère de la santé et de la protection sociale, conjointement par la CNAMTS et les fédérations représentatives des établissements de santé privés, montre que la préparation des acteurs était insuffisante pour assurer le passage de la réforme au 1<sup>er</sup> décembre 2004 dans des conditions garantissant la continuité des paiements aux établissements et aux médecins y exerçant.

Afin de limiter l'ampleur du choc que constituera, pour les établissements, la fin de la dotation globale et le passage à un système où les recettes seront directement déterminées par l'activité, une période de transition en trois étapes a été prévue :

- la première étape concerne l'année 2004. Le cadre budgétaire et comptable, la procédure budgétaire, ainsi que les modalités d'allocation de ressources actuelles ont été maintenus. En revanche, les budgets ont été déterminés et ajustés sur la base de l'activité mesurée par le PMSI ;
- la deuxième étape a commencé dès le mois de septembre 2004, avec la préparation de la campagne budgétaire 2005. La mise en place de la nouvelle procédure budgétaire implique une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements. Les recettes liées à l'activité sortent du cadre de la dotation globale. Pour des raisons techniques, un circuit administratif et financier particulier est mis en place. Ainsi, les données relatives à l'activité et aux dépenses des spécialités médicales et des prestations facturables supplémentaires transitent par les agences régionales de l'hospitalisation, qui notifient ensuite à la « caisse-pivot » dont relève l'établissement le montant à payer à ce titre ;
- la troisième étape de 2006 devrait permettre aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans passer par l'agence régionale de l'hospitalisation, leurs prestations d'hospitalisation, ainsi que les spécialités médicales et les prestations facturables supplémentaires.

Durant cette période de transition, les établissements privés antérieurement sur OQN factureront les GHS et les autres prestations sur la base d'un tarif national affecté d'un « coefficient correcteur MCO », intégrant à la fois le caractère plus ou moins technique des actes pratiqués, la zone géographique de l'établissement et un coefficient de lissage de la transition dans le temps. Quant aux établissements publics et aux établissements privés participant au secteur public hospitalier, la transition s'effectuera par le maintien d'une partie, décroissante dans le temps, des ressources allouées forfaitairement sous la forme d'une « dotation annuelle complémentaire ». Les prestations d'hospitalisation seront donc prises en charge par les organismes d'assurance maladie sous la double forme d'une fraction du tarif issu de la T2A et d'une dotation annuelle complémentaire correspondant à la fraction non couverte par le tarif.

#### *b) L'évolution du régime budgétaire et comptable des hôpitaux*

La réforme du financement des établissements hospitaliers a des conséquences directes sur le régime budgétaire et comptable des établissements hospitaliers. Sur le plan du régime comptable, les responsabilités respectives de l'ordonnateur et du comptable public hospitalier sont mieux équilibrées. L'ordonnateur voit sa responsabilité renforcée. L'évolution sera la même que

pour la Loi organique relative aux lois de finance (LOLF) , s'agissant des finances de l'Etat, dont l'inspiration est identique. Par ailleurs, la logique d'ajustement des ressources et des dépenses va se trouver progressivement inversée. Ce sont les recettes attendues au regard des prévisions détaillées d'activités qui détermineront, dans une large mesure, le niveau de dépenses possibles et non, comme aujourd'hui, les prévisions de dépenses globales qui conduiront au niveau de ressources à allouer. Les travaux à mener et les orientations à privilégier se concentrent ainsi, par exemple, sur le passage d'un budget limitatif à un budget évaluatif et sur l'évolution de l'organisation et des circuits comptables.

D'ores et déjà, des travaux techniques ont été engagés sur ces sujets, sur la base d'une lettre de mission signée par le ministère de la Santé et le ministère des Finances. Ils associent, l'ensemble des directions d'administration centrale concernées : direction du budget et direction générale de la comptabilité publique pour le ministère des Finances, direction de la sécurité sociale et direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins pour le Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

#### c) La convergence tarifaire

Deux échelles de tarifs seront initialement mises en place, l'une pour le secteur antérieurement financé par dotation globale et l'autre par le secteur privé financé jusque là selon l'OQN, afin de tenir compte des écarts de coûts importants entre les deux secteurs. Le rapport de la mission Marrot<sup>255</sup> avait ainsi relevé que le secteur privé est de 30 à 40 % moins cher que le secteur public, même en isolant les missions de service public et le différentiel de rémunération des personnels non médicaux. Ces chiffres avaient cependant été contestés par la FHF.

La tarification à l'activité repose sur des tarifs nationaux qui restent aujourd'hui différenciés selon le statut des établissements. En effet, deux barèmes de tarifs vont coexister, l'un applicable aux établissements antérieurement financés sous Dotation globale de financement (DGF) et l'autre applicable aux cliniques privées sous Objectif quantifié national (OQN). L'écart entre les deux barèmes tarifaires provient d'une part du périmètre distinct des charges et du financement des deux secteurs hospitaliers, d'autre part de la méthodologie de construction des tarifs, fondamentalement différente à ce jour. En effet, les tarifs du secteur public sont hiérarchisés sur la base de l'étude nationale des coûts, tandis que ceux du secteur sous OQN le sont selon les anciens tarifs des prestations.

L'exposé des motifs du PLFSS 2004 ainsi que les annexes de la LFSS 2004 annoncent cependant une même intention : « (...) aboutir à une convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteurs public et privé à une

---

<sup>255</sup> Marrot B., Gilardi H., Expérimentation d'une tarification à la pathologie des établissements de santé Rapport d'étape, Mission d'expérimentation, Avril 2002.

*échéance de huit ans* ». De même, dans l'article 17 de la LFSS 2005, il est écrit que : « *Pour les années 2005 à 2012, (...), les tarifs nationaux des prestations (...) sont fixés en tenant compte du processus de convergence (...) devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. L'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50 % en 2008.* »

Des travaux visant à définir une méthodologie permettant d'élaborer un objectif de convergence tarifaire ont donc été engagés avec les services du ministère de la santé et toutes les fédérations de l'hospitalisation. La question de la convergence suppose en effet d'avoir préalablement résolu les problèmes relatifs aux différences de champ entre les deux secteurs. A cette fin, un programme d'études doit être réalisé qui comprend, en particulier, la réalisation d'une étude nationale de coûts par séjour (GHM) commune aux secteurs public et privé. Compte tenu des délais, celle-ci ne pourra être véritablement envisagée que sur l'exercice 2006 et nécessitera d'élaborer préalablement une méthode homogène d'analyse permettant, tout en tenant compte des différences entre secteurs, de fournir des données de coûts par activité comparables et d'assurer une représentativité acceptable de chaque secteur.

#### *1.4. Des instruments de régulation ont été mis en place*

Avec l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, la décomposition de l'ONDAM dans le champ des établissements de santé a été complètement revue.

Jusqu'en 2004, l'ONDAM voté par le Parlement était ensuite décomposé par le gouvernement en enveloppes : médecine de ville, hôpital, cliniques et établissements médico-sociaux. La dotation spécifique aux réseaux a été constituée par redéploiements sur ces quatre enveloppes. La réforme portant tarification à l'activité modifie légèrement cette procédure pour 2005 en fusionnant l'enveloppe hôpital public et cliniques privées, et en créant des enveloppes spécifiques pour certaines activités des établissements.

Par ailleurs, la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 a organisé une fongibilité complète entre les différentes composantes de l'ONDAM relatives aux établissements de santé, mais a omis d'y inclure les établissements médico-sociaux, ne mentionnant que les « *établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements* ». La loi de financement de sécurité sociale pour 2005 a permis de pallier cette lacune et de donner une base légale<sup>256</sup> aux transferts entre toutes les enveloppes de l'ONDAM.

Ainsi, l'Objectif de dépenses médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) est désormais commun aux établissements publics et aux cliniques privées. Il couvre à la fois les dépenses tarifées à l'activité dans le champ MCO, le financement des médicaments et dispositifs en sus des tarifs, et la rémunération forfaitaire de certaines activités à coût fixe important (urgences, greffes...). Cette masse

---

<sup>256</sup> Articles L.162-22-2, L.162-22-9, L.174-161 et L.227-1 du Code de la Sécurité sociale.

budgétaire comprend une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC<sup>257</sup>), qui maintient le mode de financement par dotation de certaines activités spécifiques (enseignement, recherche, innovation, recours), ainsi que les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les ARH.

Le Gouvernement a retenu le principe d'une enveloppe unique et fongible entre les deux secteurs de l'hospitalisation (ODMCO), malgré des différences notoires entre les deux secteurs, en termes de contraintes de gestion, d'obligations réglementaires et de logique de fonctionnement. Les rémunérations des professionnels libéraux intervenant en clinique sont maintenues dans l'objectif de soins de ville, tandis que les dispositifs médicaux sont intégrés à l'ODMCO.

Un objectif de dépenses correspondant aux autres dépenses des établissements anciennement sous dotation globale est identifié à part. Il correspond aux activités de soins de suite et rééducation ainsi qu'à la psychiatrie, aux hôpitaux locaux (ceux-ci n'étant pas concernés par la tarification à l'activité), aux unités de soins de longue durée au service de santé des armées et à l'institution nationale des invalides et aux établissements de St-Pierre et Miquelon et Mayotte.

## **2. Des difficultés prévisibles d'application à prendre en compte**

L'application de la tarification à l'activité, qui correspond à une réforme d'ampleur du financement et du fonctionnement des établissements, suscite des interrogations légitimes (2.1.), compte tenu de sa complexité et des modifications de comportement et de gestion qu'elle entraîne. Mais elle comporte aussi des risques et des effets pervers potentiels qui doivent être anticipés (2.2.). Enfin, cette réforme aura des répercussions importantes sur la stratégie des établissements de santé (2.3.).

### *2.1. Des questions essentielles restées en suspens*

Plusieurs questions importantes, ayant trait à la modulation des tarifs nationaux, au périmètre des missions d'intérêt général et à l'objectif d'unicité tarifaire, n'ont pas encore été entièrement tranchées. Cette situation peut nuire à l'efficacité de la réforme.

#### *a) La modulation des tarifs nationaux*

L'activité est calculée par l'application de tarifs relatifs aux activités « médecine chirurgie obstétrique » (MCO), ces tarifs étant pondérés par l'application de coefficients géographiques pour quelques hôpitaux publics et établissements participant au service public hospitalier situés en région parisienne (coefficient de 7 % en Ile-de-France). Pour les établissements privés à but commercial, des coefficients correcteurs spécifiques viennent pondérer les

---

<sup>257</sup> Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des MIGAC dispensées à certaines populations spécifiques.

tarifs nationaux de l'hospitalisation privée, certains coefficients étant appelés à terme à disparaître.

Comme le note la Cour des Comptes dans son rapport sur l'exécution de la loi de financement de sécurité sociale pour 2004, le calcul des coefficients géographiques applicables aux tarifs dans les établissements publics n'a pas été réalisé sur des bases adéquates : « *Ces coefficients n'ont pas été établis sur une base technique mais ont correspondu à des décisions politiques, en particulier en ce qui concerne Paris et la petite couronne, la grande couronne ne bénéficiant pas de cet avantage.* » L'application de coefficients géographiques ne doit pas dénaturer l'application de la tarification à l'activité en « masquant » les problèmes réels des hôpitaux des régions considérées, qui eux aussi doivent prendre leur part dans la réforme.

Dans un avis récent<sup>258</sup>, le Conseil économique et social a préconisé un aménagement de la tarification à l'activité afin de tenir compte des inégalités interrégionales en matière de santé. En effet, si les conséquences de la réforme de la tarification sont difficiles à prévoir, « *il est cependant souhaitable de prévoir des modalités de financement différentes qui permettront de conserver une activité s'il existe une population à desservir et si les besoins de cette population sont reconnus et légitimes, sans pouvoir être satisfaits par une autre structure. En effet, la mise en application à terme de la T2A rendra le montant de la dotation globale de plus en plus incertain, puisqu'elle sera calculée à 80 % sur le volume d'activité des établissements. Le coût de l'acte ne considérant que les aspects techniques de la pathologie et ignorant la prise en charge globale de la personne soignée, pour un calcul pertinent, il faudra tenir compte conjointement des indicateurs de la pathologie et des critères sociaux. La situation sociale (isolement, dépendance, précarité, âge...) des individus génère des besoins en personnels sociaux et sanitaires totalement différents. Plus la dépendance est accrue, plus la mobilisation des moyens humains est importante et induit fortement sur les coûts de prise en charge. Les procédures d'évaluation de cette dépendance individuelle sont donc à réaliser.*

*Comme le suggère la Fédération hospitalière de France, si la fixation des tarifs par pathologie relève du niveau national, il serait bon d'associer les tarifs à des coefficients différents selon les régions en fonction des données socioéconomiques et épidémiologiques. L'échelon national déterminerait la fourchette de ces coefficients et vérifierait le bien-fondé de leur utilisation ».*

#### b) Le périmètre des missions d'intérêt général

En outre, le périmètre et le niveau adéquat des dotations des missions d'intérêt général - recours, enseignement, innovation et recherche - et d'aides à la contractualisation (MIGAC) font l'objet d'intenses débats. Le décret du 8 avril

---

<sup>258</sup> « *Aménagement du territoire et établissements de santé* », rapport et avis présentés par M. Michel Picard, au nom de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, 2004.

2005 liste les missions d'intérêt général appelées à bénéficier d'un financement spécifique, sous forme d'une dotation nationale en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours. Le champ retenu est assez large et couvre, outre l'enseignement et la recherche, la participation à des missions de santé publique et à la mise en œuvre des politiques publiques ainsi que la prise en charge de populations spécifiques. En effet, cette dotation doit atténuer les risques liés à une application massive de la tarification à l'activité (T2A) et permet de définir, plutôt qu'une approche par défaut, une approche positive des missions d'intérêt général, comme un des éléments fondateurs du système de soins. Par ailleurs, l'aide à la contractualisation supposera l'existence d'un contrat individualisé entre un établissement et une ARH. C'est bien dans ce type de contrat que pourront être reconnus et financés, par exemple, le maintien de tel service ou de telle activité pour permettre un accès aux soins des populations d'un secteur géographique donné.

Lors de son audition devant le Conseil économique et social<sup>259</sup>, M. Claude Evin, président de la FHF, a rappelé que « *dans les pays européens comparables à la France qui ont mis en place la tarification à l'activité, ce qui peut s'apparenter aux MIGAC représente au moins 50 % de l'allocation budgétaire* ».

Cependant, il est non moins nécessaire que la fixation du champ et du montant des MIGAC ne conduise pas à dénaturer l'application de la tarification à l'activité. Le coût individualisé de chaque mission et de chaque charge particulière pesant sur l'établissement doit faire l'objet d'une évaluation précise, au besoin pour chaque établissement, afin de conserver à la réforme portant tarification à l'activité toute son efficacité. Il est à noter que les cliniques privées pourront bénéficier d'une dotation MIGAC dans la mesure où il sera reconnu qu'elles exercent des missions d'intérêt général.

S'agissant des CHU, comme le montre un rapport établi conjointement par les membres de l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche<sup>260</sup>, les conventions fixant leur régime de fonctionnement doivent être très rapidement modernisées. Ce rapport préconise que le taux forfaitaire de 13 % de dépenses supplémentaires imputables aux charges d'enseignement et de recherche des CHU fasse l'objet d'une évaluation et que le surcoût soit justifié pour chaque établissement.

---

<sup>259</sup> Audition de M. Claude Evin, Président de la FHF, devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social, le 16 juin 2004.

<sup>260</sup> Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (n° 2004 060) et de l'Inspection générale de l'éducation nationale et de la recherche (n° 2004 033), « *Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires* »



### c) La question de l'unicité tarifaire

Jusqu'en 2012 la réforme sera dans une phase de transition et de montée en charge progressive. Les deux échelles des tarifs relatifs aux prestations MCO vont progressivement converger. Plusieurs études d'analyse des coûts vont être engagées par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Un groupe de travail avec les fédérations a été réuni pour définir en commun les modalités de ces études. Sur la base des conclusions de ces études, le conseil de l'hospitalisation devrait proposer aux ministres la méthodologie à appliquer pour accélérer cette convergence et parvenir à l'unicité de l'échelle des tarifs au terme de la réforme.

Si le principe d'une convergence tarifaire semble bien compris des acteurs hospitaliers, la perspective d'une unicité de l'échelle tarifaire semble toutefois plus problématique, compte tenu des spécificités propres aux secteurs public et privé à but lucratif.

#### 2.2. Des risques et des effets pervers potentiels

La logique du paiement forfaitaire et les observations réalisées dans les pays qui ont déjà adopté ce système mettent en évidence le fait que la tarification à l'activité comporte des effets pervers potentiels<sup>261</sup>.

Ainsi, le nouveau dispositif budgétaire induit de nombreuses craintes qui peuvent se regrouper sous quatre chapitres : le risque de sélection des patients, le risque budgétaire et financier, le risque de dégradation de la qualité des soins et le risque de frein potentiel à la diffusion de l'innovation. L'accompagnement du passage à la tarification à l'activité doit viser à limiter l'apparition de ces effets pervers potentiels.

#### a) Le risque de sélection des patients

Les services au-dessus du coût moyen de traitement d'une pathologie devront diminuer leurs coûts en adoptant de meilleures pratiques. Comme chaque établissement dispose de points forts et de points faibles pour certaines pathologies, il se produirait logiquement une spécialisation des activités. De plus, considérant l'hypothèse qu'il existe des économies d'échelle, et par conséquent que les coûts d'une activité sont décroissants avec la taille, une tendance à la concentration des activités en découle.

La sélection des patients selon les pathologies et les disciplines est la préoccupation la plus importante exprimée par certains professionnels de santé. La fixation d'un tarif par GHS risque, en effet, à la fois de délaissier des disciplines médicales qui seraient jugées moins intéressantes pour le financement de l'établissement et de favoriser certains types d'activité jugés rentables. Dans ce

---

<sup>261</sup> Roland Cash, « La tarification à l'activité : première année de mise en œuvre », in La régulation des dépenses de santé, revue d'économie financière, n°76, 2004.

contexte, le risque existerait de multiplier les séjours, les interventions et les actes non justifiés.

Le risque de sélection des patients existe soit *a priori* (refus de développer des activités présumées déficitaires, telles que la prise en charge des personnes très âgées ou des personnes précaires, sauf dans le cadre des MIGAC), soit *a posteriori*, en procédant à un transfert du patient dans une autre structure. D'une manière générale, le problème porte potentiellement sur les cas les plus sévères, et c'est pourquoi le modèle de la T2A prévoit un certain nombre de dispositions de nature à correctement valoriser ces prises en charge lourdes (suppléments pour journées extrêmes, passage en réanimation, survalorisation des séjours de soins palliatifs).

Le risque de sélection des patients et des pathologies doit toutefois être relativisé, compte tenu de l'obligation générale d'accueil figurant parmi les missions premières du secteur public hospitalier. Il importe en revanche de tenir compte de la dispersion des coûts au sein d'un même groupe homogène de séjours, qui pourrait notamment pénaliser les patients les plus fragiles, pour lesquels une hospitalisation longue est attendue.

#### b) Le risque inflationniste

Un des objectifs de la T2A est de permettre une répartition équitable des ressources entre les régions et entre les établissements. L'application brutale de ce principe risque d'avoir des conséquences néfastes pour les établissements considérés comme riches, ce qui peut mettre en péril budgétaire et financier de nombreux établissements comme il peut aussi en enrichir indûment certains et générer de nouvelles rentes de situation.

Le lien entre le financement et l'activité pourrait entraîner l'apparition d'effets inflationnistes, semblables à ceux qui existaient avec la tarification au prix de journée (gonflement artificiel de l'activité, fractionnement des séjours). Le maintien d'un financement par enveloppe globale pour l'accomplissement de certaines missions fait en outre courir le risque d'une surévaluation par les établissements du coût de ces activités, afin de compenser en partie des coûts globaux trop élevés.

Ce mode de financement de l'hôpital qui est censé améliorer l'efficacité des hôpitaux risque de « *les orienter vers les activités rentables, tout en créant une concurrence accrue entre secteurs public et privé, voire entre établissements publics eux-mêmes. Ces transformations du mode de financement des prestataires de soin témoignent de la volonté de faire reposer la régulation du système sur des mécanismes de marché, les modalités étatiques ou négociées de la régulation ayant échoué. Dans un contexte où le budget n'est pas limité a priori, ce type de régulation ne peut que conduire à une augmentation des dépenses de santé* »<sup>262</sup>.

---

<sup>262</sup> La réforme des systèmes de santé, Bruno Palier, Que sais-je ?, PUF, mai 2004.

Car, parmi les objectifs de la T2A, il n'y a pas de volonté explicite de maîtriser les dépenses hospitalières, même si l'on attend des gains d'efficience niveau microéconomique. Une telle réforme pourrait même avoir l'effet inverse, vis-à-vis des établissements publics en tout cas, dans la mesure où la T2A introduit une incitation à développer l'activité, contrairement au système antérieur.

En effet, le système de la dotation globale auquel les établissements hospitaliers publics étaient soumis depuis le début des années 1980, fixait leur budget en début d'année sur la base du budget des années précédentes, indépendamment de l'activité effectivement réalisée dans l'année concernée. Ce système avait évidemment l'inconvénient d'introduire une distorsion pérenne entre activité et dotation. Il avait tout même certains avantages, en particulier l'intérêt de maîtriser *a priori* les dépenses de ce secteur. Le budget global est, à cet égard, un bon système de maîtrise des dépenses. Mais comme le budget est fermé, tout développement important de l'activité se traduit par un « étranglement » budgétaire de l'établissement.

A première vue, il peut paraître étonnant qu'une réforme ait pour conséquence d'inciter les acteurs hospitaliers à développer leur activité, donc d'induire des dépenses supplémentaires, à l'heure où les autorités de tutelle cherchent plutôt à maîtriser les dépenses d'assurance maladie. Cependant, le risque inflationniste de la réforme est encadré par un mécanisme de régulation global de type prix/volume. Si les dépenses d'hospitalisation augmentent davantage que la prévision réalisée en début d'année, les tarifs connaissent une baisse (ou une moindre hausse que prévu) l'année suivante. Ce mécanisme peut même s'appliquer en cours d'année si le dérapage s'avère trop rapide. En 2005, les tarifs sont en baisse de 2,6% par rapport à ceux de 2004.

Il faut à ce stade évoquer brièvement quelques comparaisons internationales. De nombreux pays ont adopté ce système de paiement prospectif pour payer les séjours dans les établissements d'hospitalisation mais les objectifs sont assez souvent différents en fonction du contexte dans lequel a été introduite la réforme.

Aux Etats-Unis, quand le programme Medicare a choisi ce système au début des années 1980, il se substituait à un système de prix de journée à l'évidence très inflationniste (plus le patient restait longtemps, plus l'établissement augmentait ses ressources). La tarification forfaitaire au GHM a fait figure de mesure de maîtrise des dépenses d'hospitalisation pour le secteur de court séjour. D'ailleurs, les durées de séjour ont baissé dans d'importantes proportions, passant de dix à six jours, et il a été observé un déport massif sur des filières d'aval: soins de suite et de réadaptation, hospitalisation et soins à domicile.

En Suède, le paiement prospectif a été introduit pour inciter les hôpitaux à développer leur activité dans un contexte de files d'attente. L'objectif était inverse de celui recherché aux Etats-Unis. Effectivement, les files d'attente se sont réduites. Ces mentions permettent de souligner combien il est difficile d'analyser les exemples étrangers en la matière, tant les éléments de contexte sont fondamentaux et divers.

c) Le risque de dégradation de la qualité des soins

D'abord, il existe un risque de segmentation des séjours. Dès lors qu'un GHS est facturé à chaque séjour, chaque fois que l'on peut transformer un séjour en deux séjours de plus courte durée, l'établissement peut facturer deux GHS au lieu d'un. Il en est de même si le séjour est segmenté de façon non justifiée entre deux établissements.

Ensuite, l'exigence de réduction des coûts pourrait par ailleurs affecter la qualité des soins. Les établissements pourraient par exemple être tentés de diminuer excessivement la durée de séjour ou d'externaliser des activités peu rentables vers d'autres structures, notamment médico-sociales. Des contrôles de qualité existent à cet égard dans la plupart des pays utilisant la tarification à l'activité. Des indicateurs devraient être développés en France, « *sur la base des conclusions du groupe de travail de la mission Marrot consacré à la qualité et des expériences étrangères, notamment anglaise et américaine. Au Royaume-Uni, des taux de réadmission à l'hôpital sont ainsi publiés chaque année. Aux Etats-Unis, le Maryland Quality Indicator Project a permis la conception d'un tableau de bord composé de quinze indicateurs de qualité* »<sup>263</sup>.

Enfin, la logique de paiement forfaitaire peut conduire à une réduction des prestations non strictement nécessaires comme la réalisation de certains examens complémentaires par exemple. Ainsi, la tentation sera forte de réduire de manière drastique, au-delà de ce qui serait médicalement nécessaire, le coût des services supports, qu'il s'agisse des services médico-techniques (imagerie, bloc opératoire, laboratoires...), logistiques (blanchisserie, restauration...) et administratifs.

Dans nombre de pays pratiquant une forme de tarification à l'activité, une tendance est observée qui consiste en la sous-traitance d'activités qui étaient auparavant réalisées en régie, c'est-à-dire par l'établissement lui-même. Cette tendance doit être observée avec un regard critique. En effet, « *l'appauvrissement des services supports peut avoir un effet négatif dans l'organisation des séjours des patients. Ainsi, si les moyens d'un bloc opératoire ou d'un laboratoire sont chichement comptés, ces services peuvent devenir un frein au développement d'activités nouvelles. Au total, ces économies peuvent se payer fort cher, à la fois sur le plan financier, sur le plan social et sur la qualité de la prise en charge des patients* »<sup>264</sup>.

<sup>263</sup> Séminaire ENA, *op. cit.*, p.39.

<sup>264</sup> Patrick expert, *la tarification à l'activité*, Berger-Levrault, 2004.

C'est pourquoi l'hôpital devrait d'abord s'attacher à la maîtrise des processus de prise en charge du patient. Concrètement, il s'agit de repérer, avec les acteurs de terrain, les problèmes d'orientation, les difficultés de sortie et les interactions avec les services supports médico-techniques. Cette analyse est forcément globale parce qu'elle ne s'attache pas à l'aspect strictement clinique de la prise en charge mais bien au parcours des patients. L'établissement qui maîtrise ses processus a réglé l'essentiel de ses problèmes de gestion. L'exemple des Hospices civils de Lyon montre bien que la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne saurait se limiter à la seule dimension budgétaire mais qu'elle doit être conçue comme un outil au service d'une évolution stratégique et managériale. Dans cet établissement, *« l'attention a été portée sur les organisations et les pratiques, en insistant sur la dimension collective de la performance : ont été intégrées dans la démarche la gestion des interfaces, la trajectoire du patient et ses modalités de prise en charge coordonnée. L'analyse des prescriptions, la taille des unités, le sujet de l'évaluation des pratiques professionnelles ont également été initiés par l'introduction d'une culture de comparaison sur les durées moyennes de séjour par groupe homogène de malades (GHM) »*<sup>265</sup>.

De façon générale, la T2A tend à favoriser les actions qui permettent de développer l'activité et d'optimiser pour l'hôpital mais aussi et avant tout pour le patient les durées de séjour, ce qui implique de développer les filières d'aval telles que les soins de suite, la rééducation, l'hospitalisation à domicile et les soins à domicile afin d'utiliser les structures de court séjour uniquement pendant la période où cela est nécessaire et de déléguer à ces structures d'aval la partie du séjour venant juste après la phase aiguë. Ce mode de financement devrait inciter les établissements à procéder à toute mesure de réorganisation interne (des circuits, des modalités d'admission, des procédures d'examen complémentaires notamment), évitant aux patients des séjours prolongés non justifiés dans les structures de court séjour. Elle devrait ainsi permettre de développer les prises en charge ambulatoires.

#### d) Un effet ambivalent sur l'innovation et sur la prévention

Le positionnement par rapport à des tarifs nationaux induit par ailleurs des critères de rentabilité qui peuvent conduire à écarter certaines techniques innovantes, mais coûteuses. En effet, l'évolution des coûts hospitaliers est fortement corrélée avec les coûts des progrès technologiques et thérapeutiques. La grille des tarifs devra évoluer aussi vite que la technologie. Sinon, elle ne sera qu'un moyen de réguler la vitesse d'apparition de nouvelles technologies coûteuses qui, si les établissements les adoptent trop rapidement, feront exploser leurs coûts.

<sup>265</sup> « Tarification à l'activité, du territoire à la trajectoire », Marian L., Bernard L. et Couray-Targe S., revue de la FHF n°501, décembre 2004.

Il faut donc se doter d'un outil de veille capable d'identifier rapidement les innovations importantes, les évaluer et accélérer leur prise en compte dans les outils de tarification.

Les tarifs doivent être en outre régulièrement adaptés dans le temps pour prendre en compte l'évolution des pratiques médicales, ce qui a été une des faiblesses de l'expérience américaine. Une opération de la cataracte est par exemple devenue beaucoup moins chère avec la chirurgie avancée au laser. Des dispositions sont déjà prévues en ce sens, afin d'assurer un traitement spécifique des séjours extrêmes (c'est-à-dire de très longue durée) et d'approcher au plus près les coûts réels dans chaque pathologie. Elles devront être complétées par un suivi fin et régulier des GHS et des tarifs.

Toutefois, l'effet de la T2A sur la diffusion de solutions nouvelles n'est pas univoque. Une récente étude franco-américaine<sup>266</sup> consacrée au recours à la coronarographie interventionnelle dans le traitement de l'infarctus du myocarde a montré clairement la diffusion plus rapide de cette technologie aux États-Unis, précisément du fait d'un financement à l'activité. À l'inverse, la diffusion de cette solution a été plus lente en France, du fait du financement par le budget global qui s'appliquait lors de l'étude.

Par ailleurs, les expériences étrangères ont montré qu'assez régulièrement la mise en place d'un financement à l'activité se traduisait par le repli des établissements de soins sur le champ curatif. En France, les établissements et les tutelles devraient veiller à prévenir cette tendance. Depuis la réforme de 1991, les hôpitaux doivent en effet s'impliquer en matière de prévention, en particulier secondaire (dépistage pour prévenir l'aggravation de l'état de santé) et tertiaire (éviter les rechutes). Or, la prévention en tant que telle est peu valorisée par le mode de tarification. Elle est certes mentionnée dans l'enveloppe MIGAC qui financera, distinctement de l'activité, les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation. Mais le financement de la prévention reste difficile à isoler au sein de cette enveloppe.

### *2.3. Les répercussions de la T2A sur la stratégie financière des établissements*

L'efficacité de la T2A est notamment conditionnée par l'existence d'un système d'information performant et fiable au plan comptable (a). Des situations de déficits structurels ou de reports de charges sont de nature à réduire la portée de cette réforme (b).

---

<sup>266</sup> Citée par Patrick Expert, *La tarification à l'activité*, p.121, Berger-Levrault, 2004.

Dans la mesure où les GHS intègrent les coûts de structure (amortissements et frais financiers notamment), la tendance budgétaire des gestionnaires risque de comprimer les coûts de structure<sup>267</sup>, ce qui peut se révéler préjudiciable à l'investissement hospitalier (c). Enfin, la réforme de la tarification ne doit pas masquer les besoins structurels de financement de l'hôpital public (d).

a) Le développement d'outils de gestion plus performants

Avec la mise en place progressive de la T2A, les établissements seront incités à créer des outils de gestion plus performants. D'abord, les gestionnaires hospitaliers sont conduits à réviser leur stratégie en fonction de segments d'activités de soins. En effet, les recettes, donc la capacité à investir, dépendront de plus en plus de l'activité, jusqu'à 50 %. Aussi, la révision d'un projet d'établissement existant s'avère-t-elle particulièrement importante. Dans le même ordre d'idée, l'un des outils essentiels dont chaque établissement devrait se doter est l'analyse prospective pluriannuelle de son activité, afin de pouvoir anticiper ses recettes futures. Une telle étude doit prendre en compte les prévisions démographiques, la taille de la zone de « chalandise », l'évolution de la morbidité hospitalière, ainsi que celle des pratiques de prise en charge.

Ensuite, un autre outil de base est la comptabilité analytique pour permettre de mener en parallèle une analyse des coûts et de déterminer si telle ou telle option stratégique ne sera pas, en fin de compte, une source de déséquilibre du budget. Une enquête récente<sup>268</sup> montre que, depuis la réforme du financement, les hôpitaux consacrent davantage d'importance à la mise en œuvre du contrôle de gestion puisqu'une majorité d'entre eux (60 %) déclarent avoir accompli une démarche en ce sens.

Mais le développement des outils de gestion médicalisée a un coût qu'il convient de ne pas sous-estimer, comme le montre l'exemple allemand : « *La comptabilité par coût, en Allemagne, en 2003, reviendra très chère. L'infrastructure informatique nécessaire exigera beaucoup d'investissements en matériel, mais aussi en personnel. À Cologne, cinq à six médecins travaillent uniquement à codifier les actes. Nous avons d'autre part des stockages de données qui permettent de recueillir des situations de coût émanant directement des laboratoires et des services. Mettre en place un tel système sera non seulement lourd, mais coûteux. Le calcul du coût par patient tel que veut le faire l'Allemagne est trop onéreux. Ce n'est pas rendre service au client, cela ne sert à rien pour le patient. Les médecins devront travailler de plus en plus à cette gestion, à codifier les actes et fournir de l'information administrative* »<sup>269</sup>.

<sup>267</sup> *Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier*, sous la direction de Jean-Marie Clément, Les Etudes Hospitalières, p. 128, 2004.

<sup>268</sup> *Conjoncture hospitalière, résultats de l'enquête annuelle*, DEXIA Crédit local, mars 2005

<sup>269</sup> « *La mesure des coûts dans les hôpitaux allemands* », Falko Rapp, *Revue de la FHF*, n°486, 2002.

b) Le préalable d'une plus grande fiabilité des budgets hospitaliers

Comme l'ont souligné plusieurs rapports de la Cour des Comptes<sup>270</sup>, certaines pratiques comptables altèrent la sincérité des budgets hospitaliers tant en ce qui concerne les charges que les recettes de l'hôpital. Améliorer la fiabilité des comptes constitue un préalable à la mise en œuvre et à la réussite de la réforme de la tarification à l'activité.

Les tensions budgétaires auxquelles sont soumis les budgets hospitaliers et la faible autonomie dont ils disposent en matière de ressources favorisent diverses pratiques de minoration ou de report de charges. Les particularités de la réglementation comptable hospitalière, en matière notamment de reports de charges et de comptabilisation des créances irrécouvrables, et son caractère dérogatoire au regard des principes du plan comptable général, facilitent du reste les dérives constatées.

- Les reports de charges

Plusieurs chambres régionales des comptes<sup>271</sup> ont mis en évidence les reports, à l'exercice suivant, de charges imputables à l'exercice en cours, en contradiction avec le principe comptable selon lequel toutes les dépenses d'exploitation engagées au cours d'un exercice doivent être rattachées à ce même exercice. C'est le cas notamment du versement du solde de la prime de service ou de diverses charges résultant de factures émises avant le 31 décembre mais rattachées à l'exercice suivant.

Une enquête lancée par l'Union hospitalière de l'Ile-de-France (UHRIF) et présentée en novembre 2002 montrait que sur trente-sept établissements d'Ile-de-France ayant répondu à l'enquête, trente étaient en situation de report de charges, notamment des charges de personnel et des charges médicales. Comme l'a bien montré une étude de la FHF<sup>272</sup>, les reports de charges s'amplifient. Le phénomène de report de charges est apparu de manière significative en 1999 et s'est accentué à partir des comptes de 2002. Les reports de charges bruts déclarés par les établissements ont progressé de +38 % de 2002 à 2003 pour atteindre 2,5 % des budgets. Leur seule évolution sur un an représente 0,7 % des budgets. Ils perturbent considérablement la mise en œuvre de la T2A. En effet, le problème majeur provient de l'impossibilité pour les établissements concernés, de connaître le coût réel de leurs activités. En effet, une partie des charges de fonctionnement n'apparaissant pas dans les comptes de l'exercice analysé, il leur est difficile, voire impossible, d'identifier leurs coûts de production, donc de se situer par rapport aux tarifs versés par l'assurance maladie.

Pour cela, la FHF préconise un rebasage des dotations hospitalières. Cette remise à niveau doit intéresser prioritairement les établissements qui sont à la

<sup>270</sup> Rapport de la Cour des Comptes de septembre 1998, p.480 et suivantes.

<sup>271</sup> « *Le contrôle des établissements publics de santé par les chambres régionales des comptes* », Danièle Lamarque et Gilles Miller, AJDA, avril 2003.

<sup>272</sup> « *Analyse des reports de charges 2003 dans les hôpitaux* », site de la FHF, 2004.



fois en situation de report net réel et en sous-dotation au regard du financement T2A. Sur ce point, le ministre de la santé et de la protection sociale a annoncé le 25 mai 2004 que des enveloppes spécifiques seraient débloquées pour accompagner la réforme : 300 millions d'euros seront attribués aux établissements les plus en difficulté et ayant des reports de charges significatifs (la répartition sera effectuée par l'ARH) ; 150 millions correspondant à des crédits « non fléchés » ont été débloqués par anticipation, permettant de donner aux agences régionales de l'hospitalisation une marge de manœuvre supplémentaire.

- Les sous-évaluations de charges

Certaines charges peuvent être manifestement sous-évaluées. Ainsi, les dotations aux amortissements sont de plus en plus souvent calculées non pas en fonction de la durée de vie des équipements, mais des possibilités budgétaires. A titre d'exemple, « de 1996 à 2000, l'actif immobilisé brut de l'AP-HP est en progression de 26,8 %, en raison notamment du nouvel Hôpital européen Georges Pompidou, alors que la dotation aux amortissements ne progresse que de 2,4 % »<sup>273</sup>.

De même peuvent se trouver sous-évaluées les dotations aux provisions obligatoires pour risques ou pour créances irrécouvrables. Le conseil d'administration prononce chaque année des admissions en non-valeur pour des créances irrécouvrables constatées au débit du compte c/416-2, puis inscrites en pertes au compte d'exploitation. Pour lisser les pertes sur créances admises en non-valeur sur les exercices antérieurs, les établissements hospitaliers ont la possibilité de constituer des provisions. Si cette charge est sous-évaluée, elle pèse sur les exercices ultérieurs. L'accumulation d'un stock de plus en plus important de créances irrécouvrables à l'actif du bilan affecte la sincérité de celui-ci. De plus, l'absence de budgétisation de ces pertes constitue une incitation à consommer les ressources budgétaires dans leur totalité. Sans tenir compte du fait qu'une fraction d'entre elles n'est pas annuellement recouvrée.

Aux termes de l'instruction comptable M21, les provisions pour créances irrécouvrables sont inscrites au compte 491-provisions pour dépréciation des comptes de redevables. Le montant de cette provision doit, en application des principes comptables de sincérité et de fidélité, refléter celui pour lequel le recouvrement est incertain, en partie ou en totalité. Or, l'insuffisance de provisions en couverture des créances douteuses admises en non valeur entraîne un gonflement des créances non apurées, inscrites à l'actif du bilan (c/416-2).

- Les transferts de charges entre le budget principal et les budgets annexes

Les chambres régionales des comptes recherchent les éventuels transferts de charges entre le budget principal et les budgets annexes, qui relèvent de financements différents. C'est le cas notamment des budgets annexes « maison de

<sup>273</sup> René Barbérye, *La crise de l'hôpital public*, revue de la FHF n°495, novembre 2003.

retraite» et «unités de soins de longue durée», dont les charges de fonctionnement peuvent être remboursées au budget principal pour des montants inférieurs au coût réel des prestations fournies. Il s'agit notamment des charges d'alimentation, de blanchisserie, de nettoyage, de charges communes d'administration générale et de personnel. Le budget général du centre hospitalier supporte alors indûment des charges participant de la prise en charge des personnes âgées. Une telle situation peut résulter soit de l'insuffisance des ressources allouées à ces budgets annexes, issues du prix de journée et des forfaits soins, soit d'une méconnaissance des coûts de fonctionnement de ces différentes structures. Il en est ainsi lorsque les remboursements opérés au bénéfice du budget principal par les budgets annexes de la maison de retraite et de l'unité de soins de longue durée ne reposent ni sur un prix de revient dégagé en comptabilité analytique ni sur un coût réel constaté.

A l'initiative de la DHOS, une opération dénommée « sincérité des comptes » a été conduite en 2003 et 2004 afin de préparer la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette opération a permis de clarifier la situation en identifiant avec précision les charges respectives du budget général et des budgets annexes dans la comptabilité de l'hôpital.

- Les créances dites de l'article 58

Aux termes de l'article 58 du décret du 11 août 1983<sup>274</sup>, les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie aux hôpitaux en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement à cet article (facturation individuelle selon le prix de journée), viennent en déduction des versements mensuels de la dotation globale dès lors qu'ils sont intervenus postérieurement à l'instauration de la dotation globale. Cette règle avait pour but d'éviter que l'assurance maladie n'ait en charge lors de la première année d'application du nouveau mode de financement des établissements publics de santé, d'une part, douze mois de dotation globale et, d'autre part, les sommes restant dues au titre de l'ancien mode de tarification. Cette règle a toutefois comme conséquence d'amputer le règlement de la dotation globale d'un montant correspondant aux sommes en attente de versement par les régimes obligatoires d'assurance maladie antérieurement à l'application du nouveau mode de financement.

Ces créances, dites de l'article 58, ont donc été « gelées » par les établissements hospitaliers sur les caisses de sécurité sociale. Elles sont reconduites d'année en année faute de pouvoir être réglées par les régimes d'assurance maladie. En vertu du principe de sincérité des comptes, ces créances doivent figurer au bilan mais elles constituent, en réalité, des créances fictives, ce qui pénalise la trésorerie des hôpitaux.

---

<sup>274</sup> Dispositions reprises dans le Code de la Sécurité sociale sous l'article R 714-1-9

c) L'impact de la T2A sur la trésorerie et l'investissement des établissements

Selon l'enquête précitée, la mise en place progressive de la T2A en 2004 ne semble pas avoir engendré de difficultés de trésorerie particulières. En effet, plus de huit établissements sur dix ont déclaré ne pas avoir observé de perturbations pour ce motif (82 %). Ce résultat doit être mis en perspective avec l'utilisation d'une ligne de crédit de trésorerie, outil quasi universellement utilisé en CHU, mais un peu moins fréquent en CH. Plus des deux tiers des CH ont répondu ne pas envisager de recours à une première ligne de crédit de trésorerie ou à l'augmentation d'une ligne déjà contractée, du fait de l'impact de la réforme du financement.

La gestion active de la trésorerie passe aussi par une réelle collaboration entre les services de l'ordonnateur et du comptable. Pourtant, plus de huit établissements sur dix (85 %) n'ont pas choisi d'aménagement ou de réorganisation de leurs relations avec les services du comptable, en raison de la mise en place de la T2A.

En revanche, les établissements anticipent de manière active la facturation directe des prestations hospitalières à l'assurance maladie (hospitalisations, consultations et actes externes) prévue pour 2006 dans le cadre de la réforme du financement. D'après cette enquête, la plupart des établissements (100 % des CHU et 83 % des CH) ont engagé dès 2004, une réflexion sur la réorganisation de leurs procédures de facturation.

La T2A incite les établissements à moderniser et adapter leurs structures de soins et leurs équipements, mais l'intégration des charges de structure dans les tarifs de prestations pourrait aussi représenter un frein à l'investissement et justement pénaliser les établissements les plus dynamiques en la matière. Les gestionnaires hospitaliers se montrent pessimistes concernant l'impact de la T2A sur la relance de l'investissement en France (alors que le plan « Hôpital 2007 » contient des mesures en ce sens). Ils sont plus des deux tiers (72 %) à penser qu'elle freinera l'investissement au plan national.

La T2A implique, en conséquence, une réflexion approfondie sur la politique interne d'investissement. La notion de retour sur investissement devient centrale, puisqu'un bon investissement dans le dispositif T2A est celui qui permet soit des économies de gestion, soit un accroissement de la production, donc de recettes, voire une combinaison des deux.

d) Le besoin d'une plus grande visibilité budgétaire à moyen terme

Les considérations qui précèdent ne doivent pas masquer le fait essentiel que la tarification à l'activité ne produit pas, de manière mécanique, des effets pervers ou vertueux. Sa réussite ou son échec dépendra essentiellement des modalités de mise en œuvre. A cet égard, cette réforme place les acteurs hospitaliers devant un dilemme qu'il est possible de résumer ainsi : « *Conscients de ces problèmes, les concepteurs de cette réforme prévoient un certain nombre*

*d'amortisseurs : la tarification n'entrerait en vigueur que progressivement, les premières années mélangeant tarification à l'activité et dotations historiques ; de même, une partie de la dotation régionale resterait à disposition des ARH pour le financement des Contrats d'objectifs et de Moyens. Mais se présente alors un dilemme : si ces amortisseurs sont importants, on ne voit pas, à part le côté symbolique d'un acte gouvernemental fort, quels sont les progrès réels de cette réforme par rapport à la situation précédente. S'ils sont de faible ampleur, on peut en revanche redouter que les comportements opportunistes des acteurs, réduits en l'état actuel, compte tenu de la faiblesse des incitatifs, ne s'accroissent, profitant des nombreuses lacunes du dispositif, et que les établissements s'isolent dans un environnement de compétition intensive, coupant court au développement des apprentissages »<sup>275</sup>.*

Certains hospitaliers s'inquiètent d'une possible dérive productiviste de la médecine hospitalière. Ainsi, « *cette vision gestionnaire s'accompagne volontiers d'une représentation purement technique de la médecine où le médecin est un ingénieur et un producteur de soins et le malade un "porteur d'organes" et un consommateur de soins. Le premier n'a qu'à respecter les procédures, le second devra signer qu'il a été informé comme on signe un devis avant la réparation de sa voiture. Cette évolution, compatible avec le fonctionnement de certaines prestations médicales de haute technicité (radiologie, anesthésie...), est incompatible avec le développement d'autres champs de la médecine, en particulier le traitement des maladies chroniques* »<sup>276</sup>.

La circulaire ministérielle destinée à permettre aux hôpitaux de déterminer leurs budgets pour 2005, a été adressée le 3 mars 2005 aux agences régionales de l'hospitalisation. Cette situation rend particulièrement périlleux l'exercice budgétaire 2005 pour des établissements qui sont censés transmettre leurs budgets aux agences régionales de l'hospitalisation le 15 mars.

La Fédération hospitalière de France estime qu' « *au moment où se met progressivement en place la réforme de la tarification à l'activité, l'opacité, le manque d'informations et l'absence de pilotage clair ne peuvent qu'alarmer des hospitaliers qui se sentent démunis face à une réforme dont les modalités de mise en oeuvre restent dans le plus grand flou. La seule certitude aujourd'hui est que l'hôpital public sera sous-financé en 2005. La FHF rappelle qu'une stricte reconduction des moyens des hôpitaux aboutit à une augmentation mécanique de + 5% des dépenses hospitalières en 2005. L'augmentation accordée par les pouvoirs publics de + 3,6% entraînera donc tout aussi mécaniquement des*

---

<sup>275</sup> *Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité*, Olivier Lenay et Jean-Claude Moisdon, Centre de gestion scientifique de l'École des Mines de Paris, Revue Française de Gestion, vol. 29, n°146, septembre-octobre 2003, p. 125-141.

<sup>276</sup> *Non à une vision gestionnaire et productiviste de la santé*, Grimaldi André, Leblond Véronique, Bourgeois Pierre, Bricaire François, *Le Monde*, 22 avril 2004

*déficits qui prendront la forme de reports de charges massifs, et vraisemblablement de réductions d'effectifs »<sup>277</sup>.*

Enfin, les difficultés financières de l'hôpital public ne sont pas toutes imputables à des différences de coûts de prise en charge entre structures. La situation est en réalité plus complexe, liée notamment à une insuffisance globale de financement collectif pour faire face à la progression continue de la demande de soins de santé dans les pays à haut niveau de vie. Les déterminants de la progression des dépenses de santé sont bien connus : vieillissement de la population et coûts de la prise en charge des pathologies chroniques, consumérisme médical, progrès de la médecine et de la sécurité sanitaire. D'autres facteurs de progression des dépenses mériteraient d'être approfondis : la fragmentation du lien social et l'évolution de la cellule familiale prolongent les séjours pour des raisons sociales. Certaines de ces évolutions sont porteuses de progrès considérables mais impliquent simultanément un effort sans précédent de rationalisation de la dépense publique. En outre, le succès de la réforme dépend aussi de beaucoup de la capacité des établissements à prendre les responsabilités qui sont désormais les leurs. En effet, l'un des objectifs affichés de la tarification à l'activité était de responsabiliser les acteurs hospitaliers qui doivent désormais anticiper leur activité pour prévoir leur budget et éventuellement réorienter cette dernière en conséquence, l'objectif principal étant une meilleure maîtrise des coûts, une meilleure efficacité dans le pilotage de l'hôpital. Par ailleurs, il est indispensable de prévoir à mi-parcours une évaluation des conséquences de l'application de la T2A sur le comportement des établissements public et privé et d'en mesurer l'impact sur les réponses aux besoins de santé. Il conviendra, à cette occasion, de mesurer les interactions entre le nouveau mode d'allocation de ressources, la réforme de la planification et la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les hôpitaux.

#### B - LA MODERNISATION DE LA GOUVERNANCE DES HOPITAUX PUBLICS

La situation de rigidité et de cloisonnement interne de l'hôpital public impose une évolution de sa gouvernance. Cette évolution doit permettre de rénover la gestion interne de l'hôpital en lui donnant plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Le 8° de l'article 73 de la loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit habilite le gouvernement à « *Réformer les règles de fonctionnement des établissements publics de santé, les règles et les modes d'organisation budgétaires et comptables ainsi que les règles de gestion des établissements de santé, adapter et aménager les compétences des agences régionales de l'hospitalisation en ces matières et réformer les règles de gestion des directeurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière* ».

<sup>277</sup> Communiqué de presse de la FHF en date du 4 mars 2005

S'agissant de l'organisation interne de l'hôpital, un protocole d'accord conclu avec les organisations représentatives des directeurs d'hôpitaux a permis de dégager quelques avancées significatives. Les conseillers généraux des hôpitaux<sup>278</sup>, par exemple, permettront de renforcer l'expertise des instances de la politique hospitalière.

L'ordonnance portant réforme de l'organisation interne de l'hôpital, modifiant et précisant les compétences respectives du directeur d'hôpital, du conseil d'administration et des instances consultatives, a été publiée le 2 mai 2005.

Dans le même temps, un travail de concertation a été entrepris avec les professionnels et les personnels hospitaliers. Quatre groupes de travail ont été constitués sur l'un de quatre thèmes suivants: la gouvernance interne, la gestion et le statut des directeurs, la gestion et le statut des médecins, et le régime budgétaire et comptable de l'hôpital. Ils ont pour mission de les approfondir et de proposer à l'issue de leur travail, des projets de textes législatifs et réglementaires.

A titre expérimental, plus de cent établissements se sont déjà engagés par anticipation dans cette démarche de nouvelle gouvernance<sup>279</sup> en créant un conseil exécutif et en s'organisant, au moins partiellement, en pôles d'activités. La Mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été chargée par le ministre de la santé de mutualiser les expériences des établissements les plus avancés<sup>280</sup>.

Les grandes lignes de la nouvelle gouvernance hospitalière avaient été présentées par le ministre de la Santé en juin 2003. Ces orientations ont reçu une traduction juridique dans l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime primaire des établissements de santé.

La modernisation de la gouvernance hospitalière s'organise autour de trois volets : une nouvelle organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital (1), la simplification de l'organisation interne (2) et, enfin, la rénovation de la gestion des hommes et des procédures de nomination (3).

### **1. L'évolution de l'organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital**

Il arrive de plus en plus souvent, du fait de la multiplication des contraintes et de la dilution des responsabilités, qu'on ne sache plus très bien, dans nombre d'établissements, qui dirige l'hôpital. Au-delà de ce constat, le fossé entre le

---

<sup>278</sup> Emploi accessible aux directeurs d'hôpitaux et aux praticiens hospitaliers pour accompagner les établissements de santé dans leur changement par des missions d'audit et d'expertise. Ils sont placés auprès du ministre de la Santé et assurent ces missions à sa demande selon des modalités définies par décret.

<sup>279</sup> Circulaire DHOS/E1 n°61 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

<sup>280</sup> Voir *Pour une nouvelle gouvernance hospitalière*, Actes du colloque du 8 septembre 2004, les cahiers de la MeaH.

monde médical et le monde administratif tend à se creuser, rendant nécessaire l'évolution de l'organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital. Elle s'organise, en clarifiant le rôle de chacun, selon un schéma simple :

- la stratégie et le contrôle reviennent au conseil d'administration ;
- la gestion relève d'un conseil exécutif placé sous l'égide du directeur général et associant, ce qui est une nécessité, l'administration et le corps médical réunis ;
- la définition de la politique médicale, de la formation médicale continue et d'évaluation est confiée à une commission médicale d'établissement nouvelle formule.

### *1.1. Les instances stratégiques et décisionnelles*

L'article L. 6143-1 recentre les missions du conseil d'administration sur des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle. En matière stratégique, il pourra adopter les orientations clés de l'établissement, comme le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens. Le conseil d'administration pourra ensuite avoir pour mission d'évaluer et de suivre, sur la base d'indicateurs de résultats, la mise en œuvre du projet d'établissement. Enfin, ses pouvoirs de contrôle sont renforcés et il peut désormais arrêter le plan de redressement prévu à l'article L.6143-3.

L'ordonnance modifie la composition du conseil d'administration et prévoit que leurs membres seront désormais répartis en trois collèges regroupant respectivement les représentants des collectivités territoriales, les personnels et les personnalités qualifiées ainsi que les représentants des usagers.

Enfin, une réflexion approfondie sur la question de la présidence du conseil d'administration a été engagée. Celle-ci est aujourd'hui attribuée de droit au maire de la commune. Cela pose question notamment parce que les zones de desserte des établissements hospitaliers s'étendent aujourd'hui, souvent, bien au-delà d'une commune, aux circonscriptions départementales et régionales. Dans les opérations de restructuration, fusion ou association, les maires peuvent être confrontés à de réelles contradictions. L'ordonnance maintient, toutefois, la présidence du conseil d'administration par le maire pour les CHU et les CH, et par le président du conseil général pour les CHS. Si le président de droit renonce à la présidence, son remplaçant sera désormais élu par les collèges des représentants des collectivités territoriales (premier collège) et des personnalités qualifiées et usagers (troisième collège) et en leur sein.

Le nouvel article L.6143-6-1 du Code de la santé publique prévoit la création d'une entité nouvelle : le conseil exécutif<sup>281</sup>. D'ores et déjà, dans nombre d'établissements, une structure de ce genre a déjà été mise en place. Mais il paraissait souhaitable d'institutionnaliser cette évolution et de clarifier le rôle

---

<sup>281</sup> Initialement dénommé « comité de direction », puis « comité médico-administratif », puis enfin « conseil exécutif ».

de ce comité. Sa vocation est d'assurer la gestion de l'établissement sous l'égide du directeur général.

La véritable innovation, dans la création de ce conseil exécutif, réside dans sa nature mixte administrative et médicale. Cette mixité vise à réconcilier les logiques différentes qui s'expriment à l'hôpital, et à dépasser les clivages, au service du seul intérêt général de l'établissement et du patient.

L'évolution, dans les projets d'ordonnance successifs, des intitulés et des missions de ce conseil exécutif illustre les débats entre les tenants d'une version calquée sur le monde de l'entreprise (le comité de direction constituerait le véritable « pouvoir exécutif » de l'hôpital) et les partisans d'une version plus institutionnelle préservant les fonctions de chaque instance mais instaurant un processus permanent de négociation et de préparation des décisions à travers un conseil plus de consensus qu'exécutif. Les conférences de présidents de CME, et de directeurs tant de CHU que de CH, et la FHF<sup>282</sup> ont largement défendu cette deuxième option, qui a conduit à confier au conseil exécutif une mission de préparation et de suivi des projets et des actions de l'établissement, dans le respect du rôle des instances de l'établissement.

L'ordonnance prévoit que ce conseil est composé à parité de praticiens de l'établissement, dont le président de la commission médicale d'établissement, et dans les centres hospitaliers universitaires, le doyen et des membres de l'équipe de direction dont le directeur, président de droit. Le conseil exécutif prépare l'ensemble des mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel dont les projets de délibérations mentionnées à l'article L. 6143-1. Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement fixent conjointement le nombre des membres du conseil exécutif dans des limites fixées par décret.

Il est également envisagé de doter l'hôpital d'un « dispositif de sécurité », pour éviter toute dérive. Si l'établissement ne parvenait pas, dans son nouveau cadre de responsabilité, à prendre les mesures de gestion nécessaires et suffisantes à son équilibre, le directeur d'ARH, saisi éventuellement par le conseil d'administration, pourrait donc disposer d'un double pouvoir :

- *un pouvoir d'injonction* : en cas d'écart important entre les objectifs prévus et les réalisations constatées, ou bien de déficits chroniques, le directeur de l'ARH pourrait demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige. En l'absence de mesures proposées par l'établissement et si le déséquilibre financier répond à des critères qui seront précisés par décret le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation mettra en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées ;

---

<sup>282</sup> « La gouvernance : compromis ou étape vers un nouveau management hospitalier ? »  
Véronique Anatole-Touzet, représentante de la FHF, revue de la FHF, n°498, juin 2004.



- *un pouvoir de suspension* conditionné à l'usage préalable du pouvoir d'injonction. Le directeur de l'ARH pourrait suspendre les pouvoirs du conseil d'administration et du conseil exécutif en mettant l'établissement sous le régime d'une « administration provisoire » (d'une durée maximale de 12 mois) par un ou plusieurs conseillers généraux des hôpitaux à la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, en cas de situation durablement dégradée et lorsque la mise en demeure prévue à l'article L.6143-3 n'aura pas été suivie d'effet ou en cas de carence du conseil d'administration dans l'exercice de ses attributions.

### *1.2. Les instances consultatives*

Les missions de la CME sont recentrées sur la définition de la stratégie médicale et de la politique de formation médicale continue et d'évaluation. Si l'essentiel des attributions consultatives antérieures de la CME donnait satisfaction, son rôle stratégique est conforté par une implication plus forte dans la définition de la politique médicale de l'établissement et dans l'organisation de la formation médicale continue et des certifications des pratiques professionnelles, obligatoires dès le 1<sup>er</sup> juillet 2005.

Sa composition apparaît en revanche amenée à évoluer vers une représentation fonctionnelle de l'organisation médicale de l'établissement qui devrait se substituer ainsi à ce qui était une simple représentation catégorielle des médecins. Seraient ainsi membres de droit de la CME l'ensemble des responsables médicaux des pôles, cette représentation fonctionnelle n'étant d'ailleurs pas exclusive de la détermination par l'établissement, à travers son règlement intérieur, d'une représentation médicale complémentaire. La CME continuerait, bien entendu, à élire son président, cette fonction de président de CME devenant plus attractive, avec une indemnisation personnelle et un remplacement de temps médical. Ceci devrait aussi être le cas pour les établissements privés.

Enfin, l'organisation et la mission de l'ensemble des comités internes de l'établissement devraient être revues, afin d'en limiter le nombre et en simplifier le fonctionnement. L'ordonnance prévoit que les divers comités et commissions de vigilance réglementés (commission du médicament et des dispositifs médicaux, comité de lutte contre les infections nosocomiales, etc.) jugés trop nombreux soient maintenus comme sous-commissions de la commission médicale d'établissement créées à cet effet par le règlement intérieur de chaque établissement.

## **2. La simplification de l'organisation interne**

La pierre angulaire de la simplification de l'organisation interne de l'hôpital devrait être la liberté d'organisation. Le principe général qui devrait guider la réforme sur ce point serait de laisser l'hôpital choisir le mode d'organisation qu'il juge le plus adapté et de développer des modalités souples de contractualisation

interne. C'est d'ailleurs ce qui est déjà possible avec « l'amendement liberté » de la loi de 1991, qui deviendrait simplement la règle et non plus une exception.

L'ordonnance du 2 mai 2005 instaure l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité. L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion. Afin d'obtenir des structures de taille critique suffisante, les pôles regroupent des services ayant des activités communes ou complémentaires. Les chefs de pôles seront à la fois des médecins et des gestionnaires et disposeraient de pouvoirs importants, en contrepartie de cette responsabilité. Pour cela, l'outil contractuel devrait être privilégié, aussi bien sur un mode externe, à travers le contrat d'objectif et de moyens signé avec l'ARH, que sur un mode interne et une contractualisation interne renouvelée et étendue, non seulement collective mais aussi individualisée.

Ce contrat conclu entre le « pôle » et le conseil exécutif pourrait comprendre une véritable délégation de gestion au responsable de pôle, pour, par exemple, décider des achats pour son « pôle » de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments. Les termes de cette délégation seraient fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans le contrat entre le "pôle" et le conseil exécutif.

Le nouvel article L.6146-1 indique que les centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux ou centres hospitaliers et universitaires s'organisent en pôles d'activité, créés par le conseil d'administration sur la base du projet médical d'établissement dont le nombre, la taille et la composition sont laissés au choix de l'établissement. Les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques peuvent comporter des structures internes, services et unités fonctionnelles à défaut de toute autre appellation que choisirait le conseil d'administration.

La possibilité de déterminer librement leur organisation interne dans le cadre, impératif, de pôles d'activité est ouverte aux établissements autres que les hôpitaux locaux. Aucune prescription ne définit le nombre, la taille ou la composition interne des pôles, leur dimension doit cependant atteindre une taille critique, permettant la contractualisation.

Plusieurs articles de l'ordonnance du 2 mai 2005 viennent préciser les modalités d'organisation de ces pôles.

Ainsi, l'article L.6146-2 substitue aux conseils de service ou de département les conseils de pôle, en vue d'associer les personnels au fonctionnement du pôle. Le conseil d'administration définit les modalités de fonctionnement de ces conseils. La composition du conseil de pôle est de nature réglementaire.

L'article L.6146-3 précise que les pôles d'activité cliniques ou médico-techniques sont sous la responsabilité d'un praticien titulaire nommé par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après avis du conseil exécutif et de la commission médicale d'établissement, parmi les candidats inscrits sur une liste nationale d'habilitation arrêtée par le ministre chargé de la santé. Dans les centres hospitaliers et

universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche et du président du comité de la recherche biomédicale et en santé.

Aux termes de l'article L.6146-4, les chefs de service sont affectés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement, après l'avis du conseil exécutif et de la commission médicale d'établissement. Dans les centres hospitaliers et universitaires, cette décision est, en outre, cosignée par le directeur de l'unité de formation et de recherche après avis du conseil restreint de gestion de l'unité de formation et de recherche.

L'article L.6146-6 définit les attributions du praticien responsable d'un pôle d'activité. Celui-ci dispose, dans le respect de la responsabilité médicale, d'une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des équipes médicales, soignantes et d'encadrement. Il est assisté dans ses fonctions par au moins un cadre de santé et un cadre administratif, au besoin une sage-femme cadre. La contractualisation interne lui garantit les moyens permettant d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Le projet de pôle doit obligatoirement comporter un volet relatif à la qualité et à l'évaluation des soins, et des objectifs d'évaluation des pratiques professionnelles approuvés par les chefs de service des pôles.

Enfin, l'article L.6146-9, substitue la commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation à la commission du service de soins infirmiers. Outre les compétences déjà assurées par cette dernière, la nouvelle commission est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Sur la base de cette nouvelle organisation, la contractualisation devrait permettre de donner du sens à des formes d'intéressement collectives et individuelles prévues par les textes mais restées lettre morte jusqu'à présent et ce, pour l'ensemble des personnels, médicaux ou non. Les modalités générales de l'intéressement au sein de l'établissement devraient être validées par le conseil d'administration en fonction, par exemple, d'objectifs d'organisation, d'activité médicale, ou d'économie.

### **3. La rénovation de la gestion des hommes et des procédures de nomination**

#### *3.1. Les médecins hospitaliers*

Les statuts des médecins hospitaliers devraient être simplifiés par la voie réglementaire. A terme, il ne pourrait plus y avoir que deux types de statuts : un statut de titulaire, les praticiens hospitaliers, dont le temps de travail pourra varier au cours de la carrière, résolvant par là même le problème récurrent de la proratisation des temps partiels ; et un statut de contractuel, qui pourrait regrouper les actuels contractuels et le nouveau statut des attachés.

« *Concernant les praticiens hospitaliers, la rigidité du système ne proviendrait pas pour l'essentiel de la nomination par le ministre, mais de l'annualisation du tour de recrutement.*<sup>283</sup> » Le gouvernement n'envisage pas de remettre en question cette nomination, quitte à envisager un système de délégation de signature au directeur de l'ARH. Le plus important reste la question de la simplification des procédures de nomination.

Les postes de praticiens hospitaliers pourraient ne plus être soumis à autorisation. Actuellement, la nomination d'un praticien hospitalier ne peut s'effectuer que sur un poste autorisé par l'ARH. Cette obligation gêne les établissements dans l'adaptation de leur projet médical. Les postes devraient donc être créés par l'établissement lui-même au vu de ses besoins et de ses moyens, moyens qui dépendront à terme de son activité, et donc des choix qu'il aura opérés. L'assouplissement de la procédure d'autorisation administrative de recrutement des médecins hospitaliers devrait permettre une publication au gré des besoins tout au long de l'année des profils de postes recherchés par l'établissement. Cependant, la suppression d'une telle autorisation pourrait entraîner des nominations sur des critères plus politiques que médicaux.

L'accès à la liste nationale d'aptitude pourrait aussi être simplifié. Un accès de droit, peu après la délivrance du diplôme d'études spécialisées, à la sortie du clinicat ou après une période de post-internat, pendant un laps de temps limité, paraît devoir être étudié. Ce délai dépassé, l'inscription sur la liste se ferait comme actuellement. Une fois inscrit sur la liste d'aptitude, un praticien hospitalier pourrait répondre à toute publication de profil de poste, en se présentant dans le « pôle » concerné.

La gestion des PH devrait être modernisée. Un Centre national de gestion, placé auprès du ministre, mais en dehors de l'administration centrale pourrait ainsi tenir à jour la liste d'aptitude, publier en temps réel les profils de postes adressés par les établissements, en utilisant les outils modernes de communication, et suivre la carrière des praticiens. Enfin, une position "hors cadre" assurerait une plus grande fluidité pour les praticiens souhaitant une mobilité, et permettrait de trouver facilement des solutions transitoires dans certaines situations délicates.

### 3.2. Les directeurs d'hôpitaux

La fonction de direction est une mission essentielle et difficile<sup>284</sup>. Elle nécessite que l'on revalorise la fonction de chef d'établissement et que l'on modernise les procédures de gestion du corps des directeurs. Trois éléments devraient permettre de moderniser cette gestion.

<sup>283</sup> Présentation du Plan Hôpital 2007 par M. Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, le 26 juin 2003.

<sup>284</sup> « *Vers une nouvelle gouvernance hospitalière* », Michel Crémeadez, revue de la FHF n°490, février 2003.

Premier élément, un Centre national de gestion, comme pour les praticiens hospitaliers, devrait assumer des tâches de gestion opérationnelle des carrières des directeurs. Il publierait les postes également en temps réel (postes de directeur adjoint et postes de chef d'établissement) en utilisant les mêmes outils modernes de communication et de diffusion de l'information (site Internet). Les postes seraient publiés au gré des besoins et non à date fixe, aucun poste de directeur d'hôpital ne pouvant être pourvu sans avoir fait l'objet préalablement d'une publication. Il assurerait la gestion des positions « hors cadre » créées aussi pour les directeurs. Il définirait et mettrait en œuvre une politique et une méthodologie d'évaluation des directeurs. Il suivrait les carrières et les évaluations.

Deuxième élément, la création d'un groupe *ad hoc* de 200 à 300 personnes, destiné à alimenter les postes de chefs d'établissement des 200 plus gros hôpitaux de France au moins, classés en emplois fonctionnels. Ce groupe serait alimenté par des profils de nature diverse (corps des directeurs d'hôpitaux avant tout, mais également candidats externes) faisant l'objet d'une sélection par une commission d'habilitation de façon transparente, objective et professionnelle, pouvant préconiser le suivi d'une formation adaptée à certains candidats. L'appartenance à ce groupe aurait une durée déterminée. Par ailleurs, la transformation de l'ENSP en grand établissement intégré au service public de l'enseignement supérieur devrait permettre que les formations qu'elle délivre, soient reconnues par un diplôme de l'Université.

Troisième élément, une profonde modernisation des procédures actuelles d'évaluation des directeurs est également envisagée. Le système actuel de notation a montré ses limites. L'évaluation des directeurs pourrait être confiée aux directeurs d'ARH et menée selon des procédures professionnelles et une méthodologie élaborée par le Centre national de gestion, en charge également du respect de cette méthodologie et du suivi des évaluations.

Parallèlement, la procédure de nomination devrait être simplifiée. Là aussi, cette simplification ne devrait pas remettre en cause la nomination par le Ministre mais assurer une gestion plus rapide et plus souple des postes vacants. Les directeurs adjoints, cadres de direction des établissements hospitaliers n'ayant pas la responsabilité de chefs d'établissements, pourraient être recrutés directement par le directeur général de l'établissement (après publication du poste). Pour les postes de chef d'établissement, la procédure de nomination serait simplifiée. Après définition, par le conseil d'administration, d'un profil de poste et du « mandat » du directeur recherché, les candidatures seront examinées par le conseil après publication de la vacance de poste par le Centre national de gestion. En vue de la nomination, le conseil transmettrait ensuite son avis au Ministre.

## C - LA SIMPLIFICATION DE L'ORGANISATION SANITAIRE

Malgré la tentative récente de simplification de l'organisation sanitaire (1), force est de constater que l'architecture mise en place au niveau régional demeure d'une grande complexité (2).

### 1. L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003

L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 comprend 32 articles répartis en huit titres dont les trois premiers méritent ici de retenir notre attention car ils visent à une simplification de l'organisation sanitaire.

#### 1.1. Le renforcement du rôle des ARH

Des ARH ont été créées sous forme de Groupement d'intérêt public (GIP) par l'ordonnance hospitalière du 24 avril 1996. La plupart des compétences exercées par les préfets de département et de région ont été transférées aux directeurs d'ARH, mais il subsistait certaines prérogatives encore aux mains des préfets. Selon la Cour des comptes, dans son rapport annuel sur l'état de la Sécurité sociale (septembre 2002), « *la répartition des compétences des ARH avec l'autorité préfectorale n'est pas satisfaisante sur deux points: la responsabilité des contrôles et la gestion des carrières des directeurs d'établissements et des praticiens hospitaliers* ».

Selon le député Étienne Blanc, rapporteur du projet de loi habilitant le gouvernement à simplifier et codifier le droit par ordonnance<sup>285</sup> : « *En matière de contrôle, le partage des compétences entre le préfet et le directeur de l'ARH, est à l'origine des difficultés de fonctionnement des services déconcentrés de l'État, notamment depuis la mise en place des missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation au sein des DRASS et placées sous l'autorité des préfets.* ». Les articles 1 à 4 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 mettent en oeuvre ce transfert de compétences entre le préfet et le directeur de l'ARH.

Le titre Ier de l'ordonnance vise à renforcer le rôle des agences régionales de l'hospitalisation et de leur directeur en leur transférant des compétences détenues jusqu'alors par le ministre de la Santé ou le préfet. Le texte prévoit ainsi d'étendre le champ de compétences des ARH à la sécurité sanitaire des établissements de santé. Les missions de contrôle assurées par les corps d'inspection des DRASS et des DDASS le seront désormais non plus seulement pour le compte du préfet mais aussi de l'ARH. Cette extension n'affecte pas le pouvoir de police du préfet ni ses attributions en matière de sécurité civile. Une autre disposition permet de donner au directeur d'ARH le pouvoir de suspendre en cas d'urgence et de « danger grave » le droit d'exercer des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et des pharmaciens exerçant dans des établissements de santé. Il se voit également attribuer le pouvoir de déférer

---

<sup>285</sup> Rapport AN, n° 752, avril 2003, p. 116.

devant la chambre disciplinaire de première instance les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes hospitaliers.

Enfin, l'article L.6115-3 du Code de la santé publique qui fixe les pouvoirs du directeur d'ARH est modifié de telle sorte que celui-ci peut « *pour les matières relatives à l'offre de soins hospitaliers et au fonctionnement des établissements de santé, recevoir délégation des ministres chargés de la Santé* ». En principe, cela devrait aboutir au transfert des compétences ministérielles relatives à la gestion des directeurs d'ARH pour la nomination des praticiens hospitaliers permanents et des directeurs d'hôpital.

### *1.2. La simplification de la planification sanitaire*

Le titre II de l'ordonnance contient d'autres dispositions concernant la simplification des outils de planification sanitaire et du régime des autorisations d'activités. Alors qu'auparavant le dispositif de planification reposait sur la combinaison de trois instruments (SROS, carte sanitaire et autorisations d'activités, d'équipements et de lits), les mesures contenues dans l'ordonnance visent à supprimer la carte sanitaire et à faire du SROS l'outil unique de planification. Le SROS, élaboré pour cinq ans, devra comporter obligatoirement une annexe qui précisera les objectifs quantifiés des différentes activités sur chaque territoire et les transformations, regroupements et coopérations nécessaires à sa réalisation. Le SROS intégrera en outre le schéma régional de psychiatrie. L'ordonnance prévoit aussi de remplacer les notions de « secteur » et de « zone sanitaire » par celle de « territoire de santé », lequel serait défini par l'ARH en tenant compte de la spécificité des activités de soins, afin de favoriser une approche infra-départementale, interdépartementale, voire interrégionale et une plus grande souplesse dans la définition des territoires de planification.

Parallèlement, le texte prévoit de déconcentrer au niveau des ARH toutes les autorisations et d'unifier leur régime en maintenant uniquement les autorisations d'activité et d'équipement. La notion d'installation disparaît en tant qu'objet soumis à autorisation. Délivrée sur la base du SROS et pour la même durée que la sienne, l'autorisation sera complétée par un contrat d'objectifs et de moyens comportant des objectifs quantifiés par activité. Les autorisations pour les alternatives à l'hospitalisation (HAD, chirurgie ambulatoire) ne seront plus soumises au taux de change.

Le titre II comporte également un article qui élargit les missions du comité de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires à la permanence des soins. Le nouvel article L.6313-1 du CSP stipule que dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population.

### *1.3. La simplification des formules de coopération sanitaire*

Le titre III de l'ordonnance prévoit l'unification des formules de coopération sanitaire et la modification du régime juridique du Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour en faire l'instrument de coopération privilégié. Il stipule qu'à partir de la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance, plus aucune communauté d'établissements ne sera créée, afin de donner plus d'efficacité à la conférence sanitaire de secteur. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, les professionnels ne pourront plus créer de syndicat interhospitalier, les SIH existants n'étant pas affectés par le nouveau dispositif.

En revanche, le projet d'ordonnance prévoit d'élargir les prérogatives du GCS, outil de coopération créé par l'ordonnance d'avril 1996 mais encore assez peu utilisé. Il donne la possibilité au GCS de s'ouvrir aux professionnels médicaux libéraux, aux établissements médico-sociaux et aux réseaux, en sus des établissements publics et privés. Le GCS pourra réaliser ou gérer pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur.

## **2. Une grande complexité subsistant au niveau régional**

L'enchevêtrement des responsabilités dans la conduite des politiques de santé entre l'Etat et l'assurance maladie, la persistance du cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social, l'articulation toujours délicate entre l'échelon régional et l'échelon départemental au sein des services de l'Etat, sont autant de facteurs qui rendent l'architecture institutionnelle de l'organisation sanitaire régionale particulièrement complexe.

### *2.1. La nécessaire clarification des rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie*

Comme l'a bien montré un rapport récent de la Cour des Comptes<sup>286</sup>, l'enchevêtrement des responsabilités dans la conduite des politiques de santé entre l'Etat et l'assurance maladie se traduit, au niveau local, par une multiplicité d'instances décisionnelles et de programmes d'action.

#### *a) Une relative confusion dans le pilotage des politiques de santé*

Il existe une quasi-unanimité des acteurs et des responsables de la santé et de l'assurance maladie sur l'idée que les réformes de 1996 visant notamment à rapprocher l'Etat et l'assurance maladie n'ont été qu'une étape.

Cette réforme est maintenant suffisamment ancienne pour que son apport et ses limites puissent être évalués et que des conclusions puissent en être tirées. L'orientation retenue à l'époque a eu deux contreparties, d'une part, un accroissement des chevauchements de compétences, chaque organisme étant

---

<sup>286</sup> Rapport annuel de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale, septembre 2004, chapitre X : organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie, p. 267 et suivantes.



amené par sa participation aux instances communes à se préoccuper de tous les sujets, d'autre part, la création de structures faibles. Cette faiblesse, la complexité des mécanismes mis en place et les limites des actions menées montrent que le rapprochement ne pouvait être que le prélude à une indispensable clarification entre l'Etat et l'assurance maladie.

L'enquête de la Cour des Comptes fait ressortir le fait qu'une nouvelle étape de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie devrait prendre en compte les principes suivants.

La région administrative n'est pas toujours le niveau géographique le plus adapté. En particulier, l'observation de l'état sanitaire de la population et l'analyse épidémiologique nécessitent des compétences qui ne peuvent être réunies qu'au plan national ou interrégional.

Les formules juridiques qui ont été utilisées, groupements d'intérêt public et unions, sont insuffisamment solides au regard de la difficulté des sujets à traiter, même si cela constitue un progrès vers le rapprochement de différentes structures régionales éclatées. Certes, elles ont permis d'initier un processus de rapprochement des acteurs mais leur faiblesse a constitué une difficulté supplémentaire à agir. Celle-ci contribue elle-même à expliquer que les URCAM, structures peu adaptées aux enjeux de la maîtrise des dépenses, se soient orientées aussi largement vers la réalisation d'études. *A fortiori*, il est peu vraisemblable qu'une structure superposant un groupement d'intérêt public aux GIP et unions préexistants, comme le ferait le Groupement régional de santé publique (GRSP) puisse avoir une efficacité suffisante. Des structures fortes doivent être mises en place. Par construction, la formule du GIP n'est adaptée qu'à des fonctions temporaires.

Une amélioration de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie suppose une clarification des responsabilités et de leur répartition, faute de laquelle les chevauchements de compétences entraînent le recours à des formules institutionnelles mal adaptées ou à une multiplicité d'instances de concertation. Le problème se pose avec acuité entre les services de l'Etat chargés de la santé et les caisses d'assurance maladie, notamment pour ce qui concerne le financement de la politique de santé publique et en particulier la prévention d'une part, les responsabilités sur l'hôpital, les cliniques privées et les réseaux de soins, d'autre part.

La Cour des comptes a également recommandé dans son rapport de 2000 un regroupement des caisses du régime général et la mise en place d'un véritable échelon régional du régime général d'assurance maladie qui se substitue à la totalité des structures existantes. Faute de telles évolutions, l'ensemble de l'organisation régionale de la santé et de l'assurance maladie ne peut que mal fonctionner. Plutôt qu'à l'organisation inter-régimes, la priorité devrait être donnée à une organisation plus efficace au sein du régime général, car c'est de cette efficacité que dépend celle de l'ensemble.

b) Les Groupements régionaux de santé publique (GRSP)

La création, prévue par la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, de GRSP ayant pour mission de mettre en oeuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique et constitués entre notamment l'Etat, les ARH, les URCAM et les CRAM, n'est pas de nature à clarifier la situation. Cette loi a réaffirmé le fait que cette coordination revient à l'Etat. En conséquence l'assurance maladie doit se concentrer sur son domaine de compétence qui est double : participer à la définition d'une politique efficace de prévention et s'assurer de sa mise en oeuvre ; en tant qu'opérateur, notamment comme gestionnaire principal du secteur ambulatoire, mener des programmes de prévention, en liaison avec les autres acteurs.

L'institution de tels groupements ne saurait donc pour le moins dispenser d'une redéfinition des rôles respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie au plan régional, afin d'éviter les chevauchements de compétences et la poursuite d'une répartition des tâches héritée du passé et qui ne répond aux besoins ni de la politique de santé publique ni de la gestion de l'assurance maladie.

L'analyse de la Cour des Comptes tend à montrer aussi que la simple création de groupements ne suffit pas à assurer la cohérence de l'ensemble et risque d'ajouter un niveau supplémentaire à un système déjà trop complexe.

De plus, une interrogation subsiste sur ce que les pouvoirs publics attendent du GRSP : *« un simple tour de table des décideurs et des financeurs, contribuant ainsi au déploiement cohérent du plan régional de santé publique, ou bien un outil de mise en oeuvre, constituant en son sein les moyens propres du développement des actions de santé publique. La deuxième solution comporte des risques sérieux de redondance et de concurrence entre DRASS et GRSP »*<sup>287</sup>.

Force est de constater que la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique *« complexifie encore le paysage en lui ajoutant le groupement régional de santé publique...et n'a donc pas fait le choix d'un élargissement des compétences des agences régionales d'hospitalisation pour en faire des agences régionales de santé. Si cette option était débattue et soulève d'autres problèmes, elle présentait en revanche l'avantage d'offrir une plus grande lisibilité et moins de prise aux conflits d'institutions »*<sup>288</sup>.

---

<sup>287</sup> « L'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire », Marie-Ange du Mesnil du Buisson et Emmanuelle Jeandet-Mengual, Revue Française des Affaires sociales, n°4 oct.-déc. 2004.

<sup>288</sup> « Quelle régionalisation du système de santé en France ? », Dominique Polton, cahiers hospitaliers, juillet-août 2003.

## 2.2. *Le maintien du cloisonnement entre les secteurs sanitaire et médico-social*

L'articulation entre ces deux secteurs se révèle délicate en raison notamment du fait que l'offre de soins est, dans une large mesure, de plus en plus régionalisée et déconcentrée alors que de larges pans du secteur social et médico-social ont été décentralisés au niveau départemental (a). Cela est particulièrement sensible en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées (b).

### a) Le constat

En théorie, l'ordonnance du 4 septembre 2003 formalise la volonté des pouvoirs publics de renforcer l'articulation des secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et la médecine de ville. L'article 5 de ce texte énonce que « *le schéma d'organisation sanitaire(...) tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social* ». Toutefois cette initiative n'est pas accompagnée d'un décloisonnement institutionnel. Le cloisonnement des différents secteurs de prise en charge des patients induit des ruptures dans la prise en charge des patients.

Ainsi, le nouveau dispositif substitue à la section sanitaire du conseil régional de santé un comité régional de l'organisation sanitaire. Mais l'ordonnance ne crée pas un organe unique auquel elle aurait attribué des fonctions de consultation sur des projets intéressant le champ sanitaire, social, médico-social ou la médecine de ville. Néanmoins, la présence, au sein de cette institution, de représentants de la médecine libérale et du comité de l'organisation sociale et médico-sociale vise à favoriser une appréciation transversale des projets qui lui sont soumis.

Le principal obstacle institutionnel au décloisonnement des deux secteurs tient au rôle des conseils généraux dans le champ médico-social. En effet, les lois de décentralisation ont confié aux conseils généraux les compétences en matière sociale et médico-sociale, favorisant l'échelon de proximité. Aujourd'hui, les conseils généraux ont acquis une expérience forte dans le domaine social et médico-social que l'on peut difficilement remettre en cause. Ils sont les interlocuteurs privilégiés des multiples associations qui ont en charge une large part de ce secteur. En attendant la création d'une agence régionale de santé aux compétences étendues, la coordination des actions entre les services de l'Etat et des collectivités territoriales semble la seule voie possible, comme le suggérait déjà le rapport Morel de 1998.

En effet, constatant la multiplication des acteurs intervenant dans les domaines de la protection sanitaire et de la promotion de la santé, et l'absence de doctrine de l'organisation de l'Etat en santé publique, le rapport Morel insistait sur la nécessité de collaboration et de coordination entre ces acteurs, et surtout, d'une clarification des compétences entre l'Etat et les conseils généraux, les préfets, les agences techniques de santé et les ARH.

Comme le note fort justement un directeur d'ARH « *Trois acteurs se partagent aujourd'hui le secteur sanitaire et médico-social. L'agence régionale de l'hospitalisation a la haute main sur l'enveloppe sanitaire des établissements de soins publics comme privés. Le Préfet est compétent sur l'enveloppe médico-sociale avec compétence sur le secteur des handicapés par exemple. Les conseils généraux sont principalement compétents sur l'aide sociale et les personnes âgées. Les difficultés de la crise sanitaire d'août 2003 dite de la canicule ont pourtant démontré la nécessité d'une unité de commandement. Cette nécessité est apparue en matière de gestion sanitaire, à tout le moins dans les territoires. Sauf que la question demeure entière de savoir autour de qui et avec quel périmètre précis* »<sup>289</sup>.

b) La décentralisation dans le secteur médico-social et la prise en charge des personnes âgées

La séparation des secteurs sanitaires et médico-sociaux constitue un frein à une politique cohérente de prise en charge des personnes âgées est source de conflits d'intérêts entre les différentes autorités compétentes. C'est dans un souci de décloisonnement qu'une expérimentation avait été annoncée dans deux régions à la demande des DARH en mai 1999. De la même façon, la circulaire relative aux conventions tripartites incite à l'intervention des ARH dans le secteur des personnes âgées dépendantes.

La loi relative aux responsabilités locales prévoit désormais que les conseils généraux deviennent les chefs de file de l'action médico-sociale. En revanche, l'élargissement de leurs compétences dans le secteur du handicap reste encore imprécis, notamment à la suite de la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances et la participation à la citoyenneté des personnes handicapées. Au-delà de la gestion des crédits émanant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les débats vont vraisemblablement continuer pour déterminer les crédits que les départements pourraient à terme se voir confier ou non. Les discussions qui ont entouré la création de la CNSA n'ont pas permis de conclure.

Dans cette hypothèse, la FHF estime que plusieurs garanties institutionnelles et juridiques sont à promouvoir<sup>290</sup>. La FHF souhaite d'abord que soit mise en place une structure départementale, sous la forme d'un groupement d'intérêt public, associant les associations représentatives des bénéficiaires - personnes âgées et personnes handicapées -, les services de l'État qui demeurent concernés par ce domaine au titre d'autres compétences (police générale et sanitaire, sécurité alimentaire, politique de l'équipement et du logement, etc.), de

<sup>289</sup> « *Déconcentration, décentralisation ?* », Patrice Blémont, directeur de l'ARH de Franche-Comté, Les cahiers hospitaliers mai 2004.

<sup>290</sup> « *La décentralisation dans le secteur médico-social* », analyse et point de vue de la FHF, n°498, mai-juin 2004.

même que des représentants de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), et les fédérations professionnelles des établissements et du domicile.

La FHF souhaite ensuite que les ressources financières affectées au secteur médico-social dans les budgets des conseils généraux soient sanctuarisées, en sécurisant la ligne de dépenses dévolues pour les personnes âgées et handicapées. Cette ligne de dépenses pourrait faire l'objet de dispositions comptables spécifiques, sous la forme de « dépenses obligatoires », à l'instar d'autres domaines d'action sociale, de même qu'en autorisant les virements de crédits en abondement mais non en diminution.

### *2.3. Au sein des services de l'Etat, une articulation difficile entre les échelons régional et départemental*

L'articulation entre le niveau départemental et le niveau régional « est un de ces sujets récurrents qui empoisonne l'organisation administrative en France depuis de longues années : l'incapacité à décider du niveau territorial pertinent pour piloter l'action parasite en permanence la conduite des politiques publiques au nom d'enjeux de pouvoir »<sup>291</sup>.

L'administration sanitaire et sociale n'échappe pas à ces difficultés, et l'échec de l'expérience des DRISS peut en témoigner. Cependant le ministère de l'intérieur semble résolu à affirmer une « ligne de management » cohérente, situant l'action des préfets de département dans le cadre des orientations fixées par le préfet de région. Le développement des politiques sanitaires avait anticipé depuis une dizaine d'années cette évolution. Depuis la loi de 1991, la planification hospitalière avait affirmé la nécessité d'une stratégie régionale. Les institutions et les outils ont suivi au fil des années : unions régionales des médecins libéraux (URML) d'abord, puis unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et ARH. Le consensus sur le niveau régional comme échelon de définition des stratégies régionales et de pilotage de leur mise en oeuvre est désormais acquis, il est confirmé par la constitution des pôles régionaux autour du préfet de région<sup>292</sup>.

Par ailleurs, l'impact de la LOLF va tendre au renforcement de cette compétence régionale afin de permettre la déclinaison d'objectifs nationaux en responsabilisant l'échelon régional sur les résultats à atteindre, quel que soit le niveau territorial de mise en oeuvre des politiques.

Enfin, les fonctions d'observation, d'évaluation et de contrôle, qui supposent un excellent niveau d'expertise et une masse critique de moyens, ne peuvent se développer de façon efficace qu'au niveau régional.

À ces réflexions générales sur l'affirmation du niveau régional, s'ajoutent les interrogations propres au champ social, sur lequel les DRASS sont restées

<sup>291</sup> « L'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire », op. cit.

<sup>292</sup> Circulaire du Premier ministre du 19 octobre 2004 relative à la réforme de l'administration territoriale de l'Etat (création de pôles régionaux, organisation des préfetures de région).

jusqu'à présent très en retrait<sup>293</sup>. De nombreux éléments plaident pour que la stratégie régionale couvre le champ social comme le champ sanitaire :

- la faiblesse des interventions résiduelles des DDASS sur le social, leur hétérogénéité et leur dispersion, qui se traduit par d'inévitables problèmes de gestion des compétences des agents, notamment dans les petites DDASS, voire dans les directions de taille moyenne, quand il faut assurer la continuité du service, la transmission de la mémoire, et plus globalement le développement d'une véritable expertise (qui ne peut se concevoir lorsqu'il n'existe qu'un cadre A sur un bloc de compétences) ;
- la difficulté à piloter cent entités départementales en direct dans le cadre des nouvelles règles de gestion introduites par la LOLF ;
- le risque de faiblesse du lien santé/social, si chaque niveau se spécialise la région dans le sanitaire et le département dans le social, alors qu'est revendiquée par tous la nécessité du maintien d'une forte cohésion entre les deux champs.

Cependant, d'autres arguments « *tels que l'importance du lien à conserver avec le terrain, les nécessités du dialogue avec le conseil général et les contraintes de la gestion des crises, fonction désormais présente en permanence plaident pour le maintien d'une autonomie du niveau départemental, c'est-à-dire une présence territoriale active et réactive, autonome ou disposant d'une large délégation notamment en cas de crise. Dans tous les cas, l'appui d'un bon niveau d'expertise géré collectivement au plan régional paraît indispensable* »<sup>294</sup>.

#### D - LA RELANCE DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

Le volet investissement du Plan hôpital 2007 doit permettre la modernisation et la réorganisation des établissements de santé pour améliorer le fonctionnement et optimiser la gestion économique.<sup>295</sup>

La loi du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003 a créé le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Ce fonds se substitue au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO), créé pour cinq ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, et au Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. Le FMES avait pour mission le financement des

<sup>293</sup> Une enquête réalisée par la DAGPB en mars 2003 montre que les politiques sociales (hors professions sociales) mobilisent à peine plus de 5 % des effectifs des DRASS, contre près de 50 % des effectifs des DRASS.

<sup>294</sup> « *L'organisation des services territoriaux de l'Etat dans le domaine sanitaire et social : une évolution nécessaire* », op. cit.

<sup>295</sup> Voir aussi « *L'investissement public en France : bilan et perspectives* », rapport et avis présentés par M. Charles Demons, au nom de la section des problèmes économiques généraux et de la conjoncture, le 22 novembre 2002.

dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé. Les missions du FMESPP se distinguent par deux volets, l'un consacré aux ressources humaines, l'autre aux investissements.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 et le décret du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé<sup>296</sup> régissent la partie investissement du FMESPP.

Le fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations, doit financer, entre autres, des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé. Ces dépenses concernent les établissements de santé publics et privés et, depuis la loi du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, les dépenses des groupements de coopération sanitaire (GCS) de droit public. Les ressources du FMESPP sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette participation est fixée pour l'année 2005 à 405 millions d'euros<sup>297</sup>. L'évolution de la dotation du FMESPP (volet investissement et volet ressources humaines) montre une progression constante depuis 2001 mais un fléchissement pour 2005.

Tableau 8 : Evolution de la dotation du FMESPP

(en millions d'euros)

2000	2001	2002	2003	2004	2005
106,71	91,46	152,45	450	470	405

Source : rapport Sénat ; Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005 ; novembre 2004.

Le Plan Hôpital 2007 prévoit la réalisation de six milliards d'euros d'investissements supplémentaires entre 2003 et 2007, ce qui correspond à une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30 %. Ces investissements supplémentaires concernent les établissements de santé publics et privés participant ou non au service public hospitalier. Ces financements doivent attirer des investisseurs complémentaires (collectivités territoriales, entreprises privées) avec un effet levier attendu de 1,75 pour atteindre un montant de 10,5 milliards d'euros sur cinq ans. L'assurance maladie finance six milliards d'euros de ces investissements supplémentaires, le solde est financé par le recours à l'emprunt des établissements de santé.

Le volet investissement du Plan Hôpital 2007 repose sur deux sources de financement. D'une part, des aides en fonctionnement en crédits ONDAM destinés aux établissements publics et privés sous dotation globale pour un montant annuel de 90 millions d'euros (70 millions d'euros en 2003). Ces aides financent le surcoût des emprunts mobilisés et les dotations aux amortissements. Elles peuvent aussi financer les loyers induits par les opérations externalisées (constructions réalisées par les collectivités territoriales, des sociétés d'économie

<sup>296</sup> Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 modifié par le décret n° 2002-1213 du 4 octobre 2002 et par le décret n° 2003-395 du 24 avril 2003.

<sup>297</sup> Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la Sécurité sociale pour 2005.

mixte ou des entreprises privées). D'autre part, des aides en capital à hauteur de 1,5 milliard d'euros par an pour la durée du Plan sont versées par le FMESPP. Les aides sont destinées aux trois catégories d'établissements de santé et prioritairement aux établissements privés ne participant pas au service public hospitalier qui ne peuvent pas recevoir de subvention de fonctionnement. Sur les 937 opérations sélectionnées au plan national, 585 concernent les hôpitaux publics, ce qui représente 76 % du montant total des investissements retenus.<sup>298</sup>

Le volet investissement du Plan Hôpital 2007 s'appuie également sur des dispositions juridiques nouvelles qui permettent d'externaliser la réalisation de certaines opérations. Outre les instruments classiques d'investissement direct, les établissements de santé peuvent conclure des baux emphytéotiques et des baux de conception-réalisation-maintenance, déléguer des maîtrises d'ouvrage à des collectivités territoriales, à des sociétés d'économie mixte ou à des entreprises privées<sup>299</sup>. De plus, la Mission d'appui à l'investissement national hospitalier (MAINH)<sup>300</sup> créée pour faciliter la mise en œuvre du volet investissement du Plan, fournit un appui technique et opérationnel, notamment dans l'élaboration, par les ARH, des Plans pluriannuels régionaux d'investissement (PPRI). Ces plans, d'une durée de cinq ans, incluent notamment les investissements supplémentaires inscrits dans les Objectifs régionaux pluriannuels d'investissement (ORPI). Les ORPI correspondent au montant des investissements supplémentaires que doivent générer les aides en capital et en fonctionnement du Plan hôpital 2007 et sont fixés par le ministère de la Santé.<sup>301</sup>

### III - DE NOUVELLES PISTES DE REFLEXION POUR L'HOPITAL PUBLIC

Il est rare qu'une organisation connaisse en même temps autant de mutations profondes que celles que subit l'hôpital public aujourd'hui. Ces mutations concernent tant les catégories de population qu'il doit prendre en compte que les modes eux-mêmes de prise en charge, du fait de l'évolution rapide et croissante des techniques médicales.

En effet, l'hôpital doit s'adapter rapidement à un public qui est en train de constituer son principal groupe de patients, les personnes âgées prises en charge dans leur durée et leur globalité, avec des interactions permanentes entre les champs sanitaire, médico-social et social. Cette population, en forte croissance,

<sup>298</sup> Dexia crédit local, direction des études et de la documentation, Conjoncture hospitalière 2005, mars 2005.

<sup>299</sup> Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

<sup>300</sup> La MAINH est une équipe pluridisciplinaire composée d'ingénieurs et techniciens hospitaliers et non hospitaliers ainsi que divers économistes déployée dans les régions.

<sup>301</sup> Circulaire DHOS/F/2003/139 du 20 mars 2003 relative au Plan d'investissement national hôpital 2007.



est très différente de celle pour laquelle il a été conçu après la seconde guerre mondiale : le jeune adulte porteur d'une pathologie aiguë et traitée sur une courte période.

Simultanément, l'hôpital public doit aussi intégrer des révolutions technologiques nécessitant des investissements croissants, dans un contexte de régulation financière forte et dans un environnement social et juridique en mutation.

En outre, si l'hôpital a pour missions principales de « *soigner le mieux possible tout le monde à tout moment et au meilleur coût* », d'assurer l'enseignement des professions de santé et de développer la recherche clinique, d'autres fonctions sont perçues de fait comme celles de l'hôpital. Ainsi, les responsabilités de l'hôpital en matière de politique de l'emploi ou d'aménagement du territoire apparaissent souvent comme des freins externes aux nécessaires évolutions de l'offre hospitalière et à l'exercice même de ses missions.

Le Plan Hôpital 2007 vient apporter des premières réponses, encore incomplètes, à ces défis. Mais il ne résoudra pas tout et comporte en lui-même certains risques. Ainsi la tarification à l'activité (T2A), qui est l'enjeu majeur de cette réforme, apportera plus de transparence, donc normalement une gestion plus efficace des ressources de l'hôpital. Mais elle ne résoudra pas le problème du besoin de financement structurel de l'hôpital public lié aux tendances lourdes évoquées au début de ce chapitre. Il est à ce titre regrettable que la réforme de l'hôpital contenue dans le Plan Hôpital 2007 n'ait pas été, dès l'origine, remplacée dans la réforme plus vaste de l'assurance maladie de 2004.

A la lumière du constat précédemment dressé sur l'ensemble de l'hôpital public, il apparaît nécessaire d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion ou d'approfondir celles qui semblent les plus prometteuses.

#### A - POUR UNE REAPPROPRIATION DES VALEURS DE L'HOPITAL PUBLIC PAR LES PROFESSIONNELS

##### **1. Réconcilier la tradition humaniste de l'hôpital et l'approche techniciste de la médecine moderne**

Comme toute autre organisation, l'hôpital est touché par la dévalorisation relative du travail au profit de la vie personnelle, qui caractérise notre société. Les jeunes générations de médecins ne sont pas moins dévoués que leurs aînés mais ils aspirent à un travail mieux organisé, plus efficace. En médecine de ville, 50 % des médecins travaillent en groupe et ce sont les plus jeunes. Le travail à temps partiel se développe, principalement chez les femmes médecins<sup>302</sup>.

---

<sup>302</sup> Les femmes représentent au 1<sup>er</sup> janvier 2003 76 % des professionnels de santé, contre 71 % en 1983. Elles représentent 37 % des médecins en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2003 mais 59 % des étudiants en médecine en 2002.

L'hôpital n'est plus le lieu de vie dans lequel « *on travaillait sans compter* », mais un lieu de travail qui doit permettre au médecin d'exercer son art le plus efficacement possible, sans empiéter sur la vie personnelle. A titre d'illustration, les réunions de « *staff* » sont rarement programmées le samedi matin, ce qui était pratique courante il y a vingt ans.

« *Le jeune médecin du XXI<sup>ème</sup> siècle lorsque l'on évoque son projet d'avenir met en avant comme premier critère de choix la vie privée, devant les loisirs, les relations avec les patients, le revenu, l'engagement professionnel, la notoriété scientifique, rejoignant ainsi l'ensemble de la population des jeunes cadres, qui font des choix équivalents. Ainsi la population des jeunes médecins s'inscrit bien dans la modification comportementale de la jeune société française qui aujourd'hui arrive plus âgée dans le monde du travail avec une exigence de qualité de vie personnelle devançant les objectifs à moyen et long terme de progression de carrière.* »<sup>303</sup>

Une personne ne choisit pas d'être médecin ou soignant par hasard. Si l'on parle souvent, pour ces métiers comme pour certains autres, de vocation, ceux-ci ont comme particularité le fait que la relation à l'autre, qu'il soit qualifié de patient, malade, usager ou client, passe par le dévoilement d'une partie de son intimité la plus profonde à travers le soin corporel et/ou psychique. C'est à l'hôpital également que « *la plupart de nos concitoyens découvrent la tragédie de notre passage sur la terre, puisque 85 % des gens y meurent* »<sup>304</sup>. Pour ces raisons, il est impossible, illégitime et dangereux de réduire l'hôpital à une « *entreprise productrice de soins* ».

Dans ce contexte, la crise des valeurs que traverse l'hôpital public tient probablement au fait qu'il est plus difficile aujourd'hui qu'hier de répondre à la question : au nom de quoi soigner ? La réponse fut successivement la religion, puis la solidarité et le progrès scientifique. Ces deux dernières valeurs, porteuses d'absolu, ont été en effet remises en cause par la prise de conscience du fait que le progrès scientifique n'était ni linéaire ni infaillible, mais plutôt l'objet de phases de gestation, de fulgurance et d'erreurs. L'apparition de nouvelles pandémies, l'affaire du sang contaminé et les difficultés pour venir à bout du cancer<sup>305</sup> en témoignent. La solidarité quant à elle se heurte parfois aux contraintes financières face à des besoins grandissants.

<sup>303</sup> Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003, Dr Patrick Bouet (Rapporteur), Docteurs Maurice Bernard-Catinat, Marie-Elisabeth Delga, Gérard Grillet, Bernard Monier, Jean Pouillard.

<sup>304</sup> Jean de Kervasdoué, « *Alléger la chape bureaucratique qui pèse sur l'hôpital* », Le Concours Médical, Tome 126-26, page 1541, 22 septembre 2004.

<sup>305</sup> Echec reconnu par Bill Clinton en 1991 de la « *guerre totale* » contre le cancer lancée le 23 décembre 1971 par Richard Nixon aux USA, dont l'objectif était en vingt ans de diminuer le nombre de cancer par deux : a contrario, et à titre d'exemple, le nombre de cancers du poumon dans le monde a doublé entre 1975 et 2005 (source : section britannique de *Cancer research*, le Figaro du 28 Avril 2005), nécessité de créer en France en 2005 un Institut National du Cancer, etc.

Faute d'idéal à partager, c'est le citoyen-patient lui-même qui est aujourd'hui « *idéologisé* »<sup>306</sup> : il n'est plus qu'un « client », qu'un « usager » qui a des droits nouveaux, et qu'un « malade » à qui on doit la vérité. Le patient devient un « consommateur de soins » face à des « producteurs (les médecins) et des techniciens (les soignants) de soins ».

Or, la véritable mission du service public est de prendre en charge une personne dans sa globalité, car le patient ne se résume pas à un ensemble de pathologies à traiter. Alors qu'autrefois, seule la chirurgie était considérée comme noble, qu'aujourd'hui la médecine hospitalière devient de plus en plus technicienne et spécialisée, il devient nécessaire de revaloriser la médecine générale hospitalière, c'est-à-dire la médecine interne (qui intègre les savoirs et pratiques de nombreuses spécialités médicales), et de développer également une médecine polyvalente gériatrique, tant dans les hôpitaux universitaires que généraux et de proximité.

Cette évolution, pourtant parfaitement légitime sur certains aspects, est mal vécue par l'ensemble du personnel hospitalier pour plusieurs raisons. D'abord, parce qu'elle peut placer implicitement la relation au patient dans un rapport de forces, parfois conflictuel ; ensuite, la tendance largement médiatisée à la judiciarisation, même si dans les faits celle-ci relève plus d'une crainte que d'une réalité, incite les acteurs de l'hôpital au repli sur soi (cf. chapitre II).

Faute d'avoir le temps et les moyens de partager explicitement un socle de valeurs communes, autour des soins, de la recherche et de l'enseignement, certains médecins de l'hôpital public, sont alors conduits à exercer leur art dans le secteur privé ou dans l'industrie pharmaceutique à la recherche de meilleures conditions de travail. (première cause de défection des médecins dans l'hôpital public). De la même façon, les soignants peinent à attirer les jeunes dans leurs filières de formation, quand ils ont eux-mêmes le sentiment que leur métier est maintenant présenté comme celui d'un « technicien du soin », concept très réducteur par rapport à leur mission de prise en charge globale du patient.

Afin que les professionnels de l'hôpital se réapproprient les valeurs de l'hôpital, il est impératif de restaurer leur confiance dans l'hôpital. Il convient donc de réaffirmer fortement la primauté du soin sur l'économique. Pour cela, et au-delà de l'adoption un peu formelle, chaque année, d'une loi de financement de la sécurité sociale, un véritable débat public doit avoir lieu sur les choix d'allocations de ressources que la Nation est prête à consacrer au système de santé, au premier rang duquel figure l'hôpital public.

Il s'agit également de refonder en confiance l'alliance entre le patient et le médecin, clé de voûte de la médecine selon Hippocrate, en reconnaissant à chacun d'eux un rôle qui lui est propre. Il s'agit d'être uni contre la maladie, et non d'objectiver la maladie en la transformant en instrument de pouvoir entre des individus.

---

<sup>306</sup> Luc Ferry, « *L'homme-Dieu ou le sens de la vie* », Grasset, 1996.

C'est à la lumière de cet humanisme retrouvé, qui transcendera le consumérisme sous-jacent aux évolutions actuelles, que les professionnels pourront se réapproprier les valeurs qui sont l'honneur du service public hospitalier et font de l'hôpital un lieu unique, véritable miroir de la société toute entière.

Ainsi que l'écrivait Jacques-René Tenon (1724-1816), chirurgien, réformateur des hôpitaux en 1788, « *Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple* »<sup>307</sup>.

## 2. Redéfinir et clarifier les missions du service public hospitalier

Aujourd'hui, le défi que doit relever l'hôpital est bien celui de « *soigner le mieux possible tout le monde à tout moment et au meilleur coût* », et d'assurer l'enseignement et la formation des professionnels de santé ainsi que la recherche.

Comme le soulignait un avis récent du Conseil économique et social<sup>308</sup>, l'hôpital, loin d'être seulement un enjeu sanitaire, est aussi un acteur majeur de la vie locale. Ainsi, « *il est générateur de nombreux emplois, directs et indirects. L'hôpital qu'il soit public ou privé est souvent le premier employeur des villes françaises, notamment de petite et moyenne tailles. Dans les petites villes, la fermeture d'un hôpital prive la ville, voire le « pays » d'un certain dynamisme. Dans le monde rural et au même titre que les services publics en général, maintenir un service de santé est un moyen non seulement de limiter l'exode mais aussi d'accueillir de nouvelles populations. Pour les grandes villes également, la fermeture de l'un de ses établissements n'est pas sans conséquences économiques et sociales* ».

Les réformes en cours sont perçues de manière confuse sur le terrain et peuvent être résumées de la façon suivante : « *Il y en a trop en même temps et on n'en comprend pas le fil directeur. Personne dans l'hôpital n'en a une vision globale...* ». En effet, bon nombre d'hôpitaux vivent en 2005 la deuxième version de l'accréditation, la mise en place à titre expérimental de la nouvelle gouvernance (pour plus d'une centaine d'entre eux), la nouvelle Classification commune des actes médicaux (CCAM) dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), celle-ci mobilisant de nombreux médecins et soignants qui se trouvent ainsi privés de temps pour l'exercice de leur métier. À titre d'illustration, pour pallier cette charge de travail supplémentaire, l'hôpital de Garches (92) a dû dédier une équipe entière transversale de médecins sur ce sujet, pour ne pas pénaliser la vie des services.

Outre le fait de dégager du temps donc des moyens supplémentaires, il est impératif de faire adhérer l'ensemble des acteurs aux réformes en cours, et pour

<sup>307</sup> in « *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* » (1760)

<sup>308</sup> « *Aménagement du territoire et établissements de santé* » rapport et avis présentés par M. Michel Picard, au nom de la section des économies régionales et de l'aménagement du territoire, 2004.

cela de donner du sens à ce qui pourrait aujourd'hui n'apparaître que comme une juxtaposition de réformes techniques.

L'adhésion des acteurs suppose un débat autour des valeurs fondamentales de l'hôpital pour s'assurer de leur partage entre les professionnels de santé et la population, préalable à l'acceptation par la société d'une réforme aussi sensible que celle de l'hôpital.

La traduction des missions présentées au début de ce chapitre peut être regroupée autour de trois valeurs cardinales :

- permettre l'accès de tous à des soins de qualité, tant sur le plan technique que sur le plan humain, ce que les Anglo-saxons appellent « *high tech/high touch* » ;
- respecter l'équité (la non-discrimination dans tous ses aspects) ;
- promouvoir l'efficacité (rapports coût/efficacité, bénéfice-risque, utilité).

Surtout, le respect de ces valeurs devrait faire l'objet d'une évaluation périodique. A cet égard, le nouveau décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles précise que « *L'évaluation des pratiques professionnelles mentionnées à l'article L.4133-1-1 a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques.* »

De même, l'article L.6113-2 du Code de la santé publique précise bien que « *les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant d'une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficience.* »

### **3. Mieux prendre en compte le besoin de reconnaissance des personnels de santé et des bénévoles**

L'hôpital et les personnels qui assurent son fonctionnement ont des valeurs professionnelles profondes. Les métiers de santé sont choisis dans une large mesure par vocation. C'est tout particulièrement le cas pour tous ceux qui s'exercent à l'hôpital. La priorité donnée au service des patients établit un lien étroit entre tous les personnels de santé. Il en résulte une culture hospitalière originale, mélange de capacités techniques de très haut niveau, de dévouement et de compassion au service de ceux qui souffrent.

Une des voies qui permettrait aux soignants de mieux remplir leurs tâches, tant pour le patient que pour eux-mêmes, passe probablement par le renforcement des fonctions d'écoute et d'accompagnement, complémentaires aux soins, remplies de façon structurée par des psychologues salariés de l'établissement et des groupes de parole pour les soignants, mais aussi par des

bénévoles formés et encadrés pour l'écoute des patients. Cela ne doit cependant pas conduire à décharger les professionnels de soin de leur obligation d'écoute des patients.

La reconnaissance passe, quant à elle, par le temps apparemment perdu à parler, partager, au sein d'un service, temps qu'il est de plus en plus difficile de prendre dans une organisation du travail toujours plus technique, plus fragmentée, plus intensive du fait des efforts de productivité induits notamment par la réduction du temps de travail. Ainsi, nombreux sont les témoignages qui attestent de la souffrance liée à la réduction des temps de transmissions des consignes et des protocoles entre les équipes.

La reconnaissance passe aussi par l'affirmation claire du fait que tous les professionnels de l'hôpital quels qu'ils soient participent d'une manière ou d'une autre à la prise en charge des patients, donc aux soins, du haut en bas de l'échelle hiérarchique. Le personnel d'entretien, par exemple, doit savoir qu'il participe pleinement à la vie d'un service par sa contribution à la lutte contre les infections nosocomiales, par le lien qu'il peut établir en parlant avec le patient. De même que toutes les informations qu'il est amené à retransmettre sont utiles à l'ensemble du service. C'est aussi le cas, bien trop négligé aujourd'hui, des secrétaires administratives, qu'elles soient en charge de l'admission à l'entrée de l'hôpital, en consultation externe, ou encore dans les services hospitaliers, dans leur rôle essentiel vis-à-vis de l'accueil du malade : « *un sourire, c'est autant de gagné sur la maladie* » (une patiente). Cette conscience aiguë d'être soignant, commune à tous les personnels administratifs, techniques et soignants, devrait être intégrée comme priorité dans les démarches qualité préluces à l'accréditation-certification.

La qualité des soins implique la qualité de vie des personnels au travail, condition *sine qua non* de leur implication vis-à-vis des malades. Cette notion essentielle, appelée aussi « *bienveillance* », est déjà effectivement prise en compte dans un certain nombre d'hôpitaux étrangers, notamment à Genève et dans les *magnet hospitals* aux Etats-Unis. Elle se décline par le développement d'une culture institutionnelle fondée sur le respect, la confiance et le développement professionnel, la qualité du leadership des responsables hiérarchiques et du support qu'ils apportent aux personnels. Pour les cadres des services de soins, il importe, afin de reconnaître et favoriser leur implication au travail, de respecter leur latitude de décision dans la définition de leur travail, de promouvoir une meilleure répartition des tâches administratives et des soins directs, de faciliter leur flexibilité et leur autonomie en matière de définition de leurs horaires. Il importe aussi de favoriser les possibilités de développement professionnel offertes par l'institution, non seulement par le biais des formations permanentes, mais aussi par les possibilités d'avancement et de promotion dans la filière clinique ou dans la gestion de l'institution.

Mieux prendre en compte la reconnaissance des personnels de santé à l'hôpital passe par le développement du dialogue social et par une démarche

active de concertation et de négociation, notamment avec les organisations syndicales représentatives.

Le soutien psychologique notamment devrait être systématisé par la tenue régulière de groupes de parole réunissant au sein d'un service ou d'une unité fonctionnelle tous les personnels concernés par la prise en charge des patients (administratif, médical, soignant). Il convient, de façon complémentaire, de reconnaître une plus grande place à la médecine du travail hospitalière, aujourd'hui, et de façon paradoxale, la « grande muette de ce secteur », ainsi qu'aux recherches en ergonomie et à leur application dans le milieu de soins.

Afin de développer les fonctions d'écoute, d'accompagnement et d'orientation au sein de l'hôpital, indispensables à cette prise en charge globale du patient, le rôle des bénévoles notamment dans les unités de soins palliatifs pourrait servir de modèle quant au mode d'accompagnement des personnes, en complément des soins. En effet, les bénévoles, remarquablement formés et accompagnés, notamment par des psychologues, ont une mission spécifique, distincte des soins de « *prendre en charge la peur, pas les soins* ».

Car les bénévoles, présents dans de nombreux services de soins, ne doivent pas être les supplétifs du personnel médical et soignant, car par leur capacité d'écoute des patients, de partage, ils enrichissent la vie d'un service et permettent aux soignants d'avoir le temps de réintroduire une approche globale du patient et de ne pas se cantonner dans la réalisation à cadence soutenue de gestes techniques. Selon une enquête récente de la DREES, « *les contraintes de rythme de travail sont aussi fortement perçues, les infirmières estiment, notamment, plus souvent manquer de temps pour faire correctement leur travail* »<sup>309</sup>. De la même façon, il a été fait souvent référence au rôle important, mais sous-estimé, des psychologues dans les services d'urgences, dans certains services de pédiatrie et de cancérologie ou encore par exemple dans les centres de référence pour les maladies rares ou complexes, pour créer du lien, apaiser les peurs et aider ainsi les soignants à être plus efficaces.

D'une manière générale, les associations de patients se mobilisent pour venir en aide à ceux qui sont atteints de maladies ou d'handicaps, qui souffrent de dépendance ou de solitude. Souvent très bien informées sur l'état de la recherche, elles connaissent les spécialistes et permettent au patient d'entrer en contact avec d'autres patients atteints de la même maladie.

---

<sup>309</sup> « *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé* » ; DREES ; Etudes et résultats ; n° 335 ; août 2004.

## B - VERS UN DECLOISONNEMENT ET UNE MODERNISATION DES STRUCTURES DE L'HOPITAL PUBLIC

Si l'hôpital public aujourd'hui ne peut pas être séparé de sa fonction territoriale, c'est-à-dire de son inscription dans un réseau territorial de santé et de soins, il convient au préalable de rappeler quelles sont, à l'intérieur même de l'hôpital, les conditions préalables à cette ouverture de l'hôpital sur son environnement.

### 1. L'activité comme unité de référence : pôle et tarification

L'hôpital public vit simultanément une double réforme qui, d'un côté, avec la nouvelle gouvernance fondée sur des pôles d'activité, vise à mutualiser des outils et regrouper des hommes, et de l'autre, avec la T2A, vise à constituer des groupes homogènes de séjour aussi fins que possible pour être au plus près de l'activité. A titre d'exemple, l'AP-HP est en train de regrouper ses 650 services autour de 150 pôles. Au même moment, au niveau national, plus de 700 GHS sont déjà créés, sur le modèle des DRGs américains (*diagnostic related groups*). Même si elles sont intimement liées, il est légitime de se demander si un meilleur phasage de ces deux réformes n'aurait pas permis d'éviter un engorgement administratif. La charge de travail de ces deux chantiers concomitants est très importante, tant en termes de structuration des pôles que de codification des actes.

#### *1.1. L'efficacité des pôles d'activité dépendra de la capacité de management et de la possibilité de structuration des chefs de pôles*

La création des pôles d'activité marque un progrès notable dans la restructuration des hôpitaux pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les responsables de pôles sont certes des praticiens hospitaliers, mais ils seront nommés conjointement par le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement (CME). Ils ne sont donc pas élus par leurs pairs, traduisant une logique de management, de décision, et non de représentation. Ensuite, la configuration de ces pôles est laissée à l'appréciation de chaque hôpital, ce qui permettra de les adapter à la réalité du terrain. Enfin, la contractualisation interne avec la direction de l'hôpital permettra de déconcentrer efficacement la gestion quotidienne et la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.

Le cadre juridique est certes posé, mais un certain nombre de pistes se doivent d'être rapidement explorées afin de ne pas vider les pôles de leur sens.

Tout d'abord, le responsable de pôle doit être entouré de personnes compétentes dont les fonctions nouvelles vont lui permettre de disposer des outils d'un véritable manager. Des responsables logistiques devront s'assurer que les moyens sont là pour permettre l'activité. Des « organisateurs de soins » (logisticiens) pourraient être notamment chargés de la codification des activités



et de son suivi en fonction des innovations technologiques et de l'évolution des pratiques, tâche actuellement chronophage, prise en charge par les équipes médicales.

Ensuite, la structuration en pôles représente une formidable opportunité de répartir, donc de rémunérer clairement, les différentes tâches des praticiens hospitaliers :

- quantification du temps passé par le chef de pôle au management, tâche nouvelle à laquelle il devra être formé ;
- répartition du temps des praticiens hospitaliers entre le soin, la recherche, et l'enseignement.

Sur ce dernier point, les avis convergent en effet vers la nécessité de répartir plus clairement ces trois activités, médecin par médecin, de façon évolutive dans le temps, afin de garantir au pôle que chacune d'entre elles aura les moyens humains et matériels d'être exercée pleinement.

Cela aurait le mérite également de reconnaître le temps passé par les PH à l'enseignement, aujourd'hui non reconnu et non quantifié (*cf. supra chapitre II*).

En matière de recherche également, cela aurait l'avantage d'identifier des financements hospitaliers en direction de la recherche, dans le cadre des MIGAC et de financer en outre les postes de techniciens et d'ingénieurs indispensables à la recherche clinique, et qui n'existent aujourd'hui que s'ils sont financés par les EPST ou le monde associatif. Car l'hôpital ne doit pas être seulement un lieu de recherche pour des laboratoires de l'INSERM ou du CNRS, il doit pouvoir en être le pilote, et disposer de lignes de financement spécifique et bien identifiées dans le budget de l'hôpital.

Par ailleurs, au sein d'un pôle, il sera plus facile de mutualiser les fonctions d'écoute et d'accompagnement dont l'importance a été précédemment soulignée.

Dans le cas particulier des urgences hospitalières, la notion de pôle apparaît particulièrement pertinente, en cela qu'elle permettra d'intégrer la problématique essentielle de l'aval des urgences. En témoigne l'expérience du CHU de l'Hôtel Dieu de Nantes (44) dans lequel le service des urgences dispose de plusieurs lits d'aval de court séjour, qui servent de tampon entre les urgences et les autres services hospitaliers ; en outre, un bloc opératoire de chirurgie traumatologique y est intégré.

Enfin, il est nécessaire d'avoir une autorité supérieure qui garantisse que les regroupements par pôles répondent à une logique de soins et non à des affinités électives. Aujourd'hui, c'est un lieu commun de dire, souvent avec résignation, qu'« *on ne pouvait forcer deux médecins qui ne s'entendent pas à travailler ensemble* ». Mais au nom de l'intérêt collectif et, surtout, de celui des patients, ne faut-il pas mieux regrouper des services pour peu que l'on puisse changer le ou les chefs de service récalcitrants ? Il est clair que cette évolution remet en cause le caractère de fait inamovible du chef de service.

### 1.2. L'activité ne doit pas être le seul critère de financement

Depuis près de vingt ans, la fonction publique hospitalière est probablement celle des trois fonctions publiques<sup>310</sup> qui a fait le plus de progrès en matière de gestion et de transparence des coûts, comme en témoigne le développement d'un outil aussi sophistiqué que le PMSI. La T2A s'inscrit dans cette logique et représente à bien des égards un progrès significatif, même si sa mise en œuvre nécessite d'être accompagnée dans la mesure où cette réforme peut comporter des risques et des effets potentiellement pervers comme cela a été évoqué précédemment.

L'unification de la tarification à l'activité entre les secteurs hospitaliers public et privé permettra de clarifier le débat sur le coût relatif du secteur public par rapport au secteur privé. Cela suppose que les MIGAC soient clairement définies, hôpital par hôpital, et que les GHS soient constitués de manière pertinente. Sous cette condition, la nature des patients traités et des soins prodigués dans chacun des cas apparaîtra objectivement. Apparaîtront également les disparités entre les établissements du secteur public hospitalier, au regard des moyens mis en œuvre par type de prise en charge.

Mais la T2A n'est qu'un outil partiel de la mesure de l'activité d'un hôpital, et il serait illusoire d'espérer que sa mise en place règlera le problème du financement de l'hôpital. Certes, il sera *a priori* possible de tenir compte de la lourdeur de certaines pathologies complexes qui nécessitent un temps médical supérieur aux règles communément acceptées. En revanche, toutes les activités moins techniques, telles que les soins palliatifs, la gériatrie, les activités de transmission d'information et de coordination, pourtant essentielles aux coopérations inter-hospitalières et aux réseaux, risquent d'être moins bien valorisées. En cas de valorisation insuffisante dans le cadre de la T2A, la mise en place, voire la poursuite de réseaux de soins pourrait être retardée. Il convient à cet égard de se doter d'outils complémentaires qui permettront de mieux appréhender l'activité hospitalière.

En outre, partant du constat de l'étroitesse des marges de manœuvre budgétaire, il est donc nécessaire, pour les établissements publics, de se doter des outils comptables et informatiques leur permettant d'évaluer précisément leurs coûts au regard de leurs activités et de leurs missions. En particulier, la généralisation à tous les établissements d'une comptabilité analytique aura sans nul doute des effets bénéfiques puisqu'elle mettra en rapport les coûts et les résultats. Ces derniers peuvent être évalués en termes d'actes produits et de pathologies prises en charge, mais aussi, plus finement en mettant en regard des indicateurs propres à la qualité des soins, tels les taux d'infection nosocomiale, de reprise opératoire notamment. Même si cette procédure est complexe, s'agissant en particulier de l'imputation des dépenses de personnels, il s'agit aujourd'hui d'une véritable « urgence comptable ».

---

<sup>310</sup> Fonction publique d'État, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière.

Outil d'aide à la décision stratégique qui recueille, traite et restitue aux établissements de santé des données relatives aux coûts de certaines activités logistiques et médico-économiques, la Banque de données hospitalière de France (BDHF)<sup>311</sup> est aujourd'hui sous-utilisée, ne comptant qu'une centaine d'établissements adhérents. Fournissant des données comparatives qui permettent aux établissements de mieux se situer dans leur environnement, elle devrait devenir un outil managerial de décision utilisé par chaque établissement de santé, public et privé.

L'activité ne pouvant être le seul critère d'allocation des ressources, il paraît judicieux non seulement de lui adjoindre des éléments tirés de la comptabilité analytique, mais aussi de tenir compte tant de la qualité des soins réalisés, à travers les indicateurs de prise en charge fournis par la deuxième version de l'accréditation (évaluation des pratiques professionnelles, évaluation du service médical rendu), que de la place de l'hôpital au sein de son réseau de soins territorial.

La réussite de la mise en place de la T2A dépendra de sa simplification, de la transparence du calcul de la tarification de chaque GHS, donc de la circulation des informations entre les hôpitaux et l'administration centrale, et notamment au regard des missions de service public, de l'accompagnement et de la formation des acteurs de terrain, et de la déconcentration des outils de gestion au profit des ARH.

## **2. Déconcentration, gouvernance, compétences : qui peut faire quoi à l'hôpital ?**

Largement utilisée aujourd'hui, la gouvernance désigne « *le besoin de gouvernement que ce monde en changement suscite et le besoin des citoyens de retrouver la maîtrise collective de leur destin. Comment résoudre de façon démocratique les problèmes globaux auxquels notre monde est dorénavant confronté, voilà tout l'enjeu de la gouvernance d'aujourd'hui.* »<sup>312</sup>. C'est aussi tout l'enjeu de l'hôpital public aujourd'hui face aux problèmes auxquels il est confronté.

### *2.1. Vers une gestion déconcentrée des ressources humaines*

Le statut juridique de l'hôpital public et de la fonction publique hospitalière a souvent été présenté comme une entrave à la modernisation de l'hôpital et à l'amélioration de son efficacité. Frein à l'innovation et impossibilité de développer une véritable Gestion des ressources humaines (GRH) sont les deux griefs majeurs soulignés maintes fois : « *Le secteur public manque de réactivité face à l'innovation et le secteur privé investit avant nous* », « *L'État ne sait pas accompagner le succès* ».

<sup>311</sup> La BDHF est gérée par la FHF en liaison avec le CHU d'Angers.

<sup>312</sup> « *La gouvernance, utopie ou chimère ?* », Pascal Lamy, Etudes, février 2005.

Cette question dépasse le seul cadre de l'hôpital public et concerne l'ensemble de la fonction publique. Ainsi le Conseil d'État a-t-il décidé de consacrer les considérations générales de son rapport 2003 au thème de la fonction publique, qui doit « *adapter ses règles de gestion aux exigences de la gestion des ressources humaines. La gestion de la fonction publique reste trop systématiquement normative, bureaucratique, égalitariste, faute qu'ait pu se développer dans l'ensemble des services une vraie gestion des ressources humaines, fondée sur une approche personnalisée et une valorisation des compétences, malgré la volonté affirmée en ce sens par les responsables de la fonction publique depuis plusieurs années et en dépit des efforts entrepris dans la plupart des ministères.* »

Le rapport de l'IGAS publié en décembre 2002 et consacré à la gestion des praticiens hospitaliers dresse un constat analogue : « *La gestion actuelle des ressources humaines médicales s'apparente davantage à une administration centralisée qu'à une véritable GRH au sens où on l'entend aujourd'hui*<sup>313</sup> » et fait des propositions visant à la déconcentration des décisions et à une plus grande autonomie des hôpitaux. Trois scénarii sont envisagés, dont le plus pertinent semble la nomination des praticiens hospitaliers (PH) par le directeur de l'hôpital après avis positif de la CME. Il pourrait s'y adjoindre un recours devant le ministre seulement pour les cas non consensuels.

Le même rapport conclut que « *Trois niveaux de gestion apparaissent pertinents pour assurer l'ensemble des fonctions :*

- *le niveau national, celui de la stratégie générale, du ressort du ministre chargé de la santé, la politique de santé et l'offre de soins induisant les besoins nationaux en praticiens hospitaliers (ce qui détermine la formation initiale et les flux) ;*
- *le niveau régional ou interrégional, selon que les régions atteignent ou non la masse critique, celui de la mise en œuvre et de l'organisation de l'offre de soins ;*
- *le niveau opérationnel, celui des employeurs ou communautés d'employeurs (établissements publics : CHG et CHU) qui pourraient prendre diverses formes (centres régionaux et interrégionaux de gestion par exemple) assurant la gestion directe des ressources humaines médicales (recrutement, évaluation, orientation, gestion individuelle des carrières, reconversion, suivi médical) ».*

La mise en place du premier niveau devrait s'accompagner d'une simplification des statuts de praticien hospitalier, complexes au regard de leurs homologues européens.

Par ailleurs, et plus globalement, dans la suite logique de la contractualisation d'objectifs et de moyens mise en place comme mode de fonctionnement des pôles d'activité avec la direction de l'établissement, il

<sup>313</sup> « *La gestion des praticiens hospitaliers* », Rapport IGAS n° 2002-143, décembre 2002.

pourrait être envisagé d'étendre à la gestion même de chaque hôpital la contractualisation sur un certain nombre de points comme l'organisation du travail. Des accords locaux entre les partenaires sociaux pourraient ainsi relayer efficacement, car au plus près de la réalité de chaque hôpital, les accords nationaux.

De la même façon, une plus grande souplesse est nécessaire pour l'ensemble des cadres de direction de l'hôpital. Pourquoi ne pas envisager une démarche de contractualisation entre le directeur et les médecins au regard de la réalisation d'objectifs et de missions, et introduire pour chacun une part variable de rémunération fondée sur une évaluation personnelle, et non sur celle, collective d'un service ?

Ainsi, en matière de GRH, il s'agit de passer d'une logique de nomination à une logique de recrutement.

## *2.2. Pour une nouvelle gouvernance*

Cette évolution souhaitée vers une plus grande autonomie des hôpitaux publics et un renforcement du pouvoir du directeur passe par deux conditions préalables :

Premièrement, la formation managériale des directeurs d'hôpitaux doit être renforcée. On ne peut reprocher à l'École Nationale de Santé Publique de Rennes de ne pas suffisamment former au management. Elle a d'abord été conçue pour former, comme l'ENA par exemple, des hauts fonctionnaires chargés d'administrer une des fonctions publiques. Elle doit aujourd'hui se réformer, et les postes de directeurs d'hôpitaux pourraient être ouverts à d'autres formations. Tous les directeurs d'établissements PSPH n'en s'ont d'ailleurs pas issus, et font pourtant d'excellents managers. De même, les directeurs des Centres de lutte contre le cancer (CLCC) sont des médecins ayant démontré leur capacité au management. Le départ à la retraite de la moitié des directeurs d'hôpitaux publics entre 2005 et 2012 est une formidable opportunité pour engager à ces fonctions des managers formés à cet effet ;

Deuxièmement, la répartition des pouvoirs au sein des instances dirigeantes doit être clarifiée. La situation actuelle dans laquelle le conseil d'administration est décrit comme une chambre d'enregistrement de décisions prises ailleurs n'est plus tenable, et l'ordonnance qui vient d'être signée sur la gouvernance n'apporte pas de véritable novation. Si le pilote de la politique hospitalière est l'État, il serait logique de transformer le mode de fonctionnement du conseil d'administration en directoire avec un conseil de surveillance chargé de surveiller le directoire. Présidé par le directeur de l'hôpital, le directoire pourrait reprendre les fonctions du conseil exécutif mis en place par l'ordonnance du 2 mai 2005 mais avec des compétences élargies. Le conseil de Surveillance pourrait alors être présidé par une personnalité qualifiée, ou le Président de l'intercommunalité. Cette nouvelle présidence présenterait l'avantage de prendre en compte le développement important de l'intercommunalité depuis la loi du

1<sup>er</sup> juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale, et de situer l'hôpital sur son territoire naturel qui n'est plus celui de la commune. Aujourd'hui, en effet, la quasi totalité des communes appartient à une structure intercommunale qu'il s'agisse d'une communauté de communes, d'une communauté d'agglomération ou d'une communauté urbaine. Dans le même esprit, il serait logique que la chaîne de commandement de l'État se prolonge au niveau régional à travers des directeurs d'établissements nommés par le directeur de l'ARH.

Par ailleurs, il serait logique que le directeur soit conseillé par un directeur médical, en charge des affaires médicales de l'établissement, et travaillant de concert avec le président de la CME, toujours élu par ses pairs.

En outre, il serait souhaitable que les hôpitaux, comme les universités et les organismes de recherche (EPST, tels le CNRS et l'Inserm), disposent de structures réactives, dédiées à la valorisation de la recherche, tels des conseils de la recherche propres à chaque établissement en charge notamment de la coordination des travaux menés dans l'établissement et sous la responsabilité d'un directeur de la recherche appartenant au Directoire, voire au conseil exécutif. Leur absence a souvent été la raison d'opportunités manquées en matière de développement industriel.

Enfin, afin de mieux associer les personnels soignants aux réformes en cours, il est indispensable d'inclure le directeur des services de soins infirmiers dans ce Directoire.

### 2.3. *Vers une recomposition des professions de santé en France.*

Sous les effets conjugués d'une médecine plus technicienne et d'une démographie médicale confrontée à des situations de pénurie dans certaines disciplines, plusieurs spécialistes<sup>314</sup> suggèrent de procéder à des transferts d'activités entre les personnels de santé. Comme le souligne également le premier rapport de la mission Berland<sup>315</sup>, « *les chevauchements observés entre activités parmi plusieurs professions de santé constituent des redondances inutiles et des pertes d'efficacité auxquelles il convient de remédier. Par ailleurs, au fil du temps, les professionnels ont acquis des compétences et des savoir-faire de plus en plus larges, les amenant à développer leur pratique sans pour autant déléguer à d'autres professionnels ce qui pouvait l'être. Ainsi, une pratique médicale qui apparaissait très spécifique il y a 20 ans peut aujourd'hui être davantage banalisée, plus systématisée, mieux encadrée, rendant l'intervention du médecin moins nécessaire* ».

Ainsi, les radiologues confieront certains examens standardisés aux manipulateurs radio, les ophtalmologues pourront être déchargés de la prise en

<sup>314</sup> Voir l'article du Professeur B. Glorion, « Comment évaluer et répondre à l'augmentation croissante des besoins et des progrès thérapeutiques ? », *Actes du colloque AN, 2002*.

<sup>315</sup> Berland Yvon « La démographie des professions de santé » ; *rapport au ministère de la Santé 2002 : 94* (consultable sur [www.sante.gouv.fr/rapports](http://www.sante.gouv.fr/rapports)).

charge de la correction de la vue au bénéfice des optométristes. De la même façon, les psychiatres pourraient être déchargés (après avoir éliminé tout risque suicidaire ou pathologie délirante) d'une partie de la prise en charge de la souffrance psychologique par les psychologues. Les cardiologues et les néphrologues pourraient déléguer certains actes techniques à des infirmières spécialisées. Un certain nombre d'actes concernant le suivi de pathologies stabilisées telles que diabète, asthme, HTA pourraient aussi être, comme en Angleterre et aux Etats-Unis, effectués par des infirmières spécialisées.

Il est pour cela impératif de redéfinir d'une manière globale, pour tous les métiers de la santé, les contenus et les champs de compétences. Ce travail, déjà engagé de manière ponctuelle par quelques professions, doit être conduit de façon concertée entre professionnels afin de gommer les dérives et les chevauchements d'activités fréquents qui ne permettent pas de rendre réellement visible l'offre de soins. Dans un avenir plus ou moins proche, un certain nombre d'actes techniques ne seront probablement plus effectués par des médecins, mais par des techniciens supérieurs spécialement formés. Cette éventualité reste possible et trouvera à s'appliquer dans d'autres disciplines que la chirurgie, où la pratique régulière de techniques instrumentales telles que les endoscopies sera peut-être un jour confiée à des techniciens supérieurs formés à l'exécution d'un geste précis, répétitif et réalisé après une formation spécifique. Ce mouvement, déjà amorcé depuis quelques années de façon souterraine, doit être clairement pris en compte par l'évolution des profils de poste notamment des manipulateurs en radiologie, infirmières anesthésistes et laborantins.

Mais cette délégation de compétences ne suffira probablement pas à répondre à des besoins en forte croissance, compte tenu de l'évolution prévisible du vieillissement de la population et de la chronicisation des pathologies. Une réflexion doit être engagée pour vérifier si la réglementation, parfois inadaptée aux évolutions techniques et à l'innovation n'est pas un frein supplémentaire aux transferts de tâches. Il convient donc d'explorer d'autres voies pour favoriser l'attractivité des professions de santé et leur fidélisation. Il faut, par exemple, donner aux paramédicaux la possibilité d'évoluer vers l'enseignement supérieur et la recherche dans le cadre de l'« universitarisation » des formations paramédicales liée à l'application des accords de Bologne au secteur de la santé, et favoriser l'émergence de la discipline des sciences infirmières, déjà reconnue par les Anglo-saxons depuis près d'une vingtaine d'années. Il faut développer, comme dans d'autres pays européens, des passerelles entre métiers (y compris entre différentes spécialités pour les médecins), et pour cela adopter une démarche volontariste de mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience (VAE). En effet, cette 4<sup>ème</sup> voie de formation est conjointement un « outil de promotion des compétences acquises » par l'expérience professionnelle donnant accès à des qualifications supérieures ou co-latérales et une « réponse aux besoins de la formation continue » indispensable à l'évolution des technologies et des métiers tout au long de la vie professionnelle. Le passage d'une profession paramédicale à une autre serait en outre facilité si toutes les

professions paramédicales avaient un cursus commun, tout en restant distinct de celui des médecins.

L'idée d'un premier cycle (DEUG santé) puis seulement d'une première année commune aux professions de santé (DPAS)<sup>316</sup> évoquée en 2002 à l'initiative du ministère de l'Éducation nationale puis reprise par le gouvernement suivant, a finalement été abandonnée devant la complexité de sa mise en œuvre (programme, locaux) et le refus des étudiants en médecine de « partager » les bancs de la faculté. Mais l'idée d'une première année commune aux paramédicaux, qui aurait l'avantage, là encore, de créer une culture professionnelle commune et la possibilité de passerelles, voire de reconversions entre les différents métiers, mérite d'être examinée avec attention dans le cadre de la refonte nécessaire des programmes de formation et des cursus de ces professions dans le cadre de la réforme dite LMD<sup>317</sup>.

L'enseignement des futurs médecins devrait prendre en compte l'environnement de l'activité médicale (économie de santé, sociologie, éthique, communication patient, droit de la santé, management) et être confié à des spécialistes de ces questions, pas nécessairement des médecins. En outre, la formation médicale continue est capitale, à la fois par l'importance de la praxis dans le bon exercice de la médecine, mais aussi pour y recevoir des enseignements de gestion, et d'éthique notamment.

Pour faciliter ces passerelles, il conviendrait donc d'introduire, entre la formation médicale (de niveau Bac + 8 à Bac + 15) et paramédicale (Bac + 3), un niveau intermédiaire (Bac + 5 à + 8), ressemblant à celui des officiers de santé de Napoléon<sup>318</sup>. Dans le cadre de la réforme LMD, « on créera le « *Master professionnel* » qui permettra à des professionnels de santé non médecins d'acquérir à un niveau universitaire une formation spécifique. Ce ou ces Masters autoriseront l'accès à un autre espace que celui initialement prévu par la formation initiale de ces professionnels paramédicaux et permettra ainsi dans ce cadre de leur déléguer une partie des activités des médecins (prévention, diagnostic et pourquoi pas thérapeutique). Cette création sera rendue plus facile par l'existence du tronc commun d'études, dans la partie initiale de la formation « *DEUG santé* » et un concours commun pour l'ensemble des professionnels. »<sup>319</sup>

<sup>316</sup> Debouzie R., rapport de la commission pédagogique nationale de la première année des études de santé, remis aux ministres de la Santé et de l'Éducation nationale, septembre 2003.

<sup>317</sup> Licence, Master, Doctorat.

<sup>318</sup> « *Les officiers de santé constituaient une classe de médecins d'une instruction moins étendue que les docteurs en médecine (loi du 10/03/1803).*

<sup>319</sup> Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 14 juin 2003, Patrick Bouet (rapporteur), Maurice Bernard-Catinat, Marie-Elisabeth Delga, Gérard Grillet, Bernard Monier, Jean Pouillard.



### 3. Le partage de l'information en interne et en externe

À travers toutes les pistes explorées jusqu'ici pour réformer l'hôpital public, le partage de l'information est la clé de voûte de cette évolution : entre le local et le national pour la mise en œuvre de la T2A, dialogue entre les décideurs pour une gouvernance renouvelée, dialogue et partage de l'information entre les professionnels et les usagers pour restaurer la confiance et mettre en œuvre les réseaux.

Au sein des équipes hospitalières, il est urgent de réintroduire des mécanismes de dialogue interne, que ce soit au niveau des services, des pôles ou de l'hôpital en général. Dans cette perspective, la contractualisation des pôles peut être un formidable catalyseur de renouveau du dialogue social et de partage d'objectifs clairement définis. Car tous les acteurs doivent coopérer. Ainsi au Québec, les professionnels paramédicaux hospitaliers (onze professions contre quatorze en France) définissent des objectifs communs, font des actes partagés, des arrêtés d'actes et définissent des activités spécifiques pour les aidants naturels et les aidants non naturels.

Du côté de l'utilisateur, le suivi et le traitement des maladies rares ont mis en évidence des dysfonctionnements de partage de l'information tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'hôpital, du fait de la complexité et du polymorphisme de leurs prises en charge : annonce du diagnostic à la famille laissée au médecin généraliste sans lui donner d'informations, absence de transmission de dossiers entre deux spécialistes... Le Dossier médical personnel (DMP), dispositif essentiel de la loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance maladie, sera une avancée significative dans la mesure où le partage du DMP ne s'arrête pas à l'entrée de l'hôpital. En effet, le DMP devrait présenter de nombreux avantages pour les acteurs de santé et devrait contribuer à réduire la « fracture médicale » entre l'hôpital et la médecine de ville. Il permettra au médecin un réel suivi du parcours de son patient grâce à une information obtenue « en temps réel » sur les examens passés par celui-ci, notamment à l'hôpital, et permettant la non-redondance des examens pratiqués dans les deux secteurs, source d'une économie non négligeable, qui n'a jamais été réellement chiffrée. Pour le patient, le DMP devrait garantir la qualité et l'accès unifié à l'information médicale le concernant, trop souvent éparse. À cet égard, la mise en place du DMP s'inscrit dans le prolongement de la loi du 4 mars 2002, et notamment des articles L.1111-7 et L.1111-8 nouvellement introduits dans le Code de la santé publique, qui garantissent le libre accès du patient à l'information médicale le concernant.

Autre exemple de réussite en matière de partage des informations, les urgentistes de la région parisienne, soutenus par l'association Alliance Maladies Rares, ont demandé à la Mission Handicap de l'AP-HP et à Orphanet (site internet sur les maladies rares) de leur indiquer les maladies rares et les types de handicaps présentant le plus de risques d'urgence médicale. Des problématiques communes à plusieurs pathologies rares comme la déglutition ou l'épilepsie ont

également été recensées afin d'établir des bonnes pratiques et d'indiquer les centres de référence.

Ces exemples illustrent pleinement comment le partage d'informations entre des professionnels et des associations de patients, véritables « experts d'expérience », peut améliorer la prise en charge du malade et la confiance entre tous.

Enfin, le partage d'information doit permettre à chaque citoyen d'avoir accès aux soins les plus « pointus », sans avoir besoin de « réseau de connaissances » particulier, facteur d'iniquité entre les usagers du service public hospitalier.

#### C - UNE APPROCHE GLOBALE A METTRE EN ŒUVRE AU NIVEAU REGIONAL.

##### **1. Des missions à redéfinir à chaque échelon de prise en charge**

Plusieurs rapports récents ont tracé des nouvelles pistes de restructuration de l'offre hospitalière pour les années à venir. Ainsi, un rapport remis en février 2003<sup>320</sup> préconise de regrouper les établissements en les hiérarchisant (CHU, hôpitaux généraux, hôpitaux de proximité) et en définissant clairement leurs missions de soin. Ces regroupements, qui aboutiront à un nombre plus restreint de services mais aussi à des équipes mieux structurées, permettront un rythme de gardes et astreintes moins soutenu, compatible avec une qualité de vie acceptable. Les services des hôpitaux de proximité devraient en contrepartie être transformés en centres de soins et de post-cure, dont le nombre fait grandement défaut. Les deux auteurs suggèrent en outre d'intensifier les réseaux entre établissements et d'articuler l'offre de soins autour des plateaux techniques. Il serait ainsi souhaitable de définir, comme cela a été le cas pour les urgences et les maternités, le niveau de chirurgie requis pour chaque catégorie d'établissements. Le premier niveau serait celui constitué par le plateau technique « standard » présent dans les hôpitaux de proximité, lesquels n'auraient plus nécessairement de réanimation mais pourraient avoir un scanner. Le deuxième serait celui d'un hôpital général, comprenant en particulier une réanimation, un scanner et un appareil d'IRM, et le troisième serait celui des hôpitaux universitaires, avec des équipements encore plus spécialisés et des activités de recherche clinique et fondamentale.

Véritable premier niveau de prise en charge sanitaire et sociale<sup>321</sup>, facilitateur du maintien ou du retour à domicile, l'hôpital local doit retrouver sa place légitime au sein du système de santé. Situé à l'articulation entre le médical et le social, la ville et l'hôpital, le curatif et le préventif, il devrait jouer un rôle de premier plan dans le parcours du patient et la mise en place de réseaux de soins sur un territoire de santé. Il peut être à la fois facilitateur dans le parcours de soins d'un patient (hébergement temporaire pour permettre aux familles

<sup>320</sup> Rapport des professeurs Jacques Domergue et Henri Guidicelli, 2003.

<sup>321</sup> Circulaire ministérielle du 28 mai 2003.

d'organiser la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie, séjours de répit - aide aux aidants, etc.), et comme réponse aux urgences médicales de premier niveau. L'hôpital local peut aussi être un maillon essentiel des réseaux de soins gériatologiques<sup>322</sup> ou d'autres formes de réseaux de prise en charge des pathologies chroniques somatiques ou psychiques, voire réseau périnatalité (éducation thérapeutique pour le diabète par exemple en lien avec un centre hospitalier de référence, toxicomanie etc.).

Il convient également que l'hôpital local retrouve sa mission historique de prévention, notamment en matière d'éducation sanitaire, surtout en direction des jeunes habitant en milieu rural (obésité, éducation sexuelle...).

Etape suivante, l'hôpital local pourrait devenir une plateforme de services pour tous les professionnels libéraux d'un territoire. Adosser des maisons médicales et de garde aux hôpitaux locaux pourrait permettre d'attirer des jeunes médecins en milieu rural, qui se verraient offrir un statut mi-libéral, mi-hospitalier. Il doit donc promouvoir aussi le court séjour de médecine et retrouver un rôle de médecine de diagnostic ou d'exploration de routine lorsque le plateau technique plus complexe d'un centre hospitalier n'est pas nécessaire. Il peut être le lieu idéal pour des hospitalisations de jour, ainsi que pour des consultations avancées de spécialistes. Mais il doit également conserver ses missions d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation.

Au total, les récentes prises de position du ministre de la Santé<sup>323</sup>, concernant les hôpitaux de proximité, confirment et amplifient ces orientations. Comme le souligne un expert, auteur d'un livre blanc sur les hôpitaux locaux, *« l'idée est bonne. D'une part, elle répond à la crise démographique des médecins de ville ; d'autre part, elle est économiquement pertinente, puisque le coût d'une hospitalisation en établissement local est moitié moins élevé qu'en centre hospitalier »*<sup>324</sup>.

En outre, faute d'activité suffisante et sécurisante, il fait consensus qu'un certain nombre de centres hospitaliers devra, à terme, perdre leur chirurgie et leur obstétrique, et vont pouvoir ainsi se reconvertir en hôpitaux de proximité redynamisés et aux missions élargies.

En conclusion, il est possible d'imaginer que dans un avenir proche le système public hospitalier se décomposera en trois catégories d'hôpitaux : les hôpitaux locaux, les centres hospitaliers (généralistes et spécialisés), les centres hospitalo-universitaires, selon un ordre de technicité croissant :

Au niveau 1 : les hôpitaux locaux seront bientôt les plus nombreux, très insérés dans un territoire de santé, centrés sur la gériatrie, la prévention, les

<sup>322</sup> Voir l'exemple du réseau gériatologique de la MSA, annexe n° 4

<sup>323</sup> Discours à l'occasion de la reconstruction du Centre Hospitalier du Haut-Anjou à Château-Gontier le 6 janvier 2005.

<sup>324</sup> Déclaration de Clément J-M. La tribune, « Douste-Blazy veut valoriser les hôpitaux locaux », 4 février 2005.

réseaux de soins, et véritables plateaux de services pour les professionnels libéraux.

Au niveau 2 : les centres hospitaliers en nombre plus réduits, qui seront les pôles « ressources » des hôpitaux locaux.

Au niveau 3 : les pôles de haute technicité que sont les CHU en moins grand nombre et tournés vers l'innovation. La mission de proximité revendiquée par les CHU devrait donc s'exercer en fonction du degré de technicité requis par la prise en charge d'un patient donné, ce qui signifie l'adjonction dans ou à côté d'un CHU de plateaux techniques de niveau 1 et 2.

## **2. Des réseaux territoriaux sanitaires et médico-sociaux, publics et privés, à intensifier, et des alternatives à l'hospitalisation à développer**

En Europe, la France se caractérise par une forte densité hospitalière en nombre d'hôpitaux par km<sup>2</sup>, principalement du fait des fonctions d'aménagement du territoire et de maintien de l'emploi dévolues implicitement à l'hôpital public. Depuis 1991, date des premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire, dits SROS de 1<sup>ère</sup> génération, a été maintes fois soulevée la question de l'aménagement du territoire et de la place conférée aux établissements hospitaliers dans une perspective de coopération régionale entre structures pour répondre au plus près aux besoins de la population. Alors que se joue par ailleurs au niveau régional l'acte II de la décentralisation, le chantier de la planification sanitaire a été rouvert sous l'angle des territoires de santé.

Une plus grande transparence de la planification sanitaire sera facilitée par le nouveau cadre juridique prévu par le plan Hôpital 2007, qui réforme profondément les règles de planification, d'autorisation et de coopération, et a été adopté par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Les SROS de troisième génération se déclineront notamment autour de deux priorités qui sont une meilleure évaluation des besoins de santé et une plus grande prise en compte de la dimension territoriale. Ces nouveaux SROS se voient donc confier comme objectifs<sup>325</sup>, d'une part, d'assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d'activités de proximité notamment dans le cadre des hôpitaux locaux et établissements de santé privés de proximité, et la mise en place d'une organisation graduée des plateaux techniques et, d'autre part, de veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique. Les possibilités offertes par la télémédecine seront également progressivement prises en compte. Le retard, par rapport à l'Allemagne, de la France en équipement d'hélicoptères sanitaires est patent, ce qui a une incidence forte sur le maillage territorial de prise en charge des urgences.

Face à la lourdeur de certains investissements à réaliser, la mutualisation de moyens est indispensable. Le partage de plateaux techniques, d'équipements et

---

<sup>325</sup> Circulaire n°101/DH05/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

de lits, la mise en place de gardes communes, notamment en chirurgie et en obstétrique, s'imposent pour garantir la permanence des soins. C'est par l'ouverture et la collaboration avec les établissements privés que l'hôpital public pourra jouer pleinement son rôle<sup>326</sup>, non seulement en matière de soins, mais aussi pour l'enseignement. Dans ce domaine, le secteur privé possède la légitimité et le savoir-faire le prédisposant à enseigner la chirurgie courante, dans la mesure où cette activité est prédominante dans le secteur privé.

Il est parfois nécessaire que la coopération aille au-delà de l'engagement conventionnel entre établissements et puisse s'exercer au sein d'une nouvelle personne morale créée à cet effet. Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) a été précisément institué par l'ordonnance du 24 avril 1996 pour être la personne morale spécialement adaptée à la coopération entre les établissements de santé publics et privés. L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003 privilégie le GCS en tant qu'instrument de coopération plutôt que les groupements d'intérêt public (GIP), les groupements d'intérêt scientifique (GIS) ou les groupements d'intérêt économique (GIE).

En matière de recherche clinique, le réseau est également le mode de fonctionnement de l'avenir, en lien avec l'industrie pharmaceutique, l'université, les EPST, les collectivités territoriales et les médecins de ville, notamment pour le développement des essais multicentriques.

L'hôpital public de demain sera, à l'exception des CHU de haute technicité, un hôpital de taille moyenne, avec un réseau amont/aval très développé.

En amont, en ayant des interactions nombreuses avec la médecine ambulatoire, scolaire et du travail, et les structures de prévention sanitaires et sociales, il pourrait être envisagé également que le médecin généraliste d'un patient puisse le suivre lors de son hospitalisation, afin de l'accompagner dans son parcours de soin, d'y disposer éventuellement d'un bureau, comme au Canada, et d'y exercer à temps partiel au service des urgences par exemple.

En aval, en étant intégré dans un réseau tissé avec des hôpitaux locaux disposant de lits de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) et d'hospitalisation de long séjour, et à l'articulation entre le sanitaire et le médico-social, avec des établissements médico-sociaux dont il sera le référent sanitaire. Il convient également de donner toute leur place à des structures intermédiaires telles que les CLIC (centres locaux d'information et de coordination), destinées à retarder au maximum l'hospitalisation des personnes âgées, souvent facteur d'aggravation, voire de grabatisation. A titre de comparaison, en Suède, les soins post-opératoires sont effectués dans des hôtels tenus par des infirmiers, dans lesquels la prise en charge s'accompagne d'éducation thérapeutique, le tout avec un coût inférieur de 30 % à celui d'une prise en charge hospitalière complète.

---

<sup>326</sup> « L'évolution du système hospitalier », Alain Bacquet, *Revue de la FHF*, n°3, 2000.

En termes d'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, l'expérience prochaine à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches, en région parisienne, mérite d'être donnée comme illustration du décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. En effet, sur le terrain de l'hôpital, vont être construits une maison d'accueil spécialisé (MAS) pour jeunes lourdement handicapés qui sera gérée par une association, ainsi que dix appartements aménagés pour des personnes handicapées. L'hôpital servira de recours sanitaire en cas d'urgences, le personnel de l'hôpital pourra y effectuer des soins, soit au titre d'un travail à temps partiel, soit au titre de l'HAD (hospitalisation à domicile). En outre, cela réglera un problème d'aval pour l'hôpital puisque les jeunes, qui habiteront la MAS occupent, malgré eux et parce qu'ils n'ont pas d'autres solutions, un service de soins aigus qui, faute de place, ne pouvait plus accueillir personne.

La mise en œuvre de véritables réseaux de soins ville-hôpital est aujourd'hui une nécessité. L'hôpital, en raison de son plateau technique d'une part, et de ses missions d'enseignement et de recherche d'autre part, doit être un élément central et moteur de cette évolution, en liaison avec tous les autres partenaires institutionnels. Mais ce mouvement ne sera possible que « *si les acteurs de santé investissent dans les nouvelles technologies de l'information et de la communication en santé permettant de garantir la continuité des soins, mais aussi la sécurité du dossier médical du patient* »<sup>327</sup>

Le réseau ville-hôpital est aussi une nécessité car l'hôpital a une mission majeure qu'il remplit mal jusqu'à présent : les soins de prévention. L'hôpital public est en effet la structure la mieux organisée pour l'éducation sanitaire et l'épidémiologie, par rapport à des médecins de ville isolés et sans moyens attirés, et la plus légitime, compte tenu de ses missions de service public hospitalier. À ce titre, les données des observatoires régionaux de santé pourraient être mieux utilisées. Mais l'hôpital public devra pour cela apprendre à soigner aussi une population, et non plus un individu. Par exemple, en Espagne, dans chaque ville de plus de 100 000 habitants, l'hôpital dispose d'une antenne épidémiologique et s'ouvre ainsi sur la ville.

Une des réponses au risque d'embolisation de l'hôpital public par la prise en charge de façon non structurée de toutes les catégories de la population réside dans une action volontariste en amont et en aval de ses missions : en amont, par l'impulsion d'une véritable politique d'éducation sanitaire qui devrait réduire à terme le nombre de personnes qui viennent frapper à la porte de l'hôpital et par un renforcement des liens avec la médecine de ville ; en aval, par un maillage étroit avec les hôpitaux locaux, les réseaux de prise en charge sanitaires et/ou sociaux, et plus globalement l'univers médico-social.

L'hôpital public ne doit plus être la variable d'ajustement de ce que les autres ne veulent pas faire. Mais pour cela, il doit "sortir de ses murs" et assumer un rôle de chef de file dans un système de soins en réseau dont il sera un des

---

<sup>327</sup> Le projet de la FHF, *L'avenir de l'hospitalisation publique au service des français*, p.7, Décembre 2001.

membres principaux, mais plus le seul. C'est une véritable révolution de type copernicienne que doit vivre l'hôpital public. Ancienne forteresse enfermant ses propres malades (et leurs dossiers !) et autour de laquelle gravitaient les patients ambulatoires et les autres acteurs de la santé, il va devenir un des éléments qui graviteront autour du patient, dans son parcours de soins coordonné.

### **3. Des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) aux Agences régionales de santé (ARS) ?**

Le système sanitaire français se caractérise par la coexistence d'enveloppes de financement multiples et de secteurs cloisonnés.

Dans le champ sanitaire et médico-social, il existe actuellement quatre secteurs :

- le secteur sanitaire de l'État, qui part de la DHOS et va aux ARH pour les établissements de santé publics et privés ;
- le secteur sanitaire de l'assurance maladie, qui part de l'UNCAM et va aux URCAM, davantage orienté vers la médecine de ville ;
- le secteur médico-social de l'État, qui partira de la CNSA et ira aux DDASS, plus spécialisé dans la prise en charge de la dépendance ;
- le secteur médico-social des conseils généraux finançant l'APA et les établissements médico-sociaux (conventions tripartites).

La prise en charge des personnes âgées relève principalement des structures médico-sociales et du domaine social. L'hôpital a cependant un rôle important à jouer dans la prise en charge de la dépendance. Celle-ci est particulièrement illustrative des cloisonnements actuels. En effet, la prise en charge d'une personne âgée dépendante nécessite la collaboration d'acteurs dont les financements relèvent du conseil général pour la partie dépendance (allocation personnalisée d'autonomie), de l'État via l'agence régionale de l'hospitalisation pour la partie hospitalisation, de l'assurance maladie pour la partie professionnels libéraux (intervention de médecins de ville et d'infirmières à domicile ou en institution par exemple), de l'État encore via la DDASS si la personne âgée réside en foyer-logement ou en résidence sociale avec intervention de professionnels à domicile, voire de la commune si la personne âgée requiert des services d'aide ou de portage à domicile, sans omettre la participation des assureurs et des mutuelles pour compléter les prestations. De façon générale, la limitation du champ de compétences des ARH au seul secteur de l'hospitalisation publique et privée ne permet pas de résoudre le problème de la coordination des intervenants autour de la prise en charge d'un patient. Ce problème est d'ailleurs considéré comme un enjeu crucial tant par les patients, qui en escomptent une meilleure qualité globale, que des pouvoirs publics, qui y voient un facteur central d'efficience.

La multiplication des alternatives à l'hospitalisation classique, le développement des pathologies chroniques liées au vieillissement et aux

situations de dépendance, la médicalisation croissante de la prise en charge du handicap rendent chaque jour plus artificiels les cloisonnements sectoriels de l'organisation administrative et financière établie entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social.

C'est pourquoi l'idée est fréquemment émise de transformer les ARH en véritables ARS, acteurs majeurs de l'organisation de l'offre sanitaire et de la prise en charge sociale, et de leur confier la mise en œuvre des trois premiers secteurs sous une forme qui reste à déterminer. Comme le soulignait un rapport récent<sup>328</sup> « *l'évolution des ARH vers les ARS est largement souhaitée même si tout le monde ne s'accorde pas sur l'objectif à atteindre* ».

---

<sup>328</sup> Rapport Debrosse, opus cité.



## CONCLUSION

L'hôpital public. Derrière ces deux mots se cachent en réalité deux questions : Que doit-on y trouver ? Où et comment le trouver ?

La première question à laquelle nous avons tenté de répondre est celle des missions de l'hôpital public : qu'est-ce qui fait en définitive l'honneur du service public hospitalier ? Dans un monde en constante évolution, l'hôpital public, souvent présenté comme le miroir d'une société, occupe une place particulière, ne serait-ce que parce que c'est là qu'on y naît, souffre, guérit et meurt. Il se doit donc d'être un repère pour toute une population, et, pour cela, disposer d'un socle de valeurs qui soit clair, partagé et accepté par tous.

L'hôpital public a bien comme mission de « *soigner le mieux possible tout le monde, à tout moment et au meilleur coût* ». Même si le soin est premier dans l'ordre des missions hospitalières, pour soigner « le mieux possible », il est indispensable d'associer de façon consubstantielle le soin à l'enseignement et à la recherche.

Pour accomplir ses missions, l'hôpital public doit s'appuyer sur trois valeurs que sont la qualité, l'équité et l'efficacité, qui fondent elles-mêmes la qualité globale du système de santé.

La qualité ne doit pas se limiter au seul champ des soins médicaux, mais être comprise comme la prise en charge globale du patient, celui-ci ne pouvant être résumé à la somme de ses pathologies. L'équité pose le principe de non-discrimination et de permanence des soins, donc de leur accessibilité à qualité égale. L'efficacité quant à elle ne peut se réduire au seul rapport coût/efficacité, mais doit impérativement intégrer le rapport bénéfice/risque, et l'utilité de l'acte médical en tant que tel.

Après avoir défini ce qui fait l'honneur du service public hospitalier, il convient de donner à l'hôpital public les moyens de ses missions en réponse à trois questions.

- Qui fait quoi ?

L'hôpital public ne peut se résumer aux Centres hospitalo-universitaires qui constituent les vaisseaux amiraux d'une flotte aujourd'hui trop hétéroclite. Il convient de déterminer clairement trois niveaux de prise en charge par ordre de technicité croissante, de l'hôpital de proximité au centre hospitalier puis au CHU.

L'honneur de l'hôpital public réside aussi dans sa capacité à déléguer à d'autres des missions de service public, tout en assumant un rôle de référent sans lequel aucune délégation ne peut être évaluée, mais en reconnaissant la valeur des réalisations faites par des établissements délégataires, qui sont transposables à l'hôpital public.

- Qui dirige l'hôpital ?

Il faut sortir de l'ambiguïté de hiérarchies parallèles, médicale d'un côté et gestionnaire de l'autre, et affirmer la primauté d'un véritable manager sur l'ensemble du personnel et des activités d'un hôpital. Un grand nombre de structures sont aujourd'hui organisées à la fois par hiérarchie et par projets. Ce mode d'organisation pourrait être transposé à l'hôpital public afin de respecter l'indépendance de la décision médicale par rapport à la décision hiérarchique.

Le véritable enjeu du devenir de l'hôpital public est d'abord celui de son organisation avant d'être celui des moyens dont il dispose.

- Vers un hôpital « hors les murs » ?

Dans le monde de la santé qui évolue à la vitesse des progrès technologiques, les deux maîtres mots deviennent : mutualisation des moyens et rapidité dans la transmission de l'information.

L'hôpital ne peut donc plus être un lieu clos, à la fois difficile d'accès pour les acteurs de la santé qui lui sont extérieurs, et dont les propres acteurs ne sont pas suffisamment tournés vers l'extérieur.

L'hôpital public doit trouver aujourd'hui sa place dans un territoire de santé et jouer un rôle central en matière de soins préventifs, curatifs et palliatifs.

Pour réaliser cette mutation, trois conditions doivent être remplies.

D'abord, le mode de financement doit être plus équitable et plus efficace, et mieux prendre en compte l'activité réelle de l'établissement même si celle-ci ne peut être le seul critère d'allocations de ressources. Le mode de financement doit impérativement intégrer la qualité des soins prodigués, donc leur évaluation périodique et le positionnement de l'hôpital dans le tissu sanitaire.

Ensuite, cette mutation ne pourra se faire sans l'aval de tous les acteurs considérés : même si le processus parlementaire démocratique qui a été mis en place pour les dépenses d'assurance maladie constitue une première étape, il est indispensable que tous les citoyens participent au débat national sur l'hôpital de demain. Ce débat national doit être conduit dès maintenant par les partis politiques, les partenaires sociaux, les acteurs de l'économie sociale (mutuelles, coopératives et associations) afin de permettre aux citoyens de comprendre les enjeux et de participer à l'évolution positive de l'hôpital public.

Enfin, il conviendra de résoudre la contradiction entre l'augmentation du coût de la santé, du fait des tendances lourdes décrites dans le dernier chapitre de cette étude et l'étroitesse des marges de manœuvre financières. Il est utopique de penser que les dépenses pourront diminuer.

L'objectif premier est d'assurer des soins de qualité à tous, tout en recherchant l'optimisation des ressources allouées à l'hôpital et sans éluder la réflexion sur l'aptitude de chaque acteur ou institution à répondre aux besoins.

En scellant une nouvelle alliance entre les experts de la médecine et des soins que sont tous les acteurs de l'hôpital, sans exception, et les patients qui sont les experts d'expérience de leurs souffrances et les acteurs de leur propre santé, nous pourrions donner à l'hôpital public les moyens d'exercer les missions qui font l'honneur du service public hospitalier.

## ANNEXES

## Annexe 1 : Résultat du vote de l'étude en section

**Ont voté pour : 28**

AGRICULTURE .....	Mme GROS
ARTISANAT .....	M. ALMERAS
	M. DREANO
ASSOCIATIONS .....	M. PASCAL
CFDT .....	Mme AZEMA
	M. VEROLLET
CFTC .....	M. COQUILLION
CGT .....	M. DECISIER
	Mme VAGNER
CGT-FO .....	M. DEVY
	Mme BOUTARIC
COOPERATION .....	M. SEGOUIN
MUTUALITE .....	M. CANIARD
PERSONNALITES QUALIFIEES .....	M. MANDINAUD
	M. SLAMA
	M. STEG
ENTREPRISES PRIVEES .....	M. CREYSSEL
ENTREPRISES PUBLIQUES .....	Mme DUTHILLEUL
PROFESSIONS LIBERALES .....	M. MAFFIOLI
UNAF .....	M. BRIN
	Mme BASSET
UNSA .....	M. DURON
Membres de section : .....	Mme BARRIER-JACOB
	Mme CHABI
	M. NOËL
	M. MOLINIE
	M. LEGRAND
	M. LAGRAVE

**Se sont abstenus : 3**

AGRICULTURE .....	Mme MEHAIGNERIE
CFE-CGC .....	Mme DUMONT
Membre de section : .....	Mme WEBER

## Annexe 2 : Liste des personnalités auditionnées

Madame Martine BINOIS	Médecin conseiller technique national, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
Monsieur Paul CASTEL	Directeur, Hôpital civil de Strasbourg
Monsieur Alain COULOMB	Directeur général de l'ANAES
Professeur Jean-Marie DESMONT	Doyen de la Faculté Bichat-Beaujon
Monsieur Claude EVIN	Ancien ministre, Président Fédération hospitalière de France
Monsieur Pierre-Jean LANCRY	Secrétaire général, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
Monsieur Daniel MAROUDY	Cadre infirmier
Monsieur Jacques PORTIER	Directeur de la santé, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
Monsieur Bernard SCHMITT	Chef de service de diabète-endocrinologie
Monsieur Jean-Louis SEGURA	Ancien Directeur, Agence régionale de l'hospitalisation de Bourgogne
Monsieur Jean-Marie SPAETH	Ancien Président, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés

## Annexe 3 : Liste des personnalités rencontrées par le rapporteur

Monsieur Christian BRECHOT	Directeur général INSERM
Monsieur Jean-Louis BUHL	Directeur de cabinet de M. Douste-Blazy, ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille
Monsieur Loïc GEFFROY	Fédération de l'hospitalisation privée
Monsieur Edouard COUTY	Ancien Directeur, DHOS Ministère de la santé et de la protection sociale
Monsieur Jean CASTEX	Directeur, DHOS, Ministère de la Santé et de la protection sociale
Monsieur Guy VERGNES	Directeur général, CHU Montpellier
Monsieur Bernard CHARPENTIER	Professeur
Madame Françoise ANTONINI	Alliances maladies rares
Monsieur Guy VALLANCIEN	Professeur Chef du Département d'Urologie et de néphrologie Institut mutualiste Montsouris
Madame Rose-Marie VAN LERBERGHE	Directrice, AP-HP
Madame Marie-Ange COUDRAY	Conseillère pédagogique Ministère de la santé
Monsieur Gérard VIENS	Professeur d'économie de la santé ESSEC
Monsieur Jean de KERVASDOUE	Professeur titulaire de la chaire d'économie et gestion des services de Santé au Conservatoire national des arts et métiers
Monsieur René CAILLET	Directeur du centre hospitalier, LENS
Madame Myriam HUGON	Ministère de la santé anglais
Monsieur Jean-Christophe PAILLE	Directeur de l'ARH Pays de Loire
Monsieur Jean-Paul GUERIN	Directeur du CHU de Nantes
Madame Rachel BOCHER	Présidente INPH
Monsieur Axel KAHN	Institut Cochin unité 567
Monsieur Jacques LEBAS	Hôpital Saint Antoine

M. Christian SAOUT,	CISS -Président de AIDES
Monsieur Nicolas BRUN,	CISS - représentant de l'UNAF
M. Patrice LORSON	Association nationale des hôpitaux locaux
Madame Marie-Laure ALBY	Fédération française des MG
M. Ken DANIS	Président Fédération hospitalière privée
M. DUPUY	Directeur de la FEHAP
Docteur Pierre PETITBON	PDG du Groupe Scanner-IRM du Bocage
Monsieur Charles BOELEN	Consultant international en Santé



## Annexe 4 : L'exemple du réseau gérontologique de la MSA

La mise en place de réseaux de santé permet à la fois une prise en charge globale (prévention, soin, suivi médico-social et social) et continue (hôpital-ville-domicile) de pathologies et/ou de populations spécifiques. Le réseau gérontologique de la MSA qui associe l'hôpital de proximité, le médecin généraliste et l'ensemble des personnels paramédicaux et sociaux intervenant chez les personnes âgées en est une illustration. Ce réseau a été mis en place dans le cadre de l'expérimentation pilotée par le Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins<sup>329</sup>. Il réunit la MSA, la CNAM et le régime des artisans commerçants pour l'assurance maladie. Ce réseau expérimental s'est achevé le 31 décembre 2004. Il est, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, un réseau de santé financé par la dotation régionale de développement des réseaux. Il regroupe, au sein d'une association, des professionnels de santé médicaux et paramédicaux et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

L'objectif du réseau gérontologique de la MSA est triple : améliorer la coordination des soins dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées, maîtriser les coûts ambulatoires et hospitaliers, satisfaire la prise en charge des personnes âgées<sup>330</sup>. Le réseau couvre 19 sites ruraux répartis dans 12 régions. Il rassemble 559 médecins dont 465 d'entre eux ont fait adhérer au moins une personne âgée, 263 infirmiers, 162 kinésithérapeutes et 114 assistants sociaux. Le réseau compte également 58 associations de maintien à domicile et 34 SSIAD. 2 816 personnes âgées ont été admises dans le réseau depuis le début de son expérimentation et 1 617 d'entre elles étaient toujours dans le réseau au 31 décembre 2004<sup>331</sup>. L'âge moyen des patients du réseau est de 82.5 ans. Les patients ont un niveau de dépendance élevé, majoritairement des GIR 3 et 4<sup>332</sup>. La personne âgée doit faire acte d'adhésion volontaire au réseau et conserve le libre choix de son médecin coordonnateur. Le médecin généraliste coordonnateur réalise un bilan initial médical de la personne âgée soit à l'hôpital local, soit au centre hospitalier général. Le bilan est une évaluation gériatrique et un bilan de la vie à domicile de la personne âgée. Une réunion de coordination entre le médecin généraliste coordonnateur et les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux synthétise l'ensemble des données du bilan initial médical pour définir le plan d'intervention médico-social individualisé. Un bilan de réévaluation est prévu au moins une fois par an.

<sup>329</sup> Présidé par Raymond Soubie, ce conseil a été créé par un arrêté du 11 septembre 1996 pour examiner, sous leur angle technique, les projets de filières et réseaux de soins déposés dans le cadre de l'ordonnance du 24 avril 1996.

<sup>330</sup> Auditions de M. Jacques Portier, directeur de la santé de la MSA et de Mme Martine Binois, médecin, conseiller technique de la MSA, devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social, le 23 juin 2004.

<sup>331</sup> Données MSA au 31 décembre 2004.

<sup>332</sup> Le GIR (Groupe iso-ressources) est l'indicateur de la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources) de dépendance des personnes âgées. L'échelle des GIR varie de 1 à 6, le niveau 6 étant le niveau de dépendance le plus élevé.

La personne âgée bénéficie des tarifs conventionnels. Les professionnels de santé intervenant dans le réseau s'engagent à appliquer ces tarifs. La prise en charge est intégrale. La prise en charge de produits matériels et autres accessoires non pris en charge par la sécurité sociale le sont par le réseau sur la base d'une allocation mensuelle plafonnée à 91,47 euros.

Les intervenants médico-sociaux dans le réseau bénéficient de rémunération pour leurs fonctions de coordination. Les professionnels de santé bénéficient d'un forfait et sont normalement rémunérés pour leurs actes selon les tarifs conventionnels.

Cependant, le réseau a présenté un certain nombre de surcoûts que sont la rémunération de la coordination, le ticket modérateur et les différents forfaits sociaux. Le financement de ces surcoûts a été assuré dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins en ville.

Avant son agrément en réseau de santé, le réseau gérontologique de la MSA a été évalué<sup>333</sup> par la société Ariane Santé Sociale au cours des trois dernières années de l'expérimentation. 86 % des professionnels de santé participant au réseau déclarent être satisfaits et considèrent que l'organisation en réseau a apporté un plus dans la prise en charge. Ils soulignent en particulier à la fois l'intérêt du bilan gériatrique effectué à l'hôpital et de l'accès au plateau technique de l'hôpital local. L'évaluation a également souligné l'apport incontestable de la transversalité entre le secteur sanitaire et le secteur social. Cette transversalité permet une amélioration significative de la qualité de vie des personnes âgées qui ont bénéficié du réseau.

L'expérimentation a également mis en évidence une maîtrise des coûts. La société Ariane Santé Social a observé le groupe de personnes âgées pris en charge dans le réseau et a déterminé un groupe témoin présentant les mêmes caractéristiques d'âge, de localisation géographique, de conditions sanitaires. Cette approche comparative a permis de constater que le coût mensuel d'un patient du réseau est de 789 euros contre 1022 euros pour un patient du groupe témoin. Cet écart provient d'un volume de soins ambulatoires moindre, les besoins n'étant pas forcément sanitaires mais souvent sociaux. Par ailleurs, les besoins en hospitalisation des patients des deux groupes sont quasiment les mêmes. Mais la durée de l'hospitalisation est beaucoup plus courte dans le cadre du réseau. Enfin, le taux de placement dans un établissement permanent est légèrement plus élevé dans le groupe témoin que dans le réseau. Les personnes sont mieux prises en charge et le besoin de rejoindre une structure permanente de placement se fait plus tardivement et moins fréquemment dans le réseau que dans le groupe témoin.

Le réseau de santé permet donc de coordonner autour du patient l'ensemble des ressources des secteurs sanitaire (professionnels de santé et hôpitaux de proximité), médico-social et social.

---

<sup>333</sup> L'article L.6321-1 du Code de la santé publique précise que les réseaux procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

## Annexe 5 : Planification et territoires de santé en Bourgogne

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit que « les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et par équipements matériels lourds » soient annexés au SROS. Les frontières des territoires tiennent compte des réalités locales indépendamment des limites administratives. La définition des territoires relève des différentes données de santé, notamment celles du PMSI, et tient compte des coopérations déjà engagées. La géographie socio-économique et physique, l'offre sanitaire et sociale, l'état de santé de la population et l'activité des établissements de santé sont des éléments qui sont retenus pour la définition des territoires.

Conformément à ces orientations, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Bourgogne a arrêté, en juillet 2003, le découpage de la région Bourgogne en six territoires sanitaires et de coopération<sup>334</sup>. L'objectif de ce découpage est de recomposer l'offre de soins hospitaliers publique et privée dans une région vaste (31 582 km<sup>2</sup>) et peu dense en population (52 hab/km<sup>2</sup>). Ce découpage a, au préalable, été soumis à l'avis du conseil régional de politique sanitaire<sup>335</sup> placé auprès de l'ARH ainsi qu'à l'avis des élus et des représentants des établissements de santé. La mise en œuvre des territoires sanitaires de coopération est confié par le directeur de l'ARH aux directeurs des DDASS et aux équipes de territoire.

L'organisation de l'offre de soins de chaque territoire sanitaire et de coopération est graduée et hiérarchisée. Ainsi, chaque territoire comporte trois niveaux de soins. Le premier niveau de soins est constitué par les hôpitaux locaux et les maisons médicales en coopération étroite avec les professionnels libéraux. Ces structures sont en mesure de prendre en charge certaines urgences dans le cadre de la permanence des soins, de prodiguer des soins primaires en médecine et en soins de suite, d'offrir des consultations avancées de spécialité médicale, chirurgicale et obstétricale. Le deuxième niveau est un niveau intermédiaire constitué par des centres hospitaliers disposant d'un plateau technique minimum en chirurgie et en obstétrique pour permettre d'offrir une continuité dans la prise en charge des patients sur un plan sanitaire, médico-social et social. Le troisième niveau est assuré par un site pivot constitué par un centre hospitalier et une ou plusieurs cliniques privées réunis dans un Groupement de coopération sanitaire (GCS), pour garantir une prise en charge des urgences 24h/24. Ce niveau territorial dispose d'un plateau technique performant en MCO et réanimation et offre l'ensemble des soins pour répondre aux besoins de la population, y compris les deux premiers niveaux.

<sup>334</sup> Audition de M. Jean-Louis Ségura, ancien Directeur de l'ARH de Bourgogne, devant la section des affaires sociales du Conseil économique et social, le 30 juin 2004.

<sup>335</sup> Conseil composé de personnalités qualifiées dans le domaine de la santé publique, de l'économie de la santé, de la médecine, de la géographie de la santé, de l'épidémiologie.

Chaque territoire sanitaire et de coopération offre donc trois niveaux de soins qui doivent satisfaire la presque totalité des besoins de la population. Les besoins de la population relevant de techniques très spécialisées sont pris en charge par un quatrième niveau régional ou interrégional qui assure des soins très spécialisés. Ce niveau apporte son appui à l'ensemble des établissements de santé pour l'exercice de leurs missions.

Le site pivot est la structure hospitalière de référence pour l'ensemble des établissements du territoire dans lequel il est implanté. Le site pivot est garant de l'organisation des soins dans le territoire sanitaire et de coopération notamment en recherchant la mutualisation des moyens. Le site pivot assure l'ensemble des soins médicaux, chirurgicaux et obstétricaux qui ne relèvent pas de la compétence du niveau régional, y compris des soins de proximité. Il est le garant de l'organisation de la prise en charge des urgences sur tout le territoire et accueille et traite l'ensemble des urgences. Il est en mesure de prendre en charge les missions de réanimation et de soins intensifs de cardiologie. Il dispose d'une maternité de niveau II avec un service de néonatalogie avec ou sans soins intensifs. Le travail en réseau entre les sites de niveau 1 et 2 et le site pivot est structuré par un GCS conclu avec l'ensemble des établissements du territoire sanitaire et de coopération. L'objectif de ce GCS est d'élaborer le projet médical de territoire, en conformité avec les orientations nationales du SROS, qui définira les répartitions d'activités, les coopérations à mettre en place, les partages et les mutualisations de moyens entre le site pivot et les sites de proximité. Et c'est sur la base de ce projet que les établissements élaborent leur projet individuel d'établissement. L'ARH conclut avec les GCS des contrats quinquennaux d'objectifs et de moyens.

## Annexe 6 : Médecine hospitalière et médecine de ville en Angleterre

L'Angleterre conduit une politique de déconcentration de la gestion du système de santé au profit des autorités locales de santé. Depuis 2002, elle a mis en place 28 autorités stratégiques de santé (*strategic health authorities*) pour améliorer l'offre de soins locale. L'objectif de ces structures est de répondre aux besoins sanitaires de la population. Le budget est alloué aux autorités stratégiques de santé en fonction de la population couverte et de ses caractéristiques de besoins. Chaque autorité stratégique de santé est divisée en différents types de groupements responsables de pôles spécifiques de santé (santé mentale « *Mental health trusts* », soins aigus « *Acute trusts* », soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées « *Care trusts* »...). Par ailleurs, les *Primary care trust* (PCTs) sont des groupements de soins primaires qui couvrent l'ensemble du territoire (303 PCTs dont 4 à Londres) et qui réunissent des médecins généralistes de ville. Les PCTs sont des organisations locales qui fournissent des soins primaires. Les médecins appartenant au PCT sont salariés par l'Etat et rémunérés en fonction du nombre de patients. Chaque PCT a un conseil d'administration et un président (*Chairman*) ainsi qu'une personne responsable de la qualité, une personne responsable des ressources humaines, une personne responsable du budget et des finances. Le budget alloué au PCT est proportionnel à sa liste de patients. Un membre du conseil d'administration (*non executive director*) est désigné pour veiller à la gestion du PCT. Un PCT couvre une population comprise entre 200 000 et 250 000 personnes en moyenne. Le médecin généraliste est un « *gate keeper* » c'est-à-dire qu'il oriente le patient vers l'hôpital. Celui-ci ne peut accéder à l'hôpital sans l'accord de son médecin généraliste.

Le PCT est pourvoyeur de soins et dispose de lits dans les hôpitaux.

Les PCTs et les hôpitaux doivent s'engager avec les différents acteurs locaux pour atteindre les objectifs des programmes nationaux de soins spécifiques « *National services framework* » qui déterminent les standards de qualité qui doivent être obtenus. Ces programmes sont spécifiques à des groupes de population (enfants, adolescents, personnes âgées...) ou à des pathologies (santé mentale, maladies coronariennes, maladies rénales...). Par ailleurs, des « *collaborative* » réunissent les médecins et les hôpitaux pour certains aspects des soins.

Ainsi, dans le cadre du traitement du cancer par exemple, les hôpitaux collaborent entre eux pour établir un parcours de soins pour le patient. De même, le dispositif « *collaborative* » pour les urgences demande que 98 % des patients admis à l'hôpital en urgence doivent être traités dans les quatre heures qui suivent leur admission, soit par une hospitalisation, soit par un renvoi dans un autre établissement.

Le « *Heath and social care act* » de 2003 crée les « *foundation trusts* » qui réunissent des hôpitaux dans des corporations indépendantes du Secrétariat d'Etat à la santé. Leur mission est de fournir et développer des services de soins au plus près des besoins des patients conformément aux objectifs du NHS.

Chaque « *foundation trusts* » est composé d'un comité de gestion, d'un directeur médical et d'un directeur des soins infirmiers. Elle est gérée localement et est libre d'organiser ses services pour atteindre les objectifs du NHS. Chaque corporation recrute et emploie elle-même son équipe. Si les « *foundation trusts* » sont indépendantes du pouvoir central, elles sont néanmoins soumises à un contrôle parlementaire via un « *Independent regulator* ». Cette instance de contrôle autorise la création des « *foundation trusts* » au regard d'un cahier des charges. Les « *foundation trusts* » sont autonomes budgétairement. L'« *Independent regulator* » veille à l'application et à la réalisation du cahier des charges.<sup>336</sup>

L'introduction, en 2002, du « *Payment by results* » (paiement aux résultats) réforme le système financier du NHS. Les objectifs de ce nouveau système de financement doivent permettre de faciliter les choix du patient, de promouvoir une distribution équitable des ressources financières, de récompenser l'efficacité et accroître la transparence et la régularité, de soutenir une planification et une distribution des soins efficaces<sup>337</sup>. Un tarif national pour les activités de soins a été déterminé par le Ministère de la Santé sur la base de la moyenne des prix pratiqués en Angleterre pour chaque HRG (groupes de santé homogènes anglais). Les hôpitaux et autres fournisseurs de soins, que leurs tarifs soient en deçà ou inférieurs au tarif national, ont quatre ans pour mettre en place le tarif national. Les tarifs sont révisés chaque année pour prendre en compte les résultats futurs.

---

<sup>336</sup> Entretien du rapporteur avec le Docteur Myriam Lugon, consultante auprès des hôpitaux et ancienne directrice médicale au NHS, au Conseil économique et social le 24 janvier 2005.

<sup>337</sup> « T2A : expériences européennes. *Conférence on european casemix-based hospital prospective payment systems* », colloque co-organisé par la DHOS et la mission tarification à l'activité du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 10 et 11 février 2005 ; Bob Dredge, « *Présentation du cas britannique* ».

## Annexe 7 : La tarification à l'activité en Italie

Le Service National de Santé italien assure une couverture universelle à l'ensemble de la population italienne. Il a la particularité d'être extrêmement déconcentré : les responsabilités sont réparties aux niveaux national, régional et local. Les régions, qui bénéficient d'une certaine autonomie législative et administrative, financent les dépenses de santé via les impôts régionaux. Elles sont responsables des éventuels déficits des hôpitaux. Les régions reçoivent une enveloppe budgétaire de l'Etat pour financer les hôpitaux (alors que les ressources sont collectées au niveau régional).

La T2A a remplacé, en 1995, l'ancien système de financement des hôpitaux basé sur la durée de séjour à l'hôpital. Sa mise en place répond à plusieurs objectifs : contrôler la croissance des coûts hospitaliers, responsabiliser les établissements, promouvoir l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires. La T2A couvre les coûts d'hospitalisation, les prestations ambulatoires, les honoraires des médecins, la psychiatrie et les dépenses pharmaceutiques.

La classification des pathologies (Regroupement Homogène des Diagnostics) est composée de 492 éléments qui visent à regrouper les patients qui présentent un profil comparable en termes d'utilisation des ressources et de durée de séjour à l'hôpital. Les tarifs ont d'abord été calculés sur la base d'un échantillon de neuf hôpitaux qui bénéficiaient d'un système de comptabilité analytique développé. Ces tarifs ont été progressivement révisés, des échantillons régionaux servant dorénavant de base aux calculs. Par ailleurs, il est permis aux régions de moduler ces tarifs à la baisse ou à la hausse. En conséquence, la concurrence entre les régions pour attirer les patients est grande.

La mise en place de la T2A en Italie a conduit à une stabilisation, à partir de 1998, du nombre d'admissions ainsi qu'à la croissance du nombre d'hospitalisation de jour. Elle a eu pour effet de réduire progressivement la durée des séjours à l'hôpital et le nombre de lits ordinaires dans les hôpitaux publics mais d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation de jour dans les établissements privés. L'introduction de la T2A a également conduit à une croissance contrôlée des dépenses hospitalières, sans toutefois les réduire, et à une augmentation moyenne de la complexité des cas traités (sans aucun impact positif ou négatif sur le taux de mortalité)<sup>338</sup>.

---

<sup>338</sup> « T2A : expériences européennes. Conférence on european casemix-based hospital prospective payment systems », colloque co-organisé par la DHOS et la mission tarification à l'activité du Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 10 et 11 février 2005 ; Paolo Tedeschi « *Présentation du cas italien* ».

## Annexe 8 : Un exemple de coopération public-privé

Le groupe scanner-IRM du Bocage, créé en 1989 sous la forme juridique d'une société anonyme, possède un plateau technique multi-sites composé de deux appareils d'imagerie :

- un scanner, installé dans le service d'accueil-urgences (SAU) du Centre Hospitalier pivot, situé à Flers (61), qui a permis de réaliser 13000 scanners en 2004 à 11000 patients ;
- un IRM situé dans les locaux de la clinique privée de Flers qui a permis de réaliser 6000 IRM en 2004 par les médecins privés et hospitaliers.

Ce plateau technique partagé regroupe 14 médecins (9 du secteur privé, 5 du secteur public), et 34 assistants manipulateurs et administratifs (dont 2 pour les liaisons avec les caisses d'assurance maladie).

Une convention d'utilisation commune a été signée entre le groupe et le directeur du Centre Hospitalier de Flers, qui précise notamment les juridictions compétentes et les instances d'arbitrage en cas de litige ou de conflit d'intérêts. L'hôpital public loue des vacations aux plages horaires qui lui conviennent. En dehors des périodes programmées, il dispose pour ses Urgences du scanner sans coût supplémentaire.

Le groupe prend également en charge la radiologie et l'imagerie (Urgences comprises) du Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) des Andaines à la Ferté-Macé (61), qui résulte de la fusion des Centres Hospitaliers de Domfront et de la Ferté-Macé. Ainsi, selon le site internet du CHIC des Andaines : « *Nous fonctionnons étroitement avec la SA SCANNER-IRM du BOCAGE. La convention qui lie les deux établissements permet de faire bénéficier aux patients du CHIC des ANDAINES d'examens de scanner et IRM dans des conditions de rapidité et de qualité exceptionnelles. Cette collaboration public-privé est donc un modèle du genre.* »

Depuis 1989, le groupe du Bocage prend également en charge les patients de l'hôpital de Vire (Calvados), distant de 30 kms. Par ailleurs, des accords de coopération ont été passés avec le service d'imagerie de l'Hôpital européen Georges Pompidou à Paris.

Au total, ce groupe accueille 50000 patients par an (2 cabinets médicaux, radiologie clinique, scanner, IRM, permanence des soins).

Ce partenariat est partie intégrante des SROS de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> génération de Basse-Normandie, grâce à la mobilisation de tous les acteurs concernés au plan départemental et régional (préfets, ARH...). Le groupe du Bocage permet une mutualisation des compétences dans un secteur de haute technicité qui nécessite des investissements fréquents et importants.



Les modalités de partage de l'information entre les différents acteurs publics et privés (caisses d'assurance-maladie, Union régionale des médecins libéraux...) sont clairement définies et une évaluation *a posteriori* des pratiques professionnelles a été mise en place dans le cadre de l'accréditation.

La télémédecine est fortement développée et les téléconsultations progressent du fait de la dispersion des centres de santé publics et privés et de la faible densité en réseaux autoroutiers et ferroviaires de cette région. Les liaisons entre les différents sites sont des lignes de télécommunications spécialisées, ou des fibres optiques en intranet.

## Annexe 9 : Le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin

Conçu comme un des dispositifs d'accompagnement de la loi relative au droit des malades, le Centre d'Ethique Clinique (CEC) de l'hôpital Cochin à Paris est à ce jour une expérimentation unique en France.

Opérationnel depuis septembre 2002, le CEC met à disposition des patients, de leurs proches, et des soignants, une aide à la décision médicale « éthiquement difficile », c'est-à-dire susceptible de soulever un conflit de valeurs, et de créer de ce fait des tensions entre médecins, malades et proches.

- Les modalités de fonctionnement

Le CEC met à la disposition des soignés et des soignants « une consultation d'éthique pluridisciplinaire d'aide et d'accompagnement de la décision médicale, qui est elle-même nourrie par une activité de recherche et d'enseignement ».<sup>339</sup>

Deux types de saisine peuvent être faites au CEC :

- des saisines spontanées, qui proviennent soit des patients et de leurs proches (saisines « patients »), soit des équipes soignantes (saisine « soignants ») ;
- des saisines systématiques dans le cadre de protocoles, à la demande d'équipes cliniques sur des décisions éthiques dans leur pratique quotidienne.

Après avoir été saisi, le CEC procède en trois étapes :

- la consultation proprement dite consiste à rencontrer toutes les parties à la décision en question pour rassembler les éléments de l'observation dite « éthique ». Ces entretiens se font toujours à deux consultants, si possible un soignant et un non soignant ;
- ces informations sont ensuite discutées lors d'un *staff* multidisciplinaire d'éthique clinique, rassemblant une quinzaine de personnes, qui sont pour moitié des soignants, pour moitié des experts en sciences sociales et humaines ou d'autres représentants de la société civile ;
- les principaux éléments discutés sont restitués au demandeur ainsi qu'aux autres protagonistes, sous forme d'éclairage à la décision et non d'avis décisionnel.

Il arrive que l'instruction d'une saisine ne suive pas ces trois étapes, notamment par résolution plus rapide d'un problème après les premiers contacts, ou par refus du demandeur de voir le CEC contacter la partie « adverse ».

L'équipe permanente est de trois personnes en équivalent temps plein. Le *staff* multi-disciplinaire est un groupe très diversifié qui se réunit tous les jeudis soirs pour débattre des cas qui lui sont soumis.

---

<sup>339</sup> in « L'éthique clinique », Centre Ethique Clinique

Une formation à l'éthique clinique est proposée aux personnes qui prennent l'engagement de faire partie de ce *staff*. Elle est notamment ouverte à des représentants d'autres hôpitaux que l'hôpital Cochin, qui envisagent de créer dans leurs établissements une structure d'éthique clinique.

Des activités de recherche sont également développées: dans le cadre d'une aide à la réflexion sur des pratiques médicales habituelles jugées sensibles (ainsi pour les chirurgiens-transplantateurs confrontés à la possibilité d'avoir recours à un donneur vivant d'organe), des protocoles de recherche-action ont été mis en place ; par ailleurs, de nombreux jeunes chercheurs en sciences sociales et humaines sollicitent le CEC pour nourrir et partager leur réflexion théorique.

Enfin, sur des thèmes précis, des journées de rencontres ouvertes sur l'extérieur du CEC sont organisées, ainsi que des « cafés éthiques », pour répondre à une demande du personnel.

- Bilan d'activité 2004

En 2004, le CEC a été saisi 83 fois (+77% par rapport à 2003, qui a été la première année pleine d'activité, notamment +140% pour les seules saisines « patients »): 39 dans le cadre de protocoles et 44 hors protocoles (se décomposant en 24 saisines « patients » et 21 saisines « soignants », avec une saisine mixte).

Les saisines hors protocoles proviennent aux deux tiers de l'extérieur de l'hôpital Cochin. Elles concernent principalement la fin de vie, le droit des malades, et l'aide médicale à la procréation.

Seize personnes ont participé aux consultations d'éthique clinique : 6 médecins, toutes spécialités médicales confondues, et 10 non médecins : une infirmière, une psychothérapeute, une juriste, deux philosophes, une historienne de la santé, une assistante sociale, une médiatrice en santé, une administratrice de santé (IGAS) et un sociologue.

Durant les premiers mois de 2005, l'augmentation du nombre des saisines « patients » se confirme comme une tendance lourde et prédominante. Une évaluation officielle du CEC est prévue à l'issue de trois ans de fonctionnement, soit à la fin de 2005.

## Annexe 10 : Organisation sanitaire des îles de la Madeleine

### *Place du centre hospitalier dans le réseau de soins*

L'archipel des îles de la Madeleine est situé au cœur du golfe du Saint-Laurent, à 215 km de la péninsule gaspésienne ; l'ensemble des îles forment un croissant allongé sur une distance de 65 km. L'archipel comprend un douzaine d'îles dont huit îles principales ; six d'entre elles sont reliées par d'étroites dunes de sables . La population est d'environ 13 000 personnes.

Le centre hospitalier des îles de la Madeleine est intégré dans un réseau de soins territorial. Le CLSC (centre local de santé communautaire), le CHDSL (soins de longue durée) situés à Cap-aux-Meules et le SAR (services d'adaptation/réadaptation pour personnes déficientes) situé à Fatima viennent compléter le dispositif du réseau .

Le réseau est une œuvre commune, réalisé par des partenaires différents qui partagent leurs ressources et leurs expertises. Il est supporté par une organisation solide, stable, présente, cohérente, transparente, adaptative qui facilite l'accès aux services pour la population ; il fait de la qualité son objectif ultime. Le centre hospitalier a le même conseil d'administration que le CLSC (centre local de santé communautaire). Le directeur est responsable des deux établissements, il est secondé par un directeur-adjoint pour chaque structure. La « régie régionale », l'organisme payeur est lui aussi identique.

Au niveau de l'organisation des services de soins et sociaux, l'archipel est divisé en quatre territoires . Les territoires constituent le premier lieu d'accueil, d'évaluation et d'orientation des populations et le lieu d'intervention privilégié pour tout ce qui est possible .L'accent est mis sur les services destinés à l'enfance, la jeunesse et les familles, les personnes âgées, la santé mentale, les services médicaux et de santé courants, de réadaptation physique, de prévention et de promotion de la santé et des services dans la communauté définis en association avec les organismes communautaires. L'objectif est d'offrir des services adaptés le plus près possible du milieu de vie des personnes comprenant un soutien adéquat aux familles et aux proches.

Chaque territoire comprend les services de base suivants : Accueil/évaluation/orientation, Services dits courants, Maintien à domicile, Soutien aux aidants naturels, Promotion de la santé/prévention, Hébergement de type familial pour personnes âgées, organisation communautaire, santé scolaire, santé mentale, autres services ciblés selon les nécessités de la population.

A chaque service de base correspond une équipe multidisciplinaire de base.

Selon les besoins on peut trouver les professionnels suivants : éducateur spécialisé, orthophoniste, chirurgien dentiste, inhalothérapeute, diététicien, pharmacien.

Une attention particulière est apportée aux services généraux de « première ligne » parce que les besoins de services ambulatoires sont plus importants que les besoins de services spécialisés ; ainsi, ne sont hospitalisés que les patients qui relèvent de soins en milieu hospitalier.

Le réseau de santé offre une gamme complète, variée et diversifiée de services de promotion de la santé, de prévention, de traitement, d'hébergement et de réadaptation sur la base d'une continuité dans la prise en charge, et ceci pour chaque tranche d'âge. Les services, régulièrement évalués, sont développés et ajustés en fonction des besoins réels de la population. Ils sont accessibles sur le plan horaire, culturel (bilinguisme) et géographique.

L'évaluation, l'orientation et le suivi des patients sont privilégiés comme mode d'intervention majeurs en regard de la qualité et de la pertinence des soins et des services offerts.

La réussite du réseau passe par les facteurs suivants : collaboration et complicité des équipes multidisciplinaires, autonomie de ces équipes, coordinations entre les différents centres d'activités où sont dispensés les services spécialisés, les médecins et les équipes multidisciplinaires, et enfin le dossier partagé du patient qui permet la collaboration entre tous les acteurs.

Le centre hospitalier fait partie des services dits spécialisés, il se situe à Cap-aux-meules. Les services du CH, définis comme plus pointus requièrent des équipements, des technologies et des expertises particulières détenues par des professionnels et des équipes multidisciplinaires.

L'hôpital comprend un service d'hospitalisation unique regroupant médecine-chirurgie-maternité-psychiatrie-gériatrie-pédiatrie, appelé « unité multi-clientèle ». Au sein de cette unité se côtoient des chefs de département qui sont responsables des patients hospitalisés relevant de leur spécialité; ces mêmes chefs de département sont aussi responsables des soins dispensés en ambulatoire dans leur spécialité. Le personnel infirmier et aide-soignant, intervient pour l'ensemble des patients hospitalisés. Si les services ne sont pas cloisonnés, les patients sont toutefois regroupés géographiquement selon leur pathologie . Dès la sortie de l'hôpital, les patients sont pris en charge par le CLSC. Il en est de même pour l'organisation de la psychiatrie : une chambre d'isolement est utilisée en cas de placement d'office, le malade est par la suite pris en charge en ambulatoire avec intervention du CLSC.

Il existe trois niveaux de soins dans l'archipel : les soins pratiqués aux îles par les praticiens en poste, les soins pratiqués aux îles par des praticiens spécialisés qui viennent en mission (ces missions sont prévues pour l'année) et les transferts sanitaires qui représentent les soins qui ne peuvent être donnés localement en raison de l'insuffisance du plateau technique entraînant un déplacement du malade vers le Québec.

Les spécificités de l'archipel, sa faible population et son isolement sont pris en compte dans la politique sanitaire et ont trouvé des réponses adaptées.

Ainsi la télé-médecine est une pratique courante ; le service de radiologie fonctionne avec un radiologue et des manipulateurs en radiologie. Après les heures de services et en cas d'urgence, les clichés sont basculés sur un hôpital de Québec pour obtenir le diagnostic ; cette pratique est aussi utilisée en cas de double lecture et permet de rompre l'isolement du praticien. La télé-médecine permet en outre le suivi des patients par des praticiens spécialisés non présents sur l'archipel et d'éviter ainsi des transferts sanitaires .

Aux îles de la Madeleine comme dans l'ensemble du Canada, tous les praticiens ont une obligation de formation continue, ceci leur est indispensable pour conserver leur autorisation de pratiquer. Une attention particulière est portée aux praticiens qui exercent dans des lieux isolés ; ils partent régulièrement vers des grands centres hospitaliers pour maintenir leur technicité

Pour ce qui est de la gestion financière, un responsable est désigné au sein de chaque service; il doit planifier le fonctionnement de son service dans les sommes qui lui sont allouées. Ces responsables financiers sont issus du personnel, (ex. infirmière pour les soins, responsable pour les archives). Ces personnels sont formés à la gestion financière dans le cadre de la formation continue.

## Annexe 11 : Professions paramédicales

formation	tutelle	quotas/numerus clausus (pour 2002)	nbre d'instituts de formation (publics ou privés)	agrément des établissements de formation	statut juridique des établissements de formation
aide-soignante	santé		420	DRASS ou éducation nationale	public hospitalier-privé- éducation nationale
audioprothésistes	éducation nationale et santé		4	éducation nationale	éducation nationale
auxiliaire de puériculture	santé		80	DRASS	public hospitalier-privé- éducation nationale
cadre de santé (1)	santé		41	DRASS	public hospitalier privé
diététiciens	éducation nationale		37 (publics et privés) dont 9 IUT	éducation nationale	éducation nationale
ergothérapeutes	santé		8	DRASS	public hospitalier-privé
infirmiers	quotas (30 000 pour 2003)		330	ministère de la santé	public hospitalier-privé
infirmiers anesthésistes	santé		26 **	DRASS	public hospitalier
infirmiers de bloc opératoire			28		public hospitalier-privé
infirmières puéricultrices			33		public hospitalier-privé
manipulateurs électroradiologie médicale	santé ou Education nationale		18 pour le DE et 18 pour le DTS	DRASS	public hospitalier-éducation nationale
masseurs-kinésithérapeutes	santé	quotas (1 406 pour 2002)	35	DRASS	public hospitalier-privé
opticiens-lunetiers	éducation nationale		15	éducation nationale	éducation nationale
orthophonistes	santé et éducation nationale (université)	quotas (526 pour 2002, 600 pour 2003, 650 pour 2004)	13	éducation nationale	éducation nationale
orthoptistes	éducation nationale (université)		12	éducation nationale	éducation nationale (université)
pédicures-podologues	santé		11	DRASS	public hospitalier-privé
préparateurs en pharmacie	éducation nationale		non connus	éducation nationale et conseil régional	éducation nationale
psychomotriciens	santé et éducation nationale	quotas	6		éducation nationale
techniciens d'analyses biomédicales	santé ou éducation nationale, agriculture		5 pour le DE- 31 pour le BTS analyses- 18 pour le DUT génie biologique	DRASS ou éducation nationale	public hospitalier- Education nationale

(1) (audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manip-radio, MK, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, prépa en pharmacie, psychomot, tech. de lab.)

Source : DHOS

formation	Durée totale des études	Nb d'heures de théorie	Nb d'heures de pratique	nature du diplôme	niveau de l'homologation
aide-soignante	12 mois (1575 h)	595 h	980 h	diplôme professionnel d'aide soignant	V
audioprothésistes	3 ans			diplôme d'Etat préparé en UFR de médecine et de pharmacie	III
auxiliaire de puériculture	12 mois (1575 h)	595 h	980 h	diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture	V
cadre de santé (1)	10 mois (1470h)			diplôme de cadre de santé	non
diététiciens	2 ans (2313 h ou 2100 h)			BTS ou DUT spécialité biologie appliquée, option diététique	III
ergothérapeutes	3 ans (3714 h)			Diplôme d'Etat	III
infirmiers	37,5 mois (4760 h)			diplôme d'Etat	III
infirmiers anesthésistes	2 ans (2313 h ou 2100 h)				
infirmiers de bloc opératoire	18 mois				
infirmières puéricultrices	12 mois (1440 h)	790 h	650 h		
manipulateurs electroradiologie médicale	3 ans (4444 h : DE et 4206 h : DIS)			Diplôme d'Etat ou diplôme de technicien supérieur	III
masseurs-kinésithérapeutes	3 ans (3065 h ?)	1012 h	848 h TD et 1025 h stages	diplôme d'Etat	III
opticiens-lunetiers	2 ans (2313 h ou 2100 h)			BTS ou BP	III
orthophonistes	3 ans étalés sur 4 (3979 h)	1640 h	1200 h minimum	certificat de capacité (en UFR de médecine ou de techniques de réadaptation)	III
orthoptistes	3 ans			certificat de capacité (en UFR de médecine ou de techniques de réadaptation)	III
pédicures-podologues	3 ans (3470 h)			diplôme d'Etat	III
préparateurs en pharmacie	2 ans			brevet professionnel	IV
psychomotriciens	3 ans (2522 h ?)	1392 h	450 h	diplôme d'Etat	III
techniciens d'analyses biomédicales	3 ans (3423 h) 2 ans			diplôme d'Etat délivré par université	III

(1) (audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manip-radio, MK, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, prépa en pharmacie, psychomot, tech. de lab.)



formation	décret d'actes (+ date dernière modification)	jurisprudence sur autorisation d'exercice et dispense de scolarité (oui/non)	catégorie et grille indiciaire FPH	effectifs métropole (libéral-salarié)- source ADELI-2003
aide-soignante			cat C	213 609 (source SAE 2002) dont 166 631 dans établ. Publics.
audioprothésistes		non (saisine écrite)		1 620 : 39% libéraux et 61% salariés (dont 0,3% hospitaliers)
auxiliaire de puériculture			Cat C	17 029 (source SAE 2002) dont 12 508 dans établ. Publics.
cadre de santé			Cat. A	27 466 (chiffre concernant uniquement les effectifs des EPS)
diététiciens		non	cat. B+ C2i	environ 4500* dont 19% libéraux, et 69% salariés (dont 44% hospitaliers)
ergothérapeutes	décret du 21 nov. 86 modifié le 4/10/1991	oui	cat. B+ C2i	4 683 : 98,6% salariés dont 67% hospitaliers
infirmiers	décret du 11/2/2002	oui	cat. B+ - C2i	423 431 : 14% libéraux et 86% salariés (dont 73% hospitaliers)
infirmiers anesthésistes			Cat. A	6 340 (98% salariés)
infirmiers de bloc opératoire			Cat. A	4 782 ( 97% salariés)
infirmières puéricultrices			Cat. A	11 590 ( 96% salariés)
manipulateurs electroradiologie médicale	décret du 19/11/1997	non pour les autorisations d'exercice (oui pour les dispenses de scolarité diplômes algériens et tunisiens uniquement)	catég B+ CII	23 113 : 99,8% salariés dont 74% hospitaliers)
masseurs-kinésithérapeutes	décret du 8/10/1996	oui	B+ - C2i	56 924 : dont 78,5% libéraux et 17% salariés hospitaliers
opticiens-lunetiers		oui		12 776 : 35% libéraux et 65% salariés (dont 0,04% hospitaliers)
orthophonistes	décret du 2/5/2002	non	B+ - CII	14 836 : 80% libéraux et 20% salariés (dont 7,2% hospitaliers)
orthoptistes	décret du 2/07/2001	non (saisine écrite)	B+ - C2i	2 405 : 77% libéraux et 23% salariés (dont 8% hospitaliers)
pédicures-podologues	19-juin-85	oui	B+ - C2i	9 859 : dont 98% libéraux et 0,8% salariés hospitaliers
préparateurs en pharmacie	?		B+ - C2i	
psychomotriciens	6 mai 1988 modifié en 1991	non	B+ - C2i	5 325 : 82% salariés dont 33% hospitaliers
techniciens d'analyses biomédicales	n°80-987 du 3 déc. 80 + guide de bonnes pratiques (arrêté de 1999)	oui	B+ - C2i	45 000 environ*

(1) (audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manip-radio, MK, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, prépa en pharmacie, psychomot, tech. de lab.)

## Annexe 12 : Formation paramédicale

Etablissements d'enseignement (instituts/écoles)	Publics (avec support hospitalier financés par DGF)		Privés avec support hospitalier financés par DGF)		Ecoles financées par crédits d'Etat (statut public) 4332-10		Ecoles financées par crédits d'Etat (statut privé) 4332-10		Ecoles non financées ou relevant d'autres administrations (statut privé)		Total		
	Nombre d'instituts	Nombre d'étudiants en 2003	Nombre d'instituts	Nombre d'étudiants en 2003	Nombre d'instituts	Nombre d'étudiants en 2003	Nombre d'instituts	Nombre d'étudiants en 2003	Nombre d'instituts	Nombre d'étudiants en 2003	Nombre d'instituts	Nombre d'étudiants en 2003	
<b>Professions</b>													
Aide-soignante	303	11 611	23	1 039			38	1 238	87	4 013	451	17 901	
Auxiliaire de puériculture	33	759	8	233			24	692	14	638	89	2 780	
Infirmière	265	61 599	25	5 142			3	723	2	75	331	76 123	
Ergothérapeute	1	69			2	196	5	747			8	1 012	
Manipulateur d'électroradiologie	18	1 554					1	182	18	2 535	36	4 927	
Masseur-kinésithérapeute	12	1 377	1	150			4	683	9	268	11	432	
Pédicure-podologue	2	164		0							6	473	
Psychomotricien				0									
Sage-femme	32	3 020	2	185			4	338	2	135	34	3 205	
Technicien de laboratoire	3	250									4	323	
<b>Infirmières spécialisées</b>													
Ibode	22	710	2	31							1	22	
Idole	27	1 106											
Puéricultrice	23	658	3	133	2	43	5	217	1	25	29	1 166	
Centre de santé	33	1 736	1	39	1	45	5	204			1	16	
<b>Total</b>	<b>774</b>	<b>84 613</b>	<b>65</b>	<b>6 952</b>	<b>5</b>	<b>284</b>	<b>71</b>	<b>11 117</b>	<b>73</b>	<b>3 258</b>	<b>134</b>	<b>7 702</b>	<b>113 926</b>

Source : DHOS

## LISTE DES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Joël Autret  
*L'hôpital aux prises avec l'histoire*  
L'Harmattan, 2004
- J. Imbert  
*Histoire des hôpitaux de France*  
Privat, Toulouse, 1982
- Didier Stingre  
*Le service public hospitalier*  
PUF, Coll
- J.M. Budet, F. Blondel  
*L'hospitalisation publique et privée des ordonnances de 1996 au Plan Hôpital 2007*  
Berger-Levrault, février 2004 : 43
- P. Forcioli  
*Le budget de l'hôpital*  
Masson, 1999
- Alain Coulomb  
*Médicalisation de l'ONDAM*  
Rapport du groupe de travail de la commission des comptes de la sécurité sociale  
Mars 2003
- Frédéric Bousquet avec la collaboration de Magali Coldefy, Marc Joubert et Edith Thomson  
*Les établissements de santé en 1999*  
Collection Etudes et statistiques, DREES
- Revue française des affaires sociales  
*Recomposer l'offre hospitalière*  
n° 3 juillet/septembre 2003
- Jean de Kervasdoué et coll  
*La crise des professions de santé*  
Dunod 2003

Jean de Kervasdoué  
*Santé pour une révolution sans réforme*  
 Gallimard, 1999

François-Xavier Schweyer  
*Crises et mutations de la médecine hospitalière*

A.C. Hardy Dubernet, M Arliaud, et al  
*La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*  
 Rapport de recherche, programme INSERM/CNRS/Mire 98

X. Gaullier et al  
*Etat providence - Argument pour une réforme : MJ Imbault-Huart, L'hôpital : réforme ou régression ?*  
 Gallimard, coll

Pierre Loulergue, Président de l'intersyndicat national des internes des hôpitaux  
*Quel avenir pour la médecine hospitalière ?*  
 Et demain ?, 1924-2004, septembre-octobre 2004

Etudes et résultats n° 212, janvier 2003  
*Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale*  
 Direction de la recherche des études et de l'évaluation des statistiques (DRESS),  
 Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité

Professeur Geneviève Barrier  
*La prise en charge pré-hospitalière des urgences*  
 Rapport, septembre 1994

Fédération de l'hospitalisation privée  
*L'hospitalisation privée, des soins pour tous*  
 Publication FHP

M. Declerc  
*Les naufragés*  
 Plon Editeur

MM V. Kovess, C. Mangin Lazarus  
*La santé mentale dans la ville de Paris*  
 1997

S. Audric, G. Buisson

*La spécialisation des établissements de santé en 2002*

Etudes et résultats, n° 374, Février 2005

Pierre Chandernagor, J.P. Dumond

*L'hôpital des années 1990 et ses médecins*

in L'hôpital stratège

Jean-Marie Clément

*Réflexions pour l'hôpital*

Les études hospitalières, 2004

Philippe Ulmann

*Est-il possible (souhaitable) de maîtriser les dépenses de santé?*

in La régulation des dépenses de santé, Revue d'économie financière, n° 76, novembre 2004

Professeur Guy Vallancien

*L'hôpital public : brisons le grand tabou*

Le monde, 14 septembre 2002

Joël Belmin, François Piette

*L'entrée de la gériatrie dans le paysage médical français*

La presse médicale, juin 2004

Jean-Marie Clément

*Les répercussions de la loi du 4 mars 2002 dans le champ du droit hospitalier*

Les études hospitalières Editions, 2002

Professeur Dominique Thouvenin

*Pourquoi une loi relative aux droits des malades a-t-elle paru nécessaire?*

Revue de la FHF, n° 487, 2002

Tabuteau

*La régionalisation du système de santé en question*

Droit social, juillet-août 2002

Christophe Pascal, David Piovesan

*Quelle régionalisation pour le système de santé ?*

Regards sur l'actualité, n° 288, Février 2003

## TABLE DES SIGLES

AAH	: Allocation adulte handicapé
AFSSA	: Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	: Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	: Affections de longue durée
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANDEM	: Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
ANFH	: Association nationale de la formation hospitalière
ANRS	: Agence nationale de recherche sur le Sida
APA	: Allocation personnalisée d'autonomie
AP-HP	: Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARC	: Attachés de recherche clinique
ARH	: Agences régionales de l'hospitalisation
ARS	: Agences régionales de santé
BDHF	: Banque de données hospitalière de France
CADA	: Commission d'accès aux documents administratifs
CCAM	: Classification commune des actes médicaux
CDAG	: Consultations de dépistage anonyme et gratuit
CFES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
CH	: Centres hospitaliers
CHR	: Centres hospitaliers régionaux
CHU	: Centres hospitaliers et universitaires
CIC	: Centres d'investigation clinique
CISS	: Collectif interassociatif sur la santé
CLCC	: Centre de lutte contre le cancer
CLIC	: Centres locaux d'information et de coordination
CMC	: Commission médicale consultative
CME	: Commission médicale d'établissement
CMU	: Couverture maladie universelle
CNSA	: Caisse nationale de solidarité sur l'autonomie
CNU	: Conseil national des universités
COM	: Contrat d'objectifs et de moyens
CRC	: Commission régionale de conciliation et d'indemnisation
CREME	: Commission régionale de l'évaluation médicale des établissements
CROSS	: Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
CRRA	: Centre de réception et de régulation des appels
CRS	: Conseil régional de santé
CTP	: Comité technique paritaire
DDAS	: Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DE	: Diplôme d'Etat
DEST	: Diplôme d'études supérieures techniques
DGF	: Dotation globale de financement
DHOS	: Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIU	: Diplôme inter-universitaire
DMI	: Dispositifs médicaux implantables
DMP	: Dossier médical personnel
DNDR	: Dotation nationale de développement de réseaux
DP	: Diplôme professionnel
DPAS	: Diplôme professionnel d'aide-soignante
DRASS	: Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRC	: Agence nationale de recherche sur le Sida
DRC	: Délégations à la recherche clinique
DRG	: Diagnosis related groups
DSS	: Direction de la Sécurité sociale
DUEP	: Diplôme universitaire en éducation du patient
EHPAD	: Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSP	: Equipes mobiles de soins palliatifs
ENC	: Etude nationale de coûts
ENSP	: Ecole nationale de la santé publique
EPP	: Evaluation des pratiques professionnelles
EPS	: Etablissement public de santé
EPST	: Etablissements publics à caractère scientifique et technologique
ESI	: Etudiants en soins infirmiers
ETP	: Equivalent temps plein
FMES	: Fonds pour la modernisation des établissements de santé
FMESPP	: Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	: Groupement de coopération sanitaire
GHM	: Groupes homogènes de malades
GHS	: Groupe homogène de séjour
GIP ou GIE	: Groupement d'intérêt public ou économique
GPEC	: Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH	: Gestion des ressources humaines
GRSP	: Groupement régional de santé publique
HAD	: Hospitalisation à domicile
HR	: Hôpitaux ruraux
IATOS	: Ingénieurs, administratifs, techniciens, ouvriers et de service
IFCS	: Instituts de formation des cadres de santé
IFSI	: Instituts de formation en soins infirmiers
IGAS	: Inspection générale des affaires sociales
ISA	: Indice synthétique d'activité
INPES	: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

LFSS	: Loi de financement de la Sécurité sociale
LOLF	: Loi organique relative aux lois de finance
MAINH	: Mission d'appui à l'investissement national hospitalier
MAS	: Maison d'accueil spécialisée
MEAH	: Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier
MIGAC	: Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MILDT	: Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MRS	: Missions régionales de santé
ODD	: Objectif délégué de dépenses
ODMCO	: Objectifs de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique
OMS	: Organisation mondiale de la santé
ONDAM	: Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONIAM	: Office national d'indemnisation des accidents médicaux
OPRI	: Office de protection contre les rayonnements ionisants
OQN	: Objectif quantifié national
ORDAM	: Objectif régional des dépenses d'assurance maladie
ORPI	: Objectifs régionaux pluriannuels d'investissement
PHRC	: Programme hospitalier de recherche clinique
PMSI	: Programme de médicalisation du système d'information
POSU	: Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
PPRI	: Plans pluriannuels régionaux d'investissement
PSPH	: Etablissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier
RAISIN	: Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
RSP	: Réseaux de soins palliatifs
SAU	: Service d'accueil des urgences
SFAP	: Société française d'accompagnement et de soins palliatifs
SLA	: Sclérose latérale amyotrophique
SMUR	: Services mobiles d'urgence et de réanimation
SPH	: Service public hospitalier
SROS	: Schéma régional de l'organisation sanitaire
SSIAD	: Services de soins infirmiers à domicile
TES	: Traitement enzymatique substitutif
T2A	: Tarification à l'activité
UCT	: Unités de coordination de tabacologie
UFR	: Unités de formation et de recherche
UHRIF	: Union hospitalière de l'Ile-de-France
UNAF	: Union nationale des associations familiales
UPATOU	: Unité de proximité, d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	: Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	: Unions régionales de médecins libéraux



USP : Unités de soins palliatifs  
VAE : Validation des acquis de l'expérience  
ZSTCD : Zones de surveillance de très courte durée

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1 :	Situation des établissements de santé en 2003 selon le statut juridique .....	27
Tableau 2 :	Evolution de l'activité en 2003 .....	30
Tableau 3 :	Sages-femmes et personnels non médicaux (effectifs en équivalent temps plein), en 2002.....	33
Tableau 4 :	Situation des établissements de santé en 2003 selon le statut juridique et le type de financement .....	34
Tableau 5 :	Consommation médicale totale en valeur (montants en 2003) .....	35
Tableau 6 :	Structure de financement de l'hôpital et des sections médicalisées .....	36
Tableau 7 :	Evolution de l'ONDAM .....	116
Tableau 8 :	Evolution de la dotation du FMESPP.....	194
Graphique 1 :	Evolution en % du nombre de lits d'hospitalisation de court séjour à temps complet entre 1992 et 2003 selon l'activité et la catégorie d'établissements .....	28
Graphique 2 :	Evolution en % du nombre de lits en hospitalisation à temps complet (moyen et long séjours, psychiatrie) entre 1992 et 2003 selon l'activité et la catégorie d'établissements.....	29
Encadré 1 :	Le schéma d'organisation sanitaire dans les Territoires d'Outre-mer (STOS).....	20
Encadré 2 :	Poids des CHRU dans l'hospitalisation française.....	98

En France, l'hôpital public occupe une place centrale dans l'offre de soins. Au fil du temps, ses missions se sont étendues, alors même que son fonctionnement est soumis à des contraintes, économiques et réglementaires, de plus en plus fortes.

Dans cette étude, le Conseil économique et social dresse un bilan de la situation de l'hôpital public aujourd'hui et trace les perspectives de son évolution à moyen terme.