

**REPONSE DE MONSIEUR FERNAND LORRANG
ANCIEN DIRECTEUR GENERAL DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE-
HOPITAUX DE MARSEILLE
AUX OBSERVATIONS DEFINITIVES TRANSMISES PAR
MONSIEUR PICHON PRESIDENT DE LA
CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR EN DATE DU 18 JUILLET 2002**

LE 1^{ER} AOUT 2002

**I. L'ACTIVITE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE
MARSEILLE**

L'analyse portée par le Rapporteur sur l'activité de l'AP-HM est globalement partagée par la Direction Générale.

Cette analyse a d'ailleurs été portée à la connaissance des instances consultatives (CTE, CME) tout comme de l'assemblée délibérante à plusieurs reprises.

Elle a donné lieu à un commentaire particulier du Directeur Général lors du Conseil d'Administration du 10 mai 2001 et du C.T.E. du 8 Octobre 2001

Par ailleurs, dans un courrier à Monsieur le Vice-Président du Conseil d'Administration en date du 5 Juin 2001, le Directeur Général a précisé que :

- *« la répartition du budget de l'AP-HM entre les principaux postes de dépenses est conforme à la moyenne nationale des C.H.U est exactement la même que celle des Hospices Civils de Lyon.*

- *que si l'on se réfère aux principaux postes de dépenses : les dépenses de personnel, les différents indicateurs (ETP/lits, entrées, journées), nous situe parmi les hôpitaux les mieux dotés (4^{ème} position).*

Rapporté à l'activité (à la production des points ISA), la situation se dégrade et nous place en première position. Ceci doit être corrélé avec notre classement à l'égard du poids moyen des cas traités où nous situons à la 21^{ème} place).

- *A l'évidence, nous connaissons un problème de productivité, nous n'avons pas assez d'activité "reconnue PMSI" pour le niveau budgétaire qui nous est alloué ».*

Notre sentiment est que la raison principale réside dans notre rôle important d'hôpital de proximité fortement orienté vers la médecine peu rémunératrice en points ISA et non vers la Chirurgie dans une ville où le secteur privé est majoritaire et connaît une activité chirurgicale importante et de très haut niveau.

Quoi qu'il en soit il a toujours été défendu par la Direction Générale :

"qu'à structure identique et même organisations médicales, nous génèrerons peu ou prou les mêmes dépenses pour les mêmes activités, d'où la nécessité de restructurer à la fois sur le plan des installations et des activités médicales tout l'enjeu du projet d'établissement" (lettre susvisée).

Au niveau des consultations externes, si les règles comptables sont procédurées au niveau de la Direction Centrale des Affaires Financières, il est exact que l'organisation pratique n'a pas été centralisée, mais laissée à

la diligence des sites. Leur organisation varie d'un site à l'autre et souvent dans un même site d'un service à l'autre. En effet, celles-ci sont très dépendantes du type d'activité (médicale, chirurgicale, plateau technique), des modalités d'exercice édictées par les chefs de service (horaires, utilisation des locaux et des personnels...), du parti architectural (pavillonnaire, monobloc, centralisé ou non).

S'agissant de la sensibilisation des cadres et personnels au PMSI et à la collecte des actes, comme relevé, des formations initiales et continues, des informations et publications diverses sont proposées, accompagnées sur le terrain d'une action des DIM.

La CME s'est, par ailleurs, également mobilisée pour sensibiliser les chefs de service à cette problématique. A l'évidence une action profonde et durable est nécessaire.

II - LE PROJET D'ETABLISSEMENT

L'importance du projet d'établissement ne peut pas être mise en doute.

Au-delà de l'impact psychologique relevé, son adoption permet principalement d'asseoir les décisions d'investissement en cohérence avec une vision stratégique à moyen et long terme.

Cependant, il convient de reconnaître que nonobstant le blocage global du projet d'établissement, de nombreuses décisions et d'importance ont été prises pour restructurer l'AP-HM anticipant indéniablement le projet d'établissement.

Que les décisions d'investissement arrêtées ont été fondées sur les axes du projet médical souhaité par l'assemblée médicale, notamment pour ce qui a trait à la suppression de services doublons, à la création de pôles de références, et à la création de masses critiques médicales suffisantes.

Ainsi, les services restructurés ont concerné les disciplines suivantes :

- **O.R.L. (suppression d'un service)**
- **O.P.H. (regroupement)**
- **Chirurgie Cardiaque (suppression d'un service)**
- **Laboratoires centraux (regroupement)**
- **Chirurgie Plastique et Réparatrice (suppression d'un service et regroupement)**
- **Diabétologie-Endocrinologie-Nutrition (suppression d'un service)**
- **Médecine Nucléaire (suppression d'un service)**
- **Pneumologie (suppression d'un service et regroupement)**
- **Chirurgie Générale (suppression d'un service et regroupement)**
- **Chirurgie Générale (suppression d'un service et regroupement)**
- **Anatomo-pathologie (suppression d'un service et regroupement)**
- **Rhumatologie (regroupement)**
- **Gynécologie (suppression d'un service et regroupement)**
- **Cardiologie (regroupement)**
- **Psychiatrie (suppression d'un service et regroupement)**
- **Réanimation (regroupement)**

Ce faisant, l'AP-HM a, par ses restructurations (regroupement-suppression), préfiguré les pôles d'exercice pluridisciplinaires et complémentaires souhaités (exemple : Pneumologie, Rhumatologie, Bactério-virologie...).

Par ailleurs, une restructuration majeure a porté sur la fermeture de l'Hôpital Houphouet Boigny et l'intégration de ses services dans l'hôpital Nord.

Il s'agissait d'un dossier difficile politiquement et socialement, compte tenu notamment de la localisation du site et des patients traités. La Direction Générale s'est fortement impliquée sur ce dossier qui a été particulièrement difficile à négocier.

Parallèlement à ces restructurations, l'AP-HM a créé des nouvelles activités médicales :

- l'hôpital d'Adolescents "Espace Arthur"**
- le service d'Epileptologie**
- le service d'Imagerie de la Femme**
- le service de Médecine du Sport**
- l'Unité de Toxicomanie**
- le Centre de Dyslexie**
- le Centre de prise en charge des transsexuels**
- la transformation du Centre 15.**

Par ailleurs, l'AP-HM s'est engagée très fortement dans l'organisation et le développement de réseaux :

- Oncologie Pédiatrique**

- **Néonatalogie**
- **Cardiologie**
- **Cicatrisation...**

Elle s'est associée avec le Centre Hospitalier Spécialisé Edouard Toulouse dans le cadre Communauté d'établissement assurant ainsi, notamment, une meilleure prise en charge des urgences psychiatriques.

Elle a mis en place l'ensemble des conventions, avec les différents services d'urgences des hôpitaux et cliniques privés de l'ère marseillaise.

Ainsi, tout a été fait, d'une part, afin que le blocage imposé ait le minimum d'incidence sur le fonctionnement actuel de l'Institution et, d'autre part, que demeure une dynamique nécessaire de restructuration liée à des opérations architecturales ou à des départs à la retraite de chefs de service qui, de fait, correspondent à l'exécution des phases d'un projet d'établissement.

Il paraît peut-être excessif de conclure que la carence du projet d'établissement *est sans doute l'une des causes essentielles du recul d'activité à l'AP-HM* », tout en reconnaissant que l'AP-HM s'est privée d'une dynamique certaine.

S'agissant de l'élaboration proprement dite du projet d'établissement, la Direction Générale souhaite préciser la chronologie exacte et réelle des faits tout comme apporter un éclairage particulier à certaines affirmations.

Le Rapporteur relate le projet mené avec les consultants SANESCO et PLUS CONSULTANT, évoquant il nous semble, de manière sévèrement réductrice le contenu de ces travaux.

En effet, personne ne conteste que la pierre angulaire du projet d'établissement est le projet médical.

Or, un projet médical a fait l'objet d'un vote formel et favorable au Conseil d'Administration le 14 Avril 1997. Ceci n'est pas relevé et a bien plus de force que le communiqué cité du 18 Décembre 1997 en Conseil d'Administration.

Ce projet est issu de travaux importants et de qualité engagés avec les consultants qui ont vu la participation de plusieurs centaines de médecins au cours de nombreuses réunions de spécialités ou transversales.

Les travaux à travers une réelle dynamique ont dégagé des orientations majeures à finaliser au cours des cinq années du projet d'établissement ce, qui en soit, était déjà une gagure :

- la restructuration des urgences autour de 3 S.A.U.**
- le regroupement des blocs opératoires de la Timone**
- le regroupement d'activités médicales et chirurgicales en synergie par thèmes forts (voir la création d'activité nouvelle comme l'implantation d'un Centre de Gériatrie à Salvator).**
- La constitution d'un pôle mère-couple-enfant.**

L'ensemble des réflexions est consigné dans un document et une annexe de 143 pages.

En ce qui concerne le point particulier de la restructuration des blocs opératoires, il s'agissait exclusivement d'une volonté de regroupement des blocs Timone et non d'une restructuration sur plusieurs sites.

Divers solutions techniques avaient été étudiées dont celle priorisée d'une tour des blocs (côté IRM). Il est clair que c'est le concours d'architecte qui aurait conduit à la solution technique définitive.

Ce projet médical, il nous semble, ne saurait "apparaître comme un simple aménagement de l'existant". Il est un acquis réel et certain pour l'Institution par la réflexion engendrée et menée sur des thèmes comme les forces et les faiblesses de l'Institution, l'évolution des disciplines et des pratiques, les synergies nécessaires, la place de la recherche et de l'innovation...

Autant de réflexions dans lesquelles la Direction Générale et la Commission Médicale d'Etablissement se sont impliquées et qui n'étaient plus à reprendre ultérieurement.

Ce projet médical a été largement débattu et présenté aux instances statutaires, consultatives et délibératives, mais également à l'ensemble des personnels en amphithéâtre par le Directeur Général et le Président de la C.M.E. avec comme support un diaporama.

Ce projet de 1997 n'a pas abouti uniquement pour des raisons financières (et non en raison des élections à la CME de 1999).

En effet, si le projet médical est la pierre angulaire du projet d'établissement, il n'en demeure pas moins que sa mise en œuvre est subordonnée au financement prévu par le projet financier.

Il est donc impératif que celui-ci retienne des hypothèses réalistes en terme de ressources et contribue à assurer ainsi, la réalisation du projet d'établissement.

La campagne budgétaire 1997 s'est caractérisée par une négociation difficile pour l'AP-HM.

La logique du PMSI, par la prise en compte de la valeur du point ISA comme facteur essentiel du calcul de la dotation, a abouti à une baisse en Francs courants du budget du CHR.

Par ailleurs, des études complémentaires portant sur la sécurité nécessitées par l'évolution de la réglementation ont fait apparaître des coûts supérieurs à ceux qui étaient envisagés pour la mise en conformité de l'ensemble des hôpitaux.

Le projet financier, quasiment finalisé, se devait alors d'être réexaminé à la lumière de ces éléments nouveaux. De fait, le réexamen du projet médical s'avérait alors indispensable.

Tel qu'arrêté, celui-ci ancré sur la tri-polarisation ne pouvait plus prendre en compte l'évolution radicale de la situation notamment sur le plan budgétaire. C'est pourquoi le Directeur Général a demandé au Conseil du 18 Décembre 1997 de suspendre la démarche conduisant à la production du projet d'établissement basée sur le projet médical voté en avril, et s'est proposé d'engager une réflexion préalable avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation afin de disposer d'indicateurs plus précis, notamment sur

le plan budgétaire et de mieux déterminer ainsi les marges de manœuvre de l'AP-HM.

Ainsi en 1998, trois groupes de travail ont émis mis en place de manière concertée avec l'A.R.H.

Le groupe P.M.S.I.

Il convenait de mettre à plat, d'expliquer, de valider, des informations relatives à la production des points ISA au regard de la spécificité d'un CHU comme l'AP-HM.

Le groupe Financier

Il convenait d'avoir une vision commune de l'AP-HM au regard de sa situation financière, de sa capacité d'investissement et d'endettement, de sa dotation budgétaire eu égard au PMSI.

Une expertise de la Trésorerie Générale a accompagné cette réflexion.

Le groupe Projet Médical

Celui-ci a repris sa réflexion d'ensemble.

La Direction Générale forte des résultats des travaux du groupe « PMSI et Finances » a fait acter que tout projet devrait conduire à une restructuration plus forte socialement supportable, certes, et de nature à répondre à l'ambition de l'AP-HM d'offrir à ses concitoyens un service public hospitalier toujours plus performant et accessible.

Aussi, un projet de recomposition de l'offre de soins de l'AP-HM s'appuyant sur des stratégies de recentrage été présenté par la Direction Générale, avec

la CME, à la concertation, au dernier trimestre 1998 : projet d'institution prenant en compte les contraintes et les exigences nouvelles et proposant pour l'AP-HM une structure hospitalière la situant d'emblée dans le troisième millénaire basée sur la bi-sectorisation, se concrétisant par la construction d'une cité hospitalière nouvelle en lieu et place de la Timone et du secteur Sud.

La présentation en était faite par le Directeur Général le 18 Septembre 1998 à l'A.R.H. et recevait, sur le principe même, un accueil très favorable (lettre du 5 Octobre 1998 de l'A.R.H.).

Cette présentation a été également faite auprès de Monsieur le Préfet de Région. Le Président de la C.M.E., le Directeur Général, son Directeur de Cabinet, ont rencontré également le Président du Conseil d'Administration réuni avec sa "task force".

Le "bilan de gestion 1994-1999" du 23/02/1999 communiqué aux Tutelles rappelle ces faits en les argumentant et en mettant en exergue *"point 1-2-4-2 "un recentrage plus fort : bipolaire"*.

Par un courrier du 19/01/1999 particulièrement important adressé au Président de la C.M.E, le Directeur Général rappelait le contexte de la situation et stipulait : *"la restructuration envisagée s'appuie sur un postulat. L'A.P.H.M. doit s'organiser sur deux pôles. Dans le cadre de l'actualisation du projet médical la Direction Générale a clairement mis en exergue la nécessité absolue de réduire le nombre des sites"*, et de proposer plusieurs scénarii possibles dont celui *"d'un campus hospitalier réunissant sur le*

même domaine quatre cliniques thématiques de 400 lits autour d'un plateau technique commun (1 600 lits au lieu de 2 100 répartis sur trois sites...").

Ce scénario avait la préférence de l'Administration mais ne pouvait se concrétiser que par la mise à disposition d'un terrain d'importance et le site de la Capelette était envisagé (près de l'autoroute Est, en limite du Centre et du Sud et près des Facultés).

D'un point de vue technique, cette solution évitait la réhabilitation coûteuse et difficile de la Timone, était de réalisation rapide, donnait naissance à un hôpital opérationnel selon les normes et pratiques médicales actuelles, au coût de fonctionnement minoré, créait une dynamique sociale par une création d'un hôpital euroméditerranéen, en associant les forces vives de l'Institution, permettait à l'évidence des cohérences médicales internes et externes avec le SROSS, assurait les synergies et les regroupements nécessaires et souhaités par la communauté médicale.

La reconversion du site Timone en campus universitaire des sciences du vivant était assurée (nouvelle faculté dentaire, unité des sciences du vivant de Luminy, CNRS Joseph Aiguier, cité universitaire, restaurant universitaire, etc...).

Un scénario de repli maintenant le site Timone sous forme d'un hôpital de 500 lits à construire sur la cité de la biotique était également documenté.

Les scénarii étaient présentés en CME en décembre 1998.

Objectivement, il ne peut être soutenu que le 18 Novembre 1999, il s'agissait au travers de l'exposé du Président de la CME "*d'une proposition innovante*

en faisant le choix de la bi-sectorisation ", alors que celle-ci était en discussion depuis plus d'un an sous l'égide de la Direction Générale et de l'ancienne CME.

Par ailleurs, il convient de rappeler que courant 1999, contrairement à des affirmations erronées, l'APHM n'était pas spécialement en retard dans l'élaboration de son projet comme l'attestait une enquête réalisée auprès des CHU et communiquée au Conseil d'Administration, et comme le signifiait un communiqué de presse du Ministère de la Santé du 4 Novembre 1999 (APM-Reuters *"l'ensemble des Centres Hospitaliers Généraux et Universitaires sont en train de finaliser leur projet d'établissement. Moins d'une dizaine de CHU ont déjà un projet formellement approuvé"*). Le Ministère a considéré *"qu'il était logique que les CHU aient attendu de connaître les articulations prévues dans les SROSS pour finaliser leur projet d'établissement"*.

De fait, l'AP-HM à une interrogation de la Cour des Comptes avait déjà répondu en ce sens *"il convient d'observer que le nouveau projet d'établissement de l'AP-HM sera particulièrement en phase et en synergie avec le SROSS 2^{ème} génération P.A.C.A. Les deux documents ont cheminé ensemble. Ils portent fortement chacun dans leur texte les fruits des réflexions communes. C'est peut être de manière involontaire, une heureuse conséquence qui sera favorable en terme de planification, de recomposition de l'offre de soins et de maîtrise des dépenses. L'exemple de l'évolution du nombre des services d'urgences dans le SROSS de trois réduit à deux*

illustre parfaitement ce propos, s'agissant là d'une décision majeure, structurante pour l'AP-HM.

C'est ce projet médical 1998 de réactualisation du projet voté au Conseil d'Administration mais basé cette fois ci sur la bi-sectoriation avec plusieurs scénarii possible d'organisation de l'espace qui sera freiné dans sa discussion par l'élection à l'Assemblée Médicale en février 1999. En effet, le Président sortant n'étant plus rééligible, il ne paraissait pas admissible de faire voter en mars 1999 par une nouvelle Commission Médicale d'Etablissement, un projet médical le jour même de son installation.

C'est pourquoi lors du Conseil d'Administration du 29 avril 1999, le Président a demandé que l'examen du projet soit reporté à la fin de l'année.

Il est évident qu'il s'agissait de la présentation de l'axe stratégique du Projet d'Etablissement, à savoir le Projet Médical qui bien évidemment est le véritable enjeu des discussions en cours et non des projets associés (Projet du Système d'Information, de Management, etc...) qui s'appuieront sur l'axe directeur et constitueront avec lui le Projet d'Etablissement. Pour cela, le délai était tout à fait raisonnable, pour preuve c'est le 18 novembre 1999 que le Président de la CME soumettait pour avis les réflexions sur le Projet Médical au Conseil d'Administration.

Pour la Direction Générale, il est totalement volontaire d'avoir laissé alors à la nouvelle assemblée une large capacité d'adaptation et une marge de manœuvre certaine.

Un centralisme administratif excessif, compte tenu du climat de l'élection aurait été une erreur à l'égard de l'expression du pouvoir médical. Par ailleurs, il y avait tout intérêt de s'appuyer sur l'expertise médicale ne disposant pas de cabinet spécialisé pour arrêter, notamment, les organisations médicales les meilleures pour les regroupements de synergie souhaités.

L'Administration suivait l'évolution de la formalisation du document.

Il est clair que le cadrage était totalement pris en compte (*lettre de cadrage du 3 Mai 1999*).

La CME faisait sienne d'emblée les exigences et des contraintes avancées et présentées par la Direction Générale en Assemblée Générale des Médecins et par lettre au Président de la CME.

En effet, la lettre de cadrage précisait :

« Une restructuration plus forte comme hypothèse de travail s'impose. Il est clairement acquis que la dispersion, la redondance de certaines activités, la multiplication des plateaux techniques, le maintien de certaines structures obsolètes doivent être mises en cause. A structures et organisations identiques, l'AP-HM ne pourra satisfaire aux contraintes économiques et financières incontournables mais ne saura également répondre aux besoins de santé publique dans le cadre des pratiques médicales et soignantes nouvelles, seules garantes de niveau de qualité »...

La technicité médicale pouvait s'exprimer favorisant une meilleure appropriation du projet. Les idées fortes de 1998 étaient totalement reprises.

De fait, deux scénarii sur lesquelles la Direction Générale avait apporté une

contribution importante (projet de cité hospitalière, projet de construction sur le terrain du Refuge) étaient repris.

Aussi la Direction Générale, à l'épreuve des différentes pressions s'est toujours reconnue dans le projet médical, projet commun.

Il est avancé que le dossier aurait pu connaître un meilleur sort si la Direction Générale s'y était impliquée, notamment, au travers d'une étude préalable de réutilisation du site Sud.

Au cours des discussions préalables, il n'avait jamais été avancé de réemploi du site en dehors du maintien des secteurs dédiés à l'enseignement et à la Psychiatrie. La vente du domaine devait, par contre, assurer la part d'autofinancement nécessaire à la réalisation du projet immobilier neuf.

Par ailleurs, la suppression du pôle permettait, à l'évidence, de répondre également à la minoration nécessaire du coût d'exploitation de l'AP-HM.

Toutes les projections financières étaient basées sur ces apports financiers. Il convient de rappeler qu'il s'agissait d'une localisation envisagée à la limite du secteur Centre et Sud (Capelette) qui estompait de fait les problèmes d'équilibre du tissu urbain.

De même, jusqu'à là, le principe de la bi-sectorisation et les réalisations à projeter pouvaient recueillir une majorité à l'assemblée délibérante.

Le 18 Novembre 1999, au Conseil d'Administration, Monsieur le Président de la CME communiquait les grandes orientations du projet médical.

En effet, à la suite des échanges avec l'autorité de tutelle, il a été arrêté que seul le projet d'établissement dans sa globalité devait faire juridiquement l'objet d'un vote du Conseil d'Administration, d'une instruction, et d'une approbation par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Il n'y avait pas lieu de délibérer formellement sur le projet médical.

A la suite du positionnement dans le sillage du Président du Conseil d'Administration, d'une majorité de l'assemblée contre ce projet basé sur la "bi sectorisation", la Direction Générale a pris l'attache des différents acteurs pour débloquer la situation (*c.f. lettre du 24/01/2000 à la Direction des Hôpitaux*).

C'est alors que le réemploi du site Sud a fait l'objet d'une étude poussée par la Direction Générale.

Parallèlement, devait être recherché un co-financement du projet hospitalier notamment auprès des Collectivités Locales.

Le 30 Juin, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Doyen de la Faculté de Médecine, et le Directeur Général demandent, lors d'un entretien privé, faisant suite au Conseil d'Administration, au Président, la désignation "d'un élu référent du projet d'établissement" pour permettre de faire avancer le projet ayant acté que le Conseil d'Administration ne se prononcera pas avant les échéances électorales des municipales.

En Septembre, Monsieur TOURRET, Vice-Président, Adjoint au Maire, sera mis en interface avec l'APHM.

Il est évident qu'une négociation devait aboutir pour parvenir à un projet susceptible de recueillir une majorité de vote au Conseil d'Administration.

Ce projet devait avoir pour qualité de recueillir, donc une majorité, mais également de pouvoir être approuvé par l'Autorité de Tutelle.

Il était tout aussi inutile de présenter un projet non acceptable par le Conseil d'Administration, que non approuvable par l'Autorité de Tutelle, par exemple, car contraire au SROSS.

Au Conseil d'Administration du 12 Octobre 2000, ce qu'il convient de relever, c'est que Monsieur le Président du Conseil d'Administration a donné les orientations générales sur la réflexion à mener sur le projet d'établissement.

Il précisait :

- *"que Marseille et son agglomération devraient absolument disposer d'un grand hôpital moderne du 3^{ème} millénaire ;*
- *que c'est sur le site Timone-Conception que ce grand équipement au service de toute la population devra être implanté ;*
- *que les autres sites existants continueront de fonctionner et de se moderniser ;*
- *que après avoir approuvé le projet d'établissement, nous serons amenés à revoir la programmation financière qui nous est proposée aujourd'hui, car elle évoluera en fonction des priorités du projet médical et du projet d'établissement (il s'agissait du programme pluriannuel d'investissement) (Procès-Verbal du 12 Octobre 2000) (Annexe n° 10).*

Par ailleurs, Monsieur le Président du Conseil d'Administration a proposé que si nécessaire, l'aide d'un bureau d'études extérieur puisse être sollicité.

S'agissant du programme pluriannuel d'investissement, la part de financement dégagée pour l'investissement bio-médical était parfaitement arrêtée annuellement sur cinq ans.

Il est vrai que la Collectivité Médicale l'estimait insuffisante. Mais, dans les priorités de choix, l'Administration a mis clairement en exergue la nécessité absolue des travaux de conformité et de sécurité.

Cela concernait notamment les problèmes d'électricité (coupures), d'eau (légionnelle), et de sécurité incendie qui pouvaient, à l'évidence, engager des responsabilités lourdes de conséquences. Il appartenait au Conseil d'Administration de prendre position.

De fait, la délibération de la Direction Générale telle qu'amendée par le Conseil d'Administration, était devenue inapplicable car arrêtant une masse financière globale, mais répartition annuelle par nature d'investissement.

Suite à ce Conseil d'Administration du 12 Octobre 2000, dès le 26 Octobre 2000, la Direction Générale mettait en place un Comité de Pilotage s'appuyant sur quatre groupes projets qui se sont réunis de Novembre à Février 2001 :

- groupe projet Urgences (6 réunions)**
- groupe projet Gynécologie-Obstétrique (13 réunions)**
- groupe projet Hôpital Nord (4 réunions)**
- groupe projet Aspect Logistique (5 réunions)**

Le Comité de Pilotage était dirigé par le Directeur Général personnellement qui en effet, a rendu compte régulièrement de l'avancement des travaux, notamment, comme relevé le 9 Février 2001 à Monsieur le Préfet de Région.

Le 19 Mars 2001, le Directeur Général sollicitait par lettre une réunion de cadrage pour finaliser ce dossier auprès de Monsieur le Président du Conseil d'Administration, réunissant la CME, la Faculté, l'Administration de l'AP-HM, et les personnes qualifiées que Monsieur le Président entendait désigner. Cela n'a pas pu avoir lieu.

Le 3 Mai 2001, un scénario de Projet Médical, issu des travaux susvisés, finalisé, était présenté à Monsieur le Vice-Président du Conseil d'Administration par le Président de la CME, le Doyen de la Faculté et le Directeur Général.

Les données suivantes ont été prises en compte pour une proposition de scénario de projet médical préparé par la Direction Générale :

1°/ - La Communauté Médicale a fait savoir qu'elle ne reviendrait pas sur l'axe stratégique de "la bi-sectorisation".

Cela impliquait, d'une part, la concentration des activités médico-chirurgicales, médico-techniques et d'urgence du site Sud sur le site Centre (Timone-Conception), d'autre part, la réorientation du site Sud vers des activités spécifiques non interdépendantes de plateaux techniques et de disciplines actives. En effet, il n'était possible de s'appuyer que sur cette seule analyse qui sert de trame au projet médical adopté par la Commission Médicale d'Etablissement.

Il était clair que si les urgences du secteur Sud devaient être maintenues avec en corollaire obligatoire un ensemble de disciplines actives et médico-chirurgicales et médico-techniques, l'ensemble du projet médical

deviendrait caduque et devrait être repris par l'Assemblée Médicale. Cette nouvelle situation induirait de fait une approche opérationnelle différente.

2°/ - Monsieur le Président du Conseil d'Administration a souhaité le maintien du site Sud, notamment pour un équilibre socio-économique de la Ville.

3°/ - Monsieur le Président du Conseil d'Administration a fait savoir qu'il donnerait sa préférence à une construction nouvelle sur le site Timone-Conception assortie d'une rénovation des installations Timone-Conception. C'est donc à partir de ces trois positions, qu'une solution médiane a été proposée à la concertation par la Direction Générale. Ce dossier a été largement diffusé.

Monsieur le Vice-Président se devait d'étudier l'acceptation possible par une majorité du Conseil d'Administration et des élus concernés.

Le 10 Mai 2001, en Conseil d'Administration, le Président a rappelé "*les principes sur lesquels un consensus devrait intervenir*".

Le premier principe est le maintien, à Marseille, de trois grands sites d'hospitalisation publique Nord-Centre-Sud.

Le deuxième est celui de la volonté d'un projet de grand hôpital moderne sur le site Timone-Conception.

Cependant, Monsieur le Président du Conseil d'Administration précisait, s'agissant de l'implantation ailleurs, d'un hôpital neuf "*que celle-ci est toujours possible (P.V. du Conseil d'Administration du 10 Mai) "pour être bien sûr de notre affaire, nous continuons à regarder, mais nous continuons*

à regarder sans avoir vraiment l'impression que nous irons vers cette solution. C'est donc vers celle de la réhabilitation et de la construction nouvelle de modernisation totale que nous voudrions nous orienter » (P.V. du Conseil d'Administration du 10 Mai 2001).

Au vu de ce nouveau dossier qui lui avait été adressé le 14 Juin 2001, une réunion est organisée en Préfecture par Monsieur le Directeur des Hôpitaux avec Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, le Directeur Général (le Directeur de l'A.R.H. est déjà, à cette date, parfaitement informé du dossier).

C'est Monsieur le Directeur des Hôpitaux qui a demandé que soit sollicité l'avis d'un bureau d'étude sur le projet.

Le 22 Juin 2001, au Conseil d'Administration, Monsieur le Président *« constate que pour l'instant, Monsieur LORRANG est quasiment privé de vacances parce qu'il doit produire un document à l'automne. Lorsqu'on l'aura, le Conseil d'Administration en débattrà »*.

Le 12 Juillet, une réunion rassemble Monsieur le Doyen de la Faculté, Monsieur le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et le Directeur Général, avec, pour objet, la validation du programme de réemploi des Hôpitaux Sud.

Le 13 Juillet, le Directeur Général, a un entretien avec le vice-président pour une présentation du schéma général du nouveau projet.

Le 24 Juillet, est organisée une réunion entre la tutelle, l'A.P.H.M. pour la définition de l'appel d'offre du bureau d'étude.

Le 30 Juillet, une réunion se tient entre la Commission Médicale d'Etablissement, l'Administration de l'A.P.H.M. et le vice-président, ayant pour objet la synthèse des positions de l'A.P.H.M. en vue d'une réunion avec Monsieur le Président et les élus décideurs première quinzaine de septembre.

Le 16 novembre 2001, Monsieur le Directeur de Cabinet de Monsieur le Maire demandait que soit mis à l'ordre du jour du Conseil d'Administration de Décembre 2001, le projet d'établissement.

Le 24 novembre 1999, le Directeur Général actait par lettre que Monsieur le Président du Conseil souhaitait que le point consacré au projet d'établissement soit retiré de l'ordre du jour et ne fasse l'objet que d'une communication.

C'est alors que le Directeur Général a été officiellement informé de la sollicitation de son départ, notamment par son Président de Conseil d'Administration. Il ne lui appartenait pas de faire « des annonces particulières » mais d'acter ce qui était sur la place publique.

Certes des résultats d'une gestion ne sont pas toujours conformes à l'ensemble des objectifs arrêtés.

Des évènements particuliers, des obstacles inattendus, peuvent en modifier le cours et le contenu.

Ce qui est certain, c'est que les objectifs annoncés dans « la Lettre d'Objectifs » ont été poursuivis par la Direction Générale.

Dans la spécificité marseillaise qu'il faut connaître et reconnaître, elle est restée toujours active. Elle a indiscutablement facilité le dialogue. Elle a,

avec justesse, proposé la remise en cause du projet 1997 au Conseil d'Administration.

Face à ce changement de cap, elle a favorisé l'expression médicale sur le projet médical.

Il eut été singulier de proposer un projet médical qui ne recueille pas l'adhésion de la communauté médicale qui, elle, adhérait à une stratégie de bi-sectorisation.

Actant que le projet soutenu par elle en 1998-1999, à savoir d'une cité hospitalière « Euroméditerranéenne" en lieu et place de la Timone et de Sud était rejeté, la Direction Générale a honnêtement proposé à concertation une nouvelle solution « médiane » assurant comme demandé par le Président du Conseil le maintien d'une activité socio-économique à Sud et concentrant les installations sur Timone-Conception.

Elle s'est impliquée fortement pour assurer un réemploi du secteur sud et parvenir à un consensus entre les différents points de vue en présence.

Il est aujourd'hui en effet impératif, pour l'Institution, qu'un projet d'établissement soit arrêté.

A l'évidence, des positions jadis voulues rigides par les intéressés, devraient pouvoir être modifiées pour conclure utilement.

II - LE MEDICAMENT A L'HÔPITAL

I – La dépense

Le constat fait sur la croissance des dépenses relatives aux achats de produits pharmaceutiques, de produits à usage médical, de petits matériels médical et médico-technique, est partagé par la Direction Générale. Bien évidemment, la problématique a résidé dans la nécessité de compenser financièrement cette croissance (5,5 % en moyenne) le budget ne progressant par lui-même que de 0,5 % (en moyenne).

Si bien entendu l'effort a porté sur une meilleure maîtrise, il n'a pour autant jamais été question de « rationnement » ; comme cela a pu être relevé dans d'autres Institutions. Par ailleurs, les praticiens ont pu très rapidement disposer des molécules, matériaux ou mettre en œuvre des pratiques médicales innovantes.

Une partie de l'augmentation des coûts, alors que l'activité ne peut le justifier, réside à l'évidence dans ces mises à dispositions de médicaments et de dispositifs innovants à coût élevé car amortissant les frais de recherche des industriels.

Si le rapporteur estime que les éléments de maîtrise n'ont qu'imparfaitement fonctionné à l'AP-HM, ils ont le mérite d'avoir été créés. Le Comité du Médicament a été institué bien avant la réglementation. Le contrôle de Gestion a été développé, tout comme la contractualisation de manière expérimentale. Ils se sont révélés sous bien des aspects intéressants et sont à présent des acquis procédurés ou en voie de l'être. Les réunions de Contrôle Budgétaire permettent un pilotage prévisionnel pour une clôture d'exercice dans le cadre budgétaire alloué.

Globalement, ces différents éléments ont contribué à des augmentations annuelles des dépenses plus modérées que pour l'ensemble des CHU.

II – Les achats :

Il est relevé dans la répartition des dépenses sur marché selon la procédure d'achat la part très importante des marchés sur Appel d'Offre (82 % en 2000 contre 5 % en 1992). Cette procédure apparaît comme inadaptée, lente voire coûteuse. Il est clairement relevé les contraintes de plus en plus lourdes imposées par les autorités de tutelles et plus particulièrement l'attitude singulière de la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.

Bien évidemment ce ne sont pas les recours administratifs éventuels de la Tutelle qui constituent un obstacle majeur, encore que nous sommes particulièrement vigilants pour en limiter le nombre, ce qui se vérifie en 8 ans.

Mais le risque d'une procédure pénale diligentée par la DGCCRF auprès de Monsieur le Procureur de la République n'est pas virtuel.

Il est mis en exergue que les « *procédures appliquées à l'AP-HM ne sont régulières qu'en apparence* ». Deux exemples sont portés à l'appui. Sans nier que sur la masse énorme des marchés mis en œuvre, des erreurs ou omissions peuvent être commises, il convient d'acter que la conformité et la régularité des actes ont toujours fait parties des objectifs absolus de gestion : inscrits dans la lettre d'objectifs et maintes fois rappelés.

Il ne convient pas de généraliser la part de ces faits et de stigmatiser une pratique professionnelle difficile.

Pour ce qui attrait aux moyens informatiques, il s'est agi d'une priorité acceptée par le Comité de Pilotage du Système d'Information, les professionnels de la Pharmacie et les informaticiens ont investigué le marché retenu un progiciel qui sera intégré.

En ce qui concerne les modalités de règlement financier, en effet l'Administration avec les pharmaciens se sont concentrés et ont arrêté de nouvelles procédures en 2001 qui amélioreront les délais de paiement.

Il convient de relever l'excellent esprit de collaboration qui existe entre le corps des pharmaciens et la Direction Générale. L'action des pharmaciens a toujours été menée dans l'intérêt de l'AP-HM et des patients.