

*SPECIAL
INSERM*

A TOUS LES ADHERENTS

AUX SECRETAIRES REGIONAUX ET
AUX MEMBRES DE LA C.E. CNRS

SNTRS



informations

Bulletin de liaison du Syndicat
National des Travailleurs de la
Recherche Scientifique C.G.T.

édité par nos soins

25, RUE DES CHEVREUSE 91400 ORSAY. Tél. 69.07.60.13
C.P. N° 50099 - Directeur de la Publication : Jean OMNES

Supplément au N° 3. B

MARDI 13 FEVRIER 1996

2,00 FRF

SOMMAIRE

PAGE 2

Suppressions de postes, gels de crédits
ASPHYXIE DE LA RECHERCHE, AGISSONS

le MERCREDI 21 FEVRIER 1996

à Paris, à 15 h 00
au Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la recherche
(rendez-vous : métro Solférino)

En province,

Sur le tract, PAGE 2, les deux encadrés vides sont à remplir par vos soins avec vos données locales. Nous vous indiquons ci-dessus celles qui concernent la région parisienne.
Pour la province, à chacun de donner ses propres informations.

PAGES 3 - 4

A PROPOS DU GEL DES CREDITS RECHERCHE

PETITION INSERM à faire signer d'urgence pour la remettre à la Direction lors de la prochaine entrevue (prévue rapidement)

PAGES 5 - 6

AFFAIRE(S) DE L'ARC : Depuis plus de 20 ans, le SNTRS-CGT dénonce les pratiques douteuses de cette association et tente de protéger le personnel contre les décisions arbitraires de son président.

PAGE 7

PETITION : L'INSERM veut maintenant amputer le budget du CAES en invoquant les difficultés budgétaires de la recherche

PAGES 8 à 15

Propositions du haut conseil de la réforme hospitalière

PAGE 16

L'HEBDO de l'actualité sociale de la Vie Ouvrière-CGT,
Sommaire du prochain numéro

SNTRS-CGT

Suppressions de postes, gels de crédits
asphyxie de la recherche,
AGISSONS le 21 février

Depuis plusieurs années les gouvernements successifs mettent en œuvre une politique de récession dans les organismes publics de recherche. En 1996, cette politique est encore aggravée : baisse des crédits en francs constants, suppressions d'emplois (449 de 1994 à 1996). A cela s'ajoutent aujourd'hui le gel de 25 à 50% des maigres crédits des unités et services (à l'INSERM), les limitations de dépenses à 50% pour les laboratoires et services des autres organismes et la volonté du directeur général du CNRS de ne pas renouveler deux postes d'ITA sur trois cette année. Nous venons d'apprendre également que les reliquats 1994 et 1995 d'Autorisations de programmes des unités CNRS seraient récupérés par la direction et affectés à des actions incitatives.

Le gouvernement persiste à déstructurer la recherche publique. Il affiche sa volonté de lier, par exemple, le CNRS à l'Etat par un contrat d'objectif (complément de la contractualisation qui se poursuit université par université à travers les contrats quadriennaux Université - CNRS - Ministère). Il veut systématiser et accentuer le financement sur programme, avec comme corollaire l'affaiblissement, voire la disparition des moyens récurrents de laboratoires.

**Une telle politique doit être combattue avec la plus grande fermeté.
Un pays qui asphyxie sa recherche hypothèque son avenir.**

Ne laissons pas faire !
Ensemble agissons pour :

- l'annulation des suppressions de postes et la levée du gel des emplois vacants,
- des créations de postes de titulaires à tous les niveaux de qualifications (ITA et chercheurs),
- le remplacement immédiat de tout départ d'ITA dans l'unité concernée, sauf avis contraire du Comité National ou des CSS INSERM.
- la titularisation de tous les non titulaires occupant des emplois de caractère permanent,
- l'amélioration des carrières et le rattrapage des pertes de pouvoir d'achat,
- l'abandon de tout projet de contractualisation des organismes de recherche et de la politique de financement essentiellement sur programmes,
- l'augmentation des moyens financiers des laboratoires et services et l'annulation de toutes les mesures qui en restreignent l'utilisation,
- la résorption du "trou" créé par l'Etat dans le budget du CNRS (moyens de fonctionnement et masse salariale).

L'argent existe : le crédit-impôt-recherche a fourni aux industriels 3,9 milliards F. en 1995, sans aucun contrôle. Cette somme, qui représente l'équivalent de plus 12 000 postes de titulaires CNRS (toutes taxes et cotisations comprises), n'a pas servi à développer l'emploi scientifique dans le privé. Ce crédit-impôt-recherche doit être supprimé et le montant correspondant transféré aux budgets des organismes publics de recherche civile.

**Participons nombreux aux rassemblements
du mercredi 21 février 1996**

Préparons ensemble cette initiative en Assemblée Générale

A PROPOS DU GEL DES CRÉDITS RECHERCHE

Le budget de la recherche publique a été voté par le parlement dans le cadre du budget de l'Etat. Deux mois après on nous annonce le gel de 50 % des crédits alloués au Titre 6, c'est-à-dire le fonctionnement. Où est la démocratie ?

A l'INSERM, une note du 24 janvier précise que les crédits de l'Administration seront gelés à hauteur de 50 % et ceux des unités de 25 %.

On voudrait assassiner la Recherche Publique, on ne s'y prendrait pas autrement. Chacun sait que les crédits gelés deviennent facilement des crédits annulés. Comment les laboratoires vont-ils travailler ? La dotation initiale des laboratoires et services étaient déjà inférieure à celle de 1995, mais amputée encore dans cette proportion combien de programmes vont-ils devoir être annulés ? A cela s'ajoute le fait qu'il n'y a aucune création d'emploi chercheur et des suppressions de postes ITA.

Même le CAES est attaqué. En demandant le reversement d'une partie de la subvention, l'INSERM s'attaque au salaire différé des personnels.

Jusqu'où n'iront-ils pas !

Nous posons à nouveau la question : comment nos gouvernants pensent-ils que nous allons travailler ? Comptent-ils sur le financement associatif ou privé ?

Mais à quoi sert la Recherche Publique selon eux ? Ceux qui nous gouvernent depuis des années estiment que l'investissement dans la recherche est de l'investissement à fonds perdus. Ils veulent nous enfermer dans une logique de participation ou développement des entreprises exclusivement. C'est, selon eux, la seule façon d'être rentable aujourd'hui.

Nous affirmons, nous, que la recherche est utile pour la société et donc "rentable", en développant les connaissances et donc les retombées économiques dans tous les domaines à plus ou moins long terme. Quel danger court un pays qui ne développe pas la recherche ?

Nous ne pouvons laisser faire. Il faut réagir.

Dans un premier temps, faire s'exprimer les Directeurs d'unité et les Conseils de laboratoires auprès de la Direction de l'INSERM et du Ministère.

Nous contactons les autres syndicats pour une riposte de plus grande envergure, à l'INSERM et dans les autres EPST.

Orsay, le 30 Janvier 1996

A PROPOS DU GEL DES CRÉDITS RECHERCHE

Le budget de la recherche publique a été voté par le parlement dans le cadre du budget de l'Etat. Deux mois après on nous annonce le gel de 50 % des crédits alloués au Titre 6, c'est-à-dire le fonctionnement. Où est la démocratie ?

A l'INSERM, une note du 24 janvier précise que les crédits de l'Administration seront gelés à hauteur de 50 % et ceux des unités de 25 %.

On voudrait assassiner la Recherche Publique, on ne s'y prendrait pas autrement. Chacun sait que les crédits gelés deviennent facilement des crédits annulés. Comment les laboratoires vont-ils travailler ? La dotation initiale des laboratoires et services étaient déjà inférieure à celle de 1995, mais amputée encore dans cette proportion combien de programmes vont-ils devoir être annulés ? A cela s'ajoute le fait qu'il n'y a aucune création d'emploi chercheur et des suppressions de postes ITA.

Même le CAES est attaqué. En demandant le reversement d'une partie de la subvention, l'INSERM s'attaque au salaire différé des personnels.

Jusqu'où n'iront-ils pas !

Nous posons à nouveau la question : comment nos gouvernants pensent-ils que nous allons travailler ? Comptent-ils sur le financement associatif ou privé ?

Mais à quoi sert la Recherche Publique selon eux ? Ceux qui nous gouvernent depuis des années estiment que l'investissement dans la recherche est de l'investissement à fonds perdus. Ils veulent nous enfermer dans une logique où la recherche aurait essentiellement pour but de développer les capacités des entreprises. C'est, selon eux, la seule façon d'être rentable aujourd'hui.

Nous affirmons, nous, que la recherche est utile pour la société et donc "rentable", en développant les connaissances et donc les retombées économiques et sociales dans tous les domaines à plus ou moins long terme. Quel danger court un pays qui ne développe pas la recherche ?

Nous ne pouvons laisser faire. Il faut réagir.

Nom	Prénom	Corps	Laboratoire	Signature

25, rue de Chevreuse
91400 ORSAY
Tél. : 69 07 60 13
Fax : 69 07 50 05

AFFAIRE (S) DE L'ARC :
DEPUIS PLUS DE 20 ANS, LE SNTRS-CGT DENONCE LES PRATIQUES
DOUTEUSES DE CETTE ASSOCIATION ET TENTE DE PROTEGER
LE PERSONNEL CONTRE LES DECISIONS ARBITRAIRES
DE SON PRESIDENT.

Depuis des années (plus de 20 ans) la gestion de l'ARC pose des problèmes :

- En **1975**, le SNTRS dénonce une affaire de double facturation. La secrétaire qui a révélé la fraude est licenciée. J.Crozemarie est condamné aux Prud'hommes. Il exerce une pression sur le milieu scientifique (chantage à la subvention) pour empêcher la réintégration de cette personne dans un laboratoire de recherche.

- En **1984**, les adhérents CGT de l'ARC demandent la création d'un Comité d'Entreprise. Refus de J.Crozemarie qui prétend employer moins de 50 personnes. Il faudra l'intervention de l'Inspection du Travail pour constater que l'ARC emploie 200 personnes et doit organiser des élections (pétition du SNTRS-CGT du 21 novembre 1984).

- En juillet **1985**, la CGT intervient auprès de J.Crozemarie pour lui rappeler que la participation d'un délégué syndical aux réunions de comité d'entreprise est on ne peut plus légale. Ce délégué CGT, rémunéré par le CNRS et travaillant au service informatique de l'ARC, reçoit des menaces de remise à disposition du CNRS.

En **1985** l'ARC se "débarrasse" de **tout** le personnel syndiqué CGT en le transférant, certains dans une filiale informatique récemment créée à Malakoff (SQ2, société mise en cause dans les derniers développements), les autres à l'Association Claude-Bernard (personnel ICIG travaillant dans le service du Pr G.Mathé à Villejuif). Une convention entre l'ARC et l'Association Claude-Bernard est signée : l'ARC versera les salaires des personnels concernés à l'Association Claude-Bernard jusqu'en 2005.

- En **1987**, à la suite d'un "différend" entre Crozemarie et Mathé, le personnel travaillant pour ce dernier apprend, par la voie des ondes, que Crozemarie et son conseil d'administration ont décidé de ne plus verser les salaires prévus selon la convention (cf. interview de Mathé du 20 mars 1987 sur EUROPE 1).

- En **1990**, le personnel transféré à l'Association Claude-Bernard et travaillant à l'ICIG est menacé de licenciement (avec la bénédiction de l'ARC) nonobstant la convention. De nombreuses conférences de presse sont organisées pour la défense de ce personnel. Elles seront l'occasion, pour le SNTRS-CGT, d'attirer l'attention du public et des pouvoirs publics, sur le rôle parfois pervers des associations caritatives en matière de recherche :

"...Les associations ont joué sans conteste un rôle déterminant dans la constitution d'"empires" qui se révèlent extrêmement fragiles, en finançant : gros équipements, fonctionnement, salaires, bourses... Elles ont en cela pris la relève des organismes nationaux dans le financement de la recherche sur le cancer. Le seul budget de l'ARC est comparable au budget de la recherche sur le cancer à l'INSERM. Au lieu de donner des impulsions dans des directions souhaitées par le public, ces associations ont occasionné un désengagement partiel de l'Etat, provoquant une orientation implicite des recherches, y compris celles développées par le secteur public par effet d'entraînement.

La situation de l'ICIG est l'illustration des conséquences néfastes d'une mauvaise gestion des fonds associatifs provenant des quêtes publiques, des dons et des legs, avec la complicité passive des organismes nationaux de recherche. C'est aussi une illustration de la grande insuffisance de la politique scientifique du gouvernement..."

(Extrait du communiqué de presse du SNTRS-CGT en 1991)

- En 1990. Cette fois, c'est un "différend" entre J.Crozemarie et le Pr Flamant, Directeur de l'Institut Gustave Roussy (IGR), à propos de la construction d'un Centre de Prévention, qui entraîne la suppression par l'ARC d'une part importante des crédits de fonctionnement que celle-ci attribuait à l'IGR, et l'envoi de lettres de licenciement à plusieurs agents travaillant à l'IGR rémunérés par l'ARC. Le SNTRS-CGT saisit l'Inspection du Travail. Les licenciements sont finalement évités. Les agents seront tout de même "punis" en ne recevant pas leur prime de fin d'année. Parallèlement, Crozemarie exerce un chantage auprès des chercheurs travaillant en cancérologie à l'IGR : ils continueront à bénéficier des fonds de l'ARC s'ils se désolidarisent de la direction de l'Institut.

L'analyse faite par notre syndicat résumée dans l'extrait du Communiqué de presse de 91 reste entièrement valable, et l'affaire Crozemarie qui relève du droit pénal, ne doit pas masquer les problèmes de fond que posent les associations caritatives dans le domaine de la recherche.

De plus, dans le but de sensibiliser les donateurs, de nombreuses campagnes de presse ont été financées par l'ARC et ont bercé d'illusions le public sur les possibilités de progrès thérapeutiques (par exemple : vaccins anti-cancer) posant des problèmes de déontologie de l'information .

Les associations "caritatives" jouent un rôle dans l'orientation de la recherche dont l'importance dépasse de loin les quelques 10% du budget global de la recherche biomédicale qu'elle représente. En dehors des salaires versés par le secteur public, les crédits de fonctionnement, versés par les associations caritatives et qui rentrent chaque année dans le budget des unités en permettant concrètement de développer les programmes de recherche, atteignent dans certains domaines jusqu'à 80 % des crédits alloués par l'Etat. Sans personnel on ne fait rien, sans subsides, non seulement on ne fait rien, mais on gâche des investissements humains considérables. Les crédits associatifs sont distribués hors politique scientifique globale. Des secteurs entiers de recherche publique encourent donc le risque de se développer hors politiques recherche (pour la recherche sur le cancer c'est un constat). L'Etat est insuffisamment engagé en matière de recherche, dans les domaines d'intervention des associations, pour ne pas dire désengagé.

Le Ministère de la santé, ainsi que le CNRS et l'INSERM, portent une lourde responsabilité dans cette situation. Malgré nos nombreuses interventions auprès de la présidence de la république, des ministères, des directions d'organismes et nos conférences de presse, les pouvoirs publics n'ont pratiqué que la politique de la chaise vide et/ou de l'autruche, en particulier au CA de l'ARC, tout en se reposant sur les associations pour faire fonctionner les laboratoires (personnels et fonctionnement).

Nous proposons deux pistes pour sortir de ce difficile problème : soit les associations assument l'autonomie de leur intervention par le biais du financement de fondations privées, (comme cela se pratique à l'étranger), soit elles continuent à collaborer avec la recherche publique, dans ce cas, seule une forme exclusivement contractuelle est envisageable.

Quoiqu'il en soit pour apurer la situation actuelle, nous agissons pour que les personnels rémunérés par l'ARC ou autres, ne soient pas, une fois de plus, les victimes des erreurs et/ou malversations des dirigeants de cette association et des pouvoirs publics.

L'INSERM est en retard par rapport à beaucoup d'organismes dans le domaine de l'action sociale :

- . logement : aucune politique,
- . crèche : aucune place,
- . cantine : régression générale, notamment par l'exclusion des personnels non-INSERM, travaillant dans les unités (thésards...),
- . aide sociale : aucun interlocuteur régional, un seul demi-poste d'assistant sociale pour 6000 agents.

L'INSERM veut maintenant amputer le budget du CAES en invoquant les difficultés budgétaires de la recherche.

La dotation du CAES, c'est actuellement 0,58% de la masse salariale (MS), plus une contribution de l'INSERM (personnel (1 poste), locaux, fournitures) estimée à 740 KF, la totalité représentant 0,65% de la MS.

Par comparaison, la dotation globale du CAES du CNRS, hors restauration, qui inclut 70 agents payés par le CNRS plus des personnels mis à disposition, représente 1,1% de la MS de cet organisme.

La convention INSERM-CAES (1982) stipule que la dotation du CAES doit se situer entre 0,58% (valeur plancher) et devrait tendre vers 1% de la MS sans préciser le moyen d'y parvenir.

En janvier 96, la direction de l'INSERM affiche sa volonté de dénoncer la convention. Devant la réaction des élus du CAES, elle recule sur le principe mais elle attaque par un autre biais en demandant à récupérer une partie de sa contribution.

Après toute une série d'atteintes au pouvoir d'achat, c'est au salaire différé, que représente le CAES, que la Direction de l'INSERM s'attaque : il n'y a plus de limite au recul social, tout acquis étant considéré comme un privilège.

Non seulement, nous n'acceptons pas ces amputations du budget du CAES, mais nous exigeons :

- Des moyens pour l'action sociale, notamment devant les difficultés croissantes des familles, il est nécessaire qu'elles puissent accéder à des logements sociaux et à des crèches, être aidés efficacement dans toutes nos régions,

- Un accès pour tous les personnels, statutaires ou non, à une restauration d'entreprise de bonne qualité, à un prix raisonnable.

Ce droit pour tous fait partie des conditions de travail minimales,

Pour le CAES :

--- sur la base minima des moyens actuels du CAES, l'intégration des "aides en nature" dans la dotation annuelle, pour que toute décision arbitraire et technocratique sur les moyens alloués devienne impossible,

--- un plan de rattrapage des 1% de la MS calculée avec les précaires INSERM (CES...)

--- une participation supplémentaire pour les personnels NON-INSERM (thésards et autres), qui représentent une part importante des forces vives de nos laboratoires de recherche.

NOM, Prénom	Corps	Laboratoire	Signature

PROPOSITIONS

DU HAUT CONSEIL

DE LA REFORME HOSPITALIERE

30 Novembre 1995

HAUT CONSEIL DE LA REFORME HOSPITALIERE

- Principes Généraux
- Renforcer les droits et la participation des usagers des structures d'hospitalisation
- Clarifier les missions de l'hospitalisation
- Promouvoir une dynamique régionale de participation à la mission de formation initiale et continue et de recherche en santé
- Prendre en compte les besoins sanitaires de la population
- Créer une véritable organisation régionale sanitaire et sociale
- Répondre aux besoins de santé en garantissant la qualité des soins
- Contraindre les objectifs et les moyens
- Evaluer les résultats médicaux et économiques
- Réorganiser les établissements publics et privés PSPH
- Organiser les coopérations et les réseaux de soins
- Valoriser les professionnels de l'hôpital
- Améliorer l'efficacité des dépenses d'hospitalisation

AVANT-PROPOS

Au terme de cinq mois de travaux de réflexion alimentés notamment par la contribution écrite et/ou orale de nombreux professionnels et usagers de l'hospitalisation ou responsables concernés par la mise en chantier d'une réforme de l'hospitalisation, les membres du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière proposent, à travers les fiches suivantes, les axes principaux d'une réforme donnant au Gouvernement les moyens concrets d'améliorer l'efficacité du dispositif d'hospitalisation auquel les Français sont particulièrement attachés.

La réforme hospitalière telle que proposée répond à trois objectifs principaux: recenser le dispositif d'offre de soins d'hospitalisation autour du malade dont les besoins doivent être mieux connus et pris en compte; donner aux professionnels de l'hospitalisation, quels qu'ils soient leur statut et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux; améliorer l'efficacité des dépenses consacrées par la collectivité, sous quelque forme que ce soit, à l'hospitalisation.

Les fiches qui suivent rappellent ces objectifs et explicitent les moyens permettant de les atteindre. Certaines méritent d'être approfondies, notamment celles relatives à l'organisation du financement, aux modalités d'organisation des communautés hospitalières et universitaires régionales, aux moyens permettant de valoriser et de favoriser la mobilité des professionnels de l'hospitalisation: sur ce dernier thème, le Haut Conseil préconise la constitution rapide d'un groupe de travail associant pour partie ceux de ses membres qui le souhaitent.

Par ailleurs, les membres du Haut Conseil souhaitent appeler l'attention du Gouvernement sur le fait que le succès des propositions de réforme qui sont ci-après avancées, est largement conditionné par:

- l'équité dans l'effort d'adaptation et de responsabilisation clairement expliqué qui sera demandé à tous les acteurs de l'hospitalisation: tous les établissements de santé, quels qu'ils soient et quelle que soit leur taille, doivent répondre le plus rapidement possible aux objectifs fixés; par ailleurs, la mise en oeuvre dans le domaine de l'hospitalisation française d'une démarche d'assurance de la qualité implique la définition de processus de labellisation et d'évaluation tant des techniques et des installations que des professionnels eux-mêmes, quels qu'ils soient la nature et le niveau de leurs responsabilités, dans le respect des règles éthiques et professionnelles qui leur sont applicables;

- la poursuite et l'aboutissement de réflexions engagées par d'autres instances ou personnalités sur des sujets et dans un esprit convergents, notamment sur la réforme de l'Etat, en particulier la réorganisation de l'administration de la santé ou, sur un sujet plus précis tel que la réorganisation des urgences: le lancement d'une réflexion sur la formation initiale des professions médicales annoncé par le Premier Ministre devra notamment permettre d'améliorer la formation à la gestion de ces professionnels et d'assurer l'adéquation entre les besoins de santé et l'évolution de la démographie médicale. Une telle réforme doit faciliter les coopérations entre professionnels de la médecine hospitalière et de la médecine ambulatoire, au bénéfice direct des patients.

Bernard DEVULDER
Président du Haut Conseil de la
Réforme Hospitalière

PRINCIPES GENERAUX

L'objectif prioritaire de la réforme de l'organisation de l'hospitalisation publique et privée est la satisfaction des besoins de soins des patients dans des conditions financièrement supportables pour la collectivité et permettant la sauvegarde du système d'assurance maladie. Sur l'ensemble du territoire, les patients doivent trouver des réponses adaptées à ces besoins qui respectent les impératifs de qualité et de sécurité, pour un coût individuel et social optimisé.

En conséquence, la réforme prévoit:

- 1) la définition précise et régulièrement actualisée, tant au niveau national qu'au niveau des régions, des besoins sanitaires de la population ;
- 2) une organisation régionale de l'hospitalisation impliquant une adaptation des structures de prise en charge aux besoins sanitaires de la population qui, par définition, sont évolutifs, et prenant en compte l'environnement social et l'aménagement du territoire;
- 3) la nécessaire maîtrise des coûts hospitaliers impliquant notamment l'harmonisation des modes d'allocation des ressources entre établissements publics et privés pour des prestations identiques:
 - une organisation structurelle de l'hospitalisation impliquant:
 - la clarification des missions de l'hospitalisation;
 - le renforcement des droits des patients et de leurs proches et une définition précise des modalités de leur participation;
 - les coopérations entre les établissements et des réseaux de soins coordonnés entre professionnels de statut public ou de statut privé;
 - l'instauration d'un dispositif d'accréditation pluriannuelle des structures hospitalières (diagnostics cliniques hospitaliers ou laboratoires hospitaliers), financées dans le cadre de contrats passés entre les établissements de santé et l'autorité de tutelle située au niveau régional qui sont à durée déterminée et soumis à évaluation régulière, notamment en fin d'exercice:
 - la déconcentration de la gestion jusqu'au niveau des établissements et au plus près des équipes hospitalières, dès lors que celles-ci disposent d'une masse critique adaptée, et qu'elles réalisent une activité évaluable en qualité et en quantité ;
 - la clarification des missions respectives des acteurs concernés -Etat, financeurs, collectivités territoriales, cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers - permettant une organisation cohérente du dispositif, notamment au niveau régional.

FICHE n°1: RENFORCER LES DROITS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION

Objectifs: Mieux prendre en charge les malades et leurs proches en améliorant leur accueil, leur information, la qualité de leur prise en charge, en renforçant leurs droits et en assurant leur participation à la définition des besoins généraux de santé et à l'évaluation du réseau et de la qualité des soins.

FICHEN°3: PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE REGIONALE DE PARTICIPATION DES EQUIPES HOSPITALIERES A LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE ET A LA RECHERCHE EN SANTE

Objectifs: Permettre à toute équipe hospitalière, quel que soit son lieu d'exercice, d'être accréditée pour ses compétences en matière de formation initiale et continue et/ou de recherche, par une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique. Cette accréditation permet à l'équipe hospitalière de participer, sur un mode contractuel, aux activités d'une Communauté hospitalière et universitaire régionale. Celle-ci remplace les Centres Hospitaliers et Universitaires.

1- Mission de formation

La formation des professionnels de santé est organisée dans le cadre de communautés nouvelles, dénommées "communautés hospitalières et universitaires régionales".

Ces communautés sont constituées par:

- une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique lui permettant d'exercer des compétences distinctives en matière de contractualisation pour la formation ou la recherche avec les cliniques hospitalières et/ou les laboratoires hospitaliers des établissements publics de santé ou avec d'autres structures de santé et avec les organismes de recherche en santé ;

- des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour cette mission spécifique de formation et/ou de recherche.

Au sein des "communautés hospitalières et universitaires régionales", la Faculté de médecine et les établissements de santé comportant des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour des missions universitaires, conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs.

Des communautés hospitalières et universitaires inter-régionales peuvent être créées.

Les Facultés de médecine organisent les formations initiale et continue des médecins (en liaison avec les professionnels en exercice) et concourent à celles des autres professionnels et personnels de santé.

La formation théorique est assurée dans le cadre des Facultés de médecine ou des structures placées sous leur autorité.

La formation pratique est assurée pour partie auprès des professionnels en exercice et pour l'essentiel dans des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour cette mission, au sein des établissements de santé.

FICHE n°2 : CLARIFIER LES MISSIONS DE L'HOSPITALISATION

Objectif: Redéfinir les missions remplies par les différents acteurs de l'hospitalisation dans le cadre desquelles des activités médicales cohérentes ont toutes vocation à être accréditées.

Chaque établissement public, privé (à but lucratif ou non) ou structure de coopération doit assumer une ou plusieurs des cinq missions suivantes:

santé et avec les organismes de recherche en santé ;

- des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour cette mission de formation et/ou de recherche.

Les missions de recherche des partenaires hospitalier et universitaire de la communauté hospitalière et universitaire régionale sont définies dans le respect de leurs prérogatives institutionnelles respectives et de celles des autres partenaires associés (organismes nationaux de recherche, Instituts de recherche ...).

Au sein des cliniques hospitalières ou hospitalières et universitaires et des laboratoires hospitaliers ou hospitaliers et universitaires dont les projets entrant dans le cadre de la mission de recherche sont validés, les praticiens habilités portent le titre de "praticien de recherche", qu'ils soient de statut hospitalier ou de statut hospitalo-universitaire, pendant toute la période de contractualisation qui les concerne.

Au sein de chacune de ces cliniques hospitalières ou hospitalières et universitaires et au sein de chacun de ces laboratoires hospitaliers ou hospitaliers et universitaires, un "praticien de recherche" assume la responsabilité de l'organisation des missions de recherche auprès du responsable de la structure qui peut également assurer cette fonction.

Dans les cliniques et laboratoires hospitaliers et universitaires:

- ce responsable des missions de recherche est conjointement nommé par le Doyen de la Faculté de médecine et par le représentant de la personne morale de l'établissement hospitalier ou de la structure de coopération, après avis du Conseil de la Faculté et du conseil d'administration de l'établissement.

- les responsables des missions de recherche des différentes structures contractantes constituent un comité de recherche au sein de la "communauté hospitalière et universitaire régionale". Ils en élisent le Président qui est membre de droit du Conseil de la Faculté de médecine, ainsi que les membres qui représenteront ce comité au sein du Conseil scientifique de la "communauté hospitalière et universitaire régionale".

- les surcoûts financiers imposés à l'établissement hospitalier par les projets entrant dans le cadre des missions de recherche organisées sous tutelle hospitalière et universitaire sont assumés conjointement par la Faculté de médecine et par l'établissement de santé, notamment grâce à des crédits spécifiques de l'assurance maladie et grâce aux contributions des autres partenaires institutionnels.

Dans le cadre des missions de recherche des autres professionnels de santé, notamment des pharmaciens et des odontologistes, des conventions peuvent être conclues entre leurs UFR ou établissements de recherche respectifs et les communautés hospitalières et universitaires régionales.

Ces cliniques hospitalières, laboratoires hospitaliers ou autres structures de santé, accrédités pour cette mission, sont appelés "clinique hospitalière et universitaire" et "laboratoire hospitalier et universitaire".

Au sein des cliniques et laboratoires hospitaliers et universitaires, les praticiens habilités par l'autorité universitaire portent le nom de "praticiens universitaires" pendant toute la période de contractualisation qui les concerne.

Les enseignants de la Faculté de médecine, titulaires ou temporaires, sont "praticiens universitaires" es qualités.

Au sein de chaque clinique hospitalière et universitaire et de chaque laboratoire hospitalier et universitaire, un "praticien universitaire" assume la responsabilité de l'organisation des missions de formation auprès du responsable de la structure qui peut également assurer cette fonction.

Le responsable est nommé par le Doyen de la Faculté de médecine, sur proposition conjointe du Conseil de Faculté et du Conseil de la structure accrédité pour cette mission universitaire.

Les responsables des missions de formation des différentes cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers et universitaires contractantes constituent collégialement un Conseil universitaire de formation pratique hospitalière qui élit en son sein un fédérateur.

Ce fédérateur est membre de droit du Conseil de Faculté.

Les projets d'activité médicale entrant dans le cadre de la mission de formation qui sont accrédités par les Facultés de médecine génèrent pour les établissements concernés des surcoûts financiers. Ils doivent être financés dans le cadre de contrats de partenariat entre l'assurance maladie, les facultés de médecine et ces établissements hospitaliers.

Dans le cadre de la formation des autres professions de santé, notamment des pharmaciens et des odontologistes, des conventions peuvent être conclues entre leurs UFR ou établissements de formation respectifs et les "communautés hospitalières et universitaires régionales".

2. Mission de recherche

Dans les établissements de santé, les missions de recherche sont organisées soit dans le cadre de contrats de recherche entre ces établissements et des organismes institutionnels de recherche, soit dans le cadre des "communautés hospitalières et universitaires régionales" précédemment évoquées, constituées par :

- une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique lui permettant d'exercer des compétences distinctives en matière de contractualisation pour la formation ou la recherche avec les cliniques hospitalières et/ou les laboratoires hospitaliers des établissements publics de santé ou avec d'autres structures de

FICHE N°4 : PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS SANITAIRES DE LA POPULATION

Objectifs: Organiser la mise en oeuvre des activités médicales remplies par les différents acteurs de l'hospitalisation en fonction des besoins des malades et de leur évolution telle que définie au niveau national et régional. Il s'agit notamment de faire évoluer les SROSS actuels pour organiser les activités médicales elles-mêmes par appels d'offres () et donner à un schéma régional d'organisation des activités sanitaires et sociales -SROASS- un caractère opposable.*

FICHE N°5 : CREER UNE VERTABLE ORGANISATION REGIONALE SANITAIRE ET SOCIALE

Objectifs: Rassembler au sein d'une instance régionale de l'organisation sanitaire et sociale - IROSS- les compétences qui concourent à l'organisation de l'hospitalisation disposant des outils nécessaires à une régulation adaptée aux besoins de la population et garantissant le respect des impératifs de qualité et de sécurité des soins.

FICHE 6 : REPENDRE AUX BESOINS DE SANTE EN GARANTISSANT LA QUALITE DES SOINS

Objectifs: Inciter les équipes hospitalières en liaison avec l'établissement de santé auquel elles appartiennent à s'organiser, éventuellement en coopération, pour proposer, en réponse au SROASS, des projets d'activité en fonction de normes qualitatives et économiques. Garantir ainsi l'adéquation entre les besoins et les moyens organisationnels de prise en charge.

FICHE N° 7: CONTRACTUALISER LES OBJECTIFS ET LES MOYENS

Objectifs: Doter les établissements de santé et leurs équipes hospitalières dont les projets de réponse aux appels d'offre de l'IROSS ont été validés d'un outil financier et juridique souple (pluriannuel), transparent (évaluation) et responsabilisant (délégation de responsabilités) leur permettant de répondre aux besoins de la population. Doter les établissements de santé des moyens leur permettant d'adapter, de reconvenir ou de redéployer les cliniques et les laboratoires hospitaliers dont les projets n'ont pas été validés.

Du champ du contrat:

L'établissement de santé et la commission exécutive régionale de santé passent un contrat d'objectifs et de moyens qui couvre obligatoirement toutes les cliniques hospitalières et les laboratoires hospitaliers.

A titre temporaire, les cliniques et laboratoires hospitaliers concernés par des projets conformes au SROASS mais non accrédités seront financés par le contrat. Ce contrat précisera alors les délais et les conditions dans lesquels ces structures devront répondre aux critères d'accréditation, se reconvenir en interne ou en s'associant avec d'autres cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers; à défaut, elles seront redéployées.

Lorsqu'il s'agit d'une activité réalisée dans le cadre de la mission de soins, une clinique hospitalière ou un laboratoire hospitalier interne à un établissement de santé ne peuvent être concernés que par un seul contrat. Ceci n'exclut pas pour elle la possibilité de disposer de collaborateurs externes.

En revanche, les cliniques et les laboratoires hospitaliers peuvent être concernés par plusieurs contrats relatifs aux quatre autres missions de l'hospitalisation (fiche 2).

Procédure

Le représentant de la personne morale d'un établissement de santé autre qu'une structure de coopération doit intégrer chaque projet validé de clinique hospitalière et/ou de laboratoire hospitalier dans le contrat d'objectifs et de moyens qu'il négocie, en accord avec les coordinateurs de la structure concernée, avec la commission exécutive régionale. Chaque projet validé fait en effet l'objet d'un contrat interne entre le représentant de l'établissement de santé et le coordinateur de la clinique hospitalière ou du laboratoire hospitalier concernés; chacun de ces contrats internes figurera dans le contrat d'établissement (*).

Lorsque le contrat d'établissement est établi, le représentant de la personne morale doit, à l'intérieur de l'établissement de santé, déléguer aux coordinateurs des cliniques ou laboratoires hospitaliers tous moyens permettant la mise en oeuvre du projet validé, conformément aux clauses contenues dans le contrat interne.

(*) certains membres du Haut Conseil souhaitent ajouter la phrase suivante: "ce contrat d'établissement est co-signé par le représentant de la personne morale et les représentants des équipes hospitalières concernées par les projets validés".

La commission exécutive régionale de santé peut à tout moment vérifier que l'activité réalisée par les équipes hospitalières reste en conformité avec le projet tel qu'il a été validé par elle.

Méthode

Le budget des établissements publics et privés PSPH fait apparaître distinctement les budgets spécifiques des différentes structures hospitalières et notamment de celles –cliniques ou laboratoires hospitaliers– dont les projets ont été validés.

A terme, il apparaîtra logique que la totalité des établissements de santé soient soumis à cette obligation.

Dans le cas de coopérations, chaque année, le conseil d'administration de chaque établissement en liaison avec les responsables concernés, évalue les moyens alloués au contrat pluriannuel dont bénéficie la structure de coopération.

FICHE N°8 : EVALUER LES RESULTATS MEDICAUX ET ECONOMIQUES

Objectifs: Donner aux professionnels et aux tutelles les outils méthodologiques permettant une régulation de l'offre de soins fondée sur la prise en compte de critères techniques, médicaux, éthiques et économiques définies par une structure nationale indépendante.

FICHE N°9 : REORGANISER LES ETABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVÉS PSPH

Objectif: Réorganiser l'hôpital dans le sens d'un renforcement de la participation des équipes soignantes tant à la planification des activités médicales cohérentes qu'à la définition régulière des modalités de gestion quotidienne permettant de les réaliser. Rendre plus opérationnels les conseils d'administration des établissements publics hospitaliers en modifiant leur composition.

FICHE N°10: ORGANISER LES COOPERATIONS ET LES RESEAUX DE SOINS

Du Groupement d'Intérêt Sanitaire, structure juridique de coopération public et/ou privé:

Objectifs: Définir une structure juridique permettant véritablement de faciliter les coopérations entre professionnels de santé de statuts différents et permettant l'évaluation médicale et économique par les services ad hoc des activités médicales réalisées ainsi en réseau.

DOCUMENT PROVISOIRE, EN COURS DE DISCUSSION

FICHE N°11 : VALORISER TOUS LES PROFESSIONNELS DE L'HOSPITALISATION

Objectifs: Intéresser les professionnels de l'hospitalisation à la réalisation du projet de la structure hospitalière à laquelle ils participent; les valoriser en leur confiant de nouvelles responsabilités et en renforçant leur participation à la gestion de la structure et à celle de leur établissement de santé et favoriser leur mobilité en facilitant les coopérations entre professionnels de statuts différents, au niveau régional comme au niveau inter-régional.

DOCUMENT PROVISOIRE, EN COURS DE DISCUSSION

FICHE N°12 : AMELIORER L'EFFICACITE DES DEPENSES D'HOSPITALISATION

A ce stade de sa réflexion, le Haut Conseil de la réforme Hospitalière préconise ici quelques pistes de réflexion qu'il n'est pas en mesure de préciser davantage, dans l'attente d'informations complémentaires concernant les autres volets de la réforme de la protection sociale.

GLOSSAIRE

Accréditation:

Procédure externe à un établissement, volontaire, visant à contrôler la conformité d'un projet d'activité médicale porté par une structure hospitalière aux critères suivants: respect de normes techniques et de bonne pratique médicale, adéquation entre l'activité envisagée et les moyens matériels, humains et financiers prévus, définition de critères d'évaluation, mise en place de référentiels permettant la connaissance des coûts de l'activité, pertinence de l'organisation formalisée par un règlement intérieur.

Cette accréditation est délivrée par l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale.

Activité médicale cohérente :

Activité réalisée au sein d'un établissement public ou privé ou non, se référant soit à des moyens de prise en charge diagnostique ou thérapeutique, soit à des groupes de pathologies ou d'organes. Ces activités sont définies et leur prise en charge est organisée dans le schéma régional d'organisation des activités sanitaires et sociales.

Assurance de la qualité :

Démarche organisationnelle précisant la mise en oeuvre de moyens matériels et humains dans le but d'atteindre des objectifs médicaux précisés sur le plan qualitatif et quantitatif figurant dans le contrat qui accompagne l'accréditation.

Budget de structure:

Budget correspondant à tous les frais fixes.

Budget d'activité :

Budget correspondant à tous les frais variables directement liés aux indicateurs d'activité.

Clinique hospitalière ou laboratoire hospitalier:

Il s'agit d'une entité de masse critique adaptée (selon les cas, service ou regroupement de services) dont les membres - à la fois professionnels de santé et administratifs - concourent à la prise en charge d'une activité médicale cohérente.

Clinique hospitalière et universitaire ou laboratoire hospitalier et universitaire:

Il s'agit d'une clinique hospitalière ou d'un laboratoire hospitalier qui disposent d'un contrat de formation et/ou de recherche en liaison avec une Faculté de médecine.

Communauté hospitalière et universitaire:

Elle est constituée par une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique et par des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures d'hospitalisation accréditées pour ces missions universitaires de formation et/ou de recherche.

Contrat:

Document co-signé par la commission exécutive régionale de santé d'une part, et le représentant de la personne morale de l'établissement de santé quel qu'il soit et le posulant du projet d'autre part; il précise les engagements de chacun, les critères d'évaluation des activités, ses modalités et ses conséquences.

Coordinateur:

Responsable d'une structure hospitalière validée; il signe le contrat interne concernant cette structure avec le représentant de l'établissement de santé. Il fait partie du conseil médical de gestion.

Equipe hospitalière

Equipe composée de personnels administratifs, médicaux, para-médicaux, administratifs et techniques qui prend en charge une activité médicale cohérente.

Evaluation:

Vérification de la réalisation des objectifs fixés dans le contrat en fonction de critères déterminés au moment de l'accréditation et rappelés dans le contrat.

Habilitation:

Accord donné par l'autorité compétente à une personne pour assumer des responsabilités dans le cadre d'une activité hospitalière cohérente et faisant référence à un engagement professionnel de formation et à la validation régulière de cette formation.

Schéma régional d'organisation des activités sanitaires et sociales:

Document élaboré par l'instance régionale d'organisation sanitaire et sociale précisant les besoins sanitaires et sociaux d'une région auxquels les différents acteurs de santé sont invités à répondre dans le cadre d'une procédure d'appels d'offre. Ce SROASS, qui remplace le SROSS, est opposable.

Validation:

Elle est délivrée par la commission exécutive régionale de santé aux structures hospitalières dont le projet d'activité a été reconnu conforme avec le SROASS par la commission exécutive régionale de santé et accrédité par les services régionaux de l'Agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale. Toute structure hospitalière validée disposera dans le cadre du contrat passé entre la commission exécutive régionale de santé et l'établissement de santé des moyens notamment financiers lui permettant de réaliser son activité.

LISTE DES MEMBRES DU HAUT CONSEIL DE LA REFORME HOSPITALIERE

- M. André BARBE, Secrétaire Général pour les Affaires Régionales de Lorraine
- M. Jean-Pierre BETHOUX, Professeur des Universités, Chirurgien des hôpitaux
- M. Daniel BORDAS, Directeur général de clinique
- M. Jacques BRISSON, Directeur de clinique :
- M. Jean CHOUSSAT, Inspecteur Général des Finances
- M. Bernard DEVULDER, Professeur des Universités, Médecin des hôpitaux, Doyen de la Faculté de médecine de Lille
- M. Jean-Michel DUBERNARD, Professeur des Universités, Chirurgien des hôpitaux, Député du Rhône
- Mme Evelyne GRANDJEAN, Directeur de clinique
- Mme Anne GRUSON, Praticien Hospitalier, biologiste
- Mme Anne HEINIS, Sénateur de la Manche
- M. Alain HONORE, Président de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris
- M. Pierre LASCOURMES, Directeur de recherche au CNRS
- M. Jean-Louis MEHL, Praticien Hospitalier, anesthésiste
- Mme Colcette MEME, Conseiller d'Etat
- M. Christian PAIRE, Directeur d'hôpital, Directeur du personnel et des relations sociales
- Mme Georgette PERRIN, Directrice de service de soins infirmiers
- M. Jean-Paul SEGADE, Directeur d'hôpital
- M. William SOUFFIR, surveillant général de radiologie

LA SEMAINE PROCHAINE

UGICT

Un avenir pour l'emploi qualifié

Le 12^e congrès de l'Ugict-CGT se tiendra du 20 au 24 mars. L'hebdo se fera l'écho des préoccupations de ces catégories.



Patrick Bernard

TRAVAIL

Attentes des salariés

Tandis que certains spéculent sur l'idée que le travail est une valeur en voie de disparition, Hélène Riffault, chercheur en sciences sociales, affirme le contraire, en commentant les résultats d'une enquête réalisée par la fondation européenne EVS (Européan Values Survey).

RETRAITE

À partir de janvier

De la pension vieillesse de la Sécurité sociale aux retraites complémentaires des cadres et non-cadres, tout ce qu'il faut savoir sur le départ à la retraite en 1996.

THÉÂTRE

Au cœur de la cité

Le théâtre comme révélateur du mal vivre des cités et banlieues: des professionnels s'y essaient, des compagnies en font spectacle. État des lieux.

67

CINÉMA

La mode du court

C'est la mode du court métrage en France, où on dénombre pas moins de trente festivals. Les jeunes (et les moins jeunes) font leur apprentissage du cinéma en tournant, tournant... Arrêt sur image.

ABONNEMENT

Pour vous abonner adressez ce bon à L'hebdo de l'actualité sociale; 263, rue de Paris; case 600, Montreuil Cedex 93516.

Tarif - 6 mois : 320 F. 1 an : 600 F. Prélèvement automatique - 3 mois : 155 F.

OFFRE SPÉCIALE, PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : LES 3 PREMIERS MOIS 100 F. (*)

NomPrénom.....

Adresse

Ville.....

Code postal.....

(*) Joindre un RIB et l'autorisation de prélèvement

