

DOSSIER DE PRESSE

CONFERENCE NATIONALE sur l'Investissement Hospitalier du Plan Hôpital 2007 au Plan Hôpital 2012

Mardi 13 février 2007
Institut Pasteur, Paris

- 1 Programme
- 2 Chiffres clés du plan hôpital 2007
- 3 Bilan détaillé du plan hôpital 2007 à fin 2006
- 4 Préfiguration du plan hôpital 2012
- 5 Grande Orientations du plan hôpital 2012
- 6 Trois témoignages sur des projets innovants dans le cadre d'hôpital 2007
- 7 Coordonnées des intervenants
- 8 Discours du Ministre disponible le 14 février sur <http://www.mainh.sante.gouv.fr/>



1 - PROGRAMME

- **13h30** : accueil des participants

- **14h00** : premier bilan du plan Hôpital 2007 par **Monsieur Vincent Le Taillandier de Gabory**, *Directeur de la MAINH*

- **14h30 - 15h30** : des expériences marquantes et innovantes présentées par leurs promoteurs :
 - Accélérer les opérations d'investissement :
Messieurs Guy Vallet et **Michel Filleul**, *DG et Directeur Patrimoine Assistance Publique Hôpitaux de Marseille*

 - Construire un projet public - privé :
Monsieur Philippe Jahan, *DG Centre Hospitalier de Valenciennes*
Monsieur Yannick Briquet, *DG clinique Teissier (groupe AHNAC)*

 - L'investissement, outil de réorganisation :
Monsieur Olivier Muller, *DG Groupement Hospitalier Privé du Centre Alsace*

- **15h30 - 16h30** : comment améliorer l'efficacité de l'investissement : animée par **Madame Annie Podeur**, *Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins* avec :
 - **Monsieur Jean-Olivier Arnaud**, *DG CHU Nîmes* • **Monsieur Jérôme Nouzarède**, *PDG groupe Védici*

 - **Monsieur Michel Ballereau**, *DARH Bourgogne* • **Monsieur François-Xavier Anscutter**, *DG Spie Batignolles*

 - **Monsieur Hervé de Colnet**, *Directeur du secteur public ATOS ORIGIN*

- **16h30 - 17h00** : présentation du plan Hôpital 2012 par **Monsieur Xavier Bertrand**, **Ministre de la Santé et des Solidarités.**

2 – CHIFFRES CLES DU PLAN HOPITAL 2007

Montant des aides financières attribuées pour la durée du plan :
6 milliards (par tranche annuelle de 1,2 milliards)

Montant de l'objectif pluri-annuel d'investissement attendu sur 5 ans :
10 milliards, répartis entre des investissements immobiliers et mobiliers, des équipements lourds et les systèmes d'information

L'état d'avancement des opérations immobilières à fin 2006 :
 85 % des opérations sont terminées ou en cours de travaux
 10 % des opérations sont en cours d'études
 5 % des opérations sont en cours de programmation

Réalisation à fin 2006 :
6 milliards (factures reçues et mises en paiement).

Effet levier du plan :
 La moyenne annuelle des investissements des hôpitaux publics est passée de **2,8 milliards** pour la période 2000-2002 à **4,5 milliards** pour la période 2003-2006.
 Cette progression de 1,7 milliard s'explique pour 900 M au titre du plan H 2007, soit un tiers du socle initial.

Près de 25 % des investissements du plan H 2007 sont consacrés directement aux programmes nationaux de santé publique :

Urgences	4 %
Lutte contre le cancer ...	6 %
Périnatalité	13 %

Procédures innovantes

Partenariats public-privé (BEH et Contrats de Partenariat)

logistique	13	(35 % des opérations et 12 % du montant des investissements)
hébergement	17	(46% des opérations et 13 % du montant des investissements)
hôpital complet ...	7	(19 % des opérations et 75 % du montant des investissements)

Le nombre de projets en BEH et de contrat de partenariat est passé de 14 au 1^{er} avril 2005 à 39 au 15 janvier 2007, portant le coût cumulé de construction de l'ensemble de ces projets à plus de 1,5 milliards d'euros.

Au 15 janvier 2007, 17 projets BEH ont été signés dont le CHU de Caen portant sur le projet du pôle Mère-Enfants et le Sud Francilien.

Les marchés globaux

Les marchés de conception-réalisation ont continué de se développer, 141 opérations sont en cours ou réalisées, représentant plus de 1 milliard d'euros et 0,5 million de m².

3 – BILAN DETAILLE DU PLAN HOPITAL 2007 A FIN 2006

Stabilisé en septembre 2003 après consolidation nationale des 26 plans régionaux, le plan a comme ambition d'engager 10,1 milliards d'investissement immobilier et mobilier, équipements lourds et système d'information accompagnés par une aide nationale de 6 milliards d'euros. Le calendrier prévoit que toutes les opérations retenues devront avoir connu un début de réalisation avant la fin 2007. Lorsque ce n'est pas le cas, la revue annuelle de projets effectuée avec chaque ARH permet de redéployer les financements.

1 L'ETAT D'AVANCEMENT DU PLAN

1.1 Les investissements générés par le Plan hôpital 2007 se déploient à un rythme proche des prévisions

Pour les quatre premières années de sa mise en œuvre, l'objectif pluriannuel d'investissement (O.R.P.I.) est de **6 milliards d'euros** soit près de **60% du programme final** (10,1 milliards d'euros).

Parané	2003	2004	2005	2006	2007	Total
ORIPrévisionnel	919350	1794733	2582277	2572970	2292021	10161351
ORPréalisé	810851	1455869	1674821	2078106		6019647
Tauxderéalisation	88%	81%	65%	81%		59%

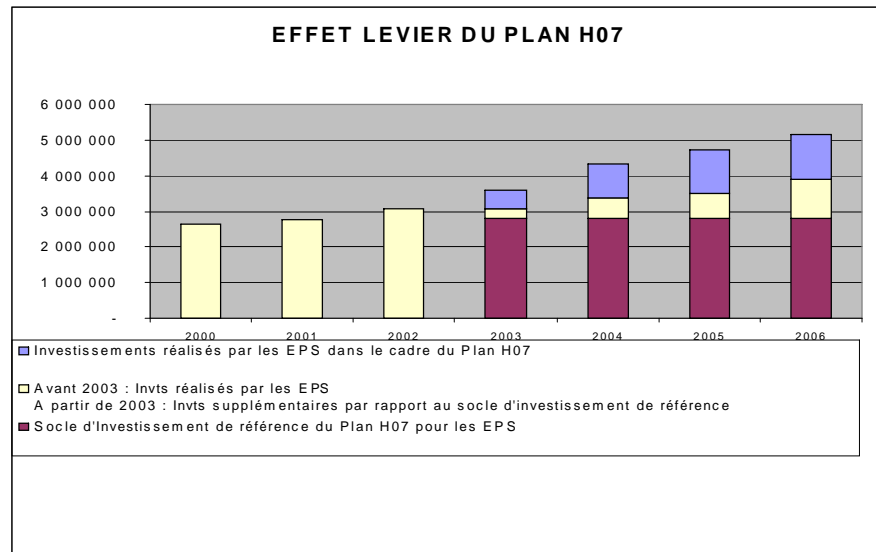
Il s'agit des dépenses effectives au sens de factures reçues et mises en paiement. Le montant réalisé représente près de 60% de l'ensemble du Plan (pour un objectif prévisionnel de 78%). La dispersion des taux de réalisation par région est assez importante puisque le plus faible se situe à 26% (Lorraine) et le plus élevé à 78% (Centre), mais la progression générale est notable puisque 16 régions ont un taux égal ou supérieur à la moyenne (elles n'étaient que 9 à fin 2005) et 10 un taux inférieur.

1.2 L'effet levier du plan se maintient

La moyenne annuelle des investissements des seuls hôpitaux publics est passée de **2,8 milliards** pour la période 2000-2002 à **4,5 milliards** pour la période 2003-2006.

Cette progression de 1,7 milliard s'explique pour 900 M au titre du plan H 2007, soit un tiers du socle initial.

L'effet substitution entre le Plan H07 et les immobilisations hors Plan H07 n'est pas constaté jusqu'à présent.

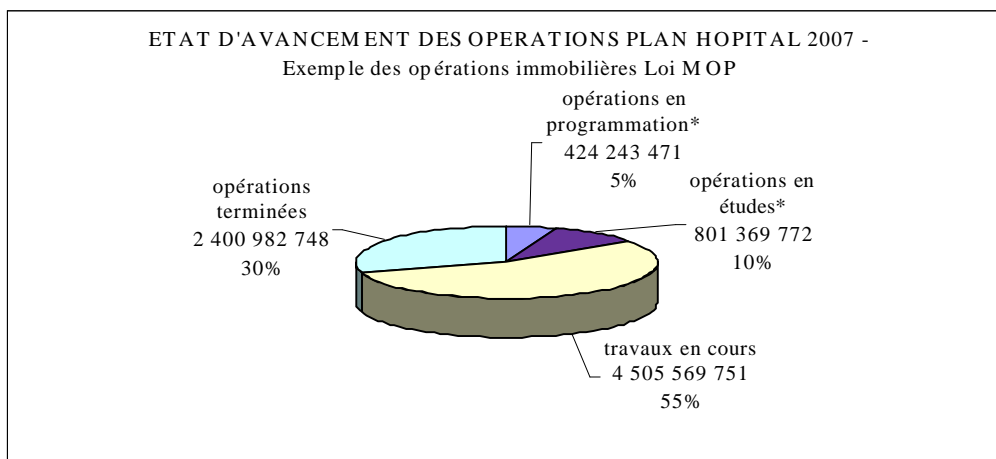


montants en milliers d'euros (Source : données D.G.C.P.)

1.3 Les engagements d'accompagnement financier sont respectés

Le montant des aides versées s'établit à 4,9 milliards d'euros en valeur cumulée à fin 2006, pour un investissement réalisé de 6 milliards. Le mécanisme retenu : apport budgétaire en capital sur facture justifiant le début des travaux ou dotation de compensation des surcoûts dès l'inscription du projet au plan régional d'investissement a conduit à un préfinancement prévisible en début de plan, mais en 2006 le montant des investissements a rattrapé et dépassé le montant des aides.

1.4 L'état d'avancement des opérations immobilières à fin 2006 : 85 % des opérations sont en cours de travaux ou terminées



1.5 Les partenariats public-privé (BEH et Contrats de Partenariat)

Le nombre de projets en BEH et de contrat de partenariat est passé de 14 au 1^{er} avril 2005 à 39 au 15 janvier 2007, portant le coût cumulé de construction de l'ensemble de ces projets à plus de 1,5 milliards d'euros. L'expérimentation de cette procédure se poursuit donc à un rythme qui correspond aux objectifs fixés initialement dans le Plan Hôpital 2007 qui prévoyait 1,5 milliards d'euros pour ces projets. Au 15 janvier 2007, 17 projets BEH ont été signés dont le CHU de Caen portant sur le projet du pôle Mère-Enfants et le Sud Francilien.

1.6 Les marchés globaux

Les marchés de conception-réalisation ont continué de se développer, 141 opérations sont en cours ou réalisées, représentant plus de 1 milliard d'euros et 0,5 million de m².

Un échantillon d'opérations menées à terme se constitue. Il sert de base à une évaluation de cette procédure, elle est conduite parallèlement au bilan de la première vague de BEH.

Ces deux procédures innovantes, rendues possibles par l'Ordonnance du 04 septembre 2003 représentent maintenant près de 180 projets en cours ou réalisés.

1.7 Les systèmes d'information

423 opérations SIH ont été éligibles au Plan Hôpital 2007, pour un montant global de 289,6 millions d'euros (ORPI cible). A la fin de l'année 2006, 60 % des investissements prévus avaient été réalisés. L'analyse de ces investissements SIH doit permettre d'identifier les réussites pour partager et mutualiser ces expériences, et orienter les politiques d'investissements futures.

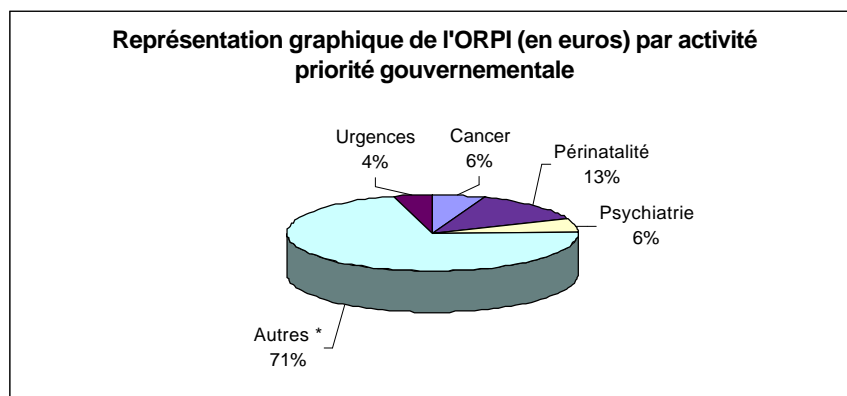
2 LA CONTRIBUTION DU PLAN A LA POLITIQUE DE SANTE

Le Plan Hôpital 2007 a été conçu comme un plan de modernisation et comme un plan d'accompagnement de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière rendue nécessaire par les évolutions conjuguées des techniques et pratiques médicales d'une part et des attentes des patients d'autre part. Cela s'est traduit par le choix délibéré de soutenir les politiques de santé publique nationales ainsi que les politiques de regroupement et de recomposition régionales.

2.1 Le soutien aux programmes nationaux de santé publique

Au moment du lancement du plan, les priorités gouvernementales en matière de politique de santé publique étaient le plan cancer, le plan périnatalité et les urgences, sans qu'il y ait de hiérarchie établie entre ces trois domaines. Elles ont été prises en compte dans des projets spécifiques ou intégrées dans une opération d'investissement globale.

- Certaines opérations sont spécifiquement dédiées à l'une de ces politiques.



Les trois priorités initiales du Plan représentent près du quart des investissements du Plan Hôpital 2007

La part des investissements consacrés au **plan cancer** dans le plan est de 6 %, affectés essentiellement à des renouvellement ou des acquisitions de nouveaux équipements lourds, dont notamment les accélérateurs de particules et les tomographes à émission de positons (TEP).

Celle consacrée au **plan périnatalité** est de 13 %. Pour l'essentiel ces opérations consistent à construire des pôles mère-enfant en modernisant et en regroupant les structures existantes.

Les opérations relatives aux **urgences** concernent des unités de proximité (UPATOU) et des services d'accueil (SAU). Elles représentent 4 % du Plan.

Un Plan globalement orienté sur les politiques de santé publique

Au-delà des opérations spécifiques, de nombreuses autres opérations de reconstructions complètes d'établissement, qui concernent l'ensemble des disciplines de court séjour, participent à la mise en œuvre des politiques nationales sans qu'il soit possible d'en évaluer le montant.

Dans d'une enquête conduite en 2005 sur un échantillon de 166 opérations parmi les plus importantes, **25 % des opérations estiment contribuer au plan urgence, 26% au plan périnatalité, et 18% au plan cancer.**

2.2 L'accélération de la recomposition régionale

2.2.1 L'articulation avec le schéma d'organisation sanitaire

Au-delà de l'effet modernisation, les opérations du Plan Hôpital 2007 ont pour vocation de répondre aux orientations du schéma d'organisation sanitaire dans son volet régional comme dans son volet national.

Les ARH interrogées sont pratiquement unanimes pour reconnaître que le Plan Hôpital 2007 a permis une accélération des objectifs du SROS. Pour certains, les opérations choisies correspondent naturellement à ces objectifs, pour d'autres, l'apport du Plan est ressenti comme l'élément déterminant pour la réalisation des réorganisations de l'offre hospitalière prévues dans le SROS.

Cette cohérence entre les projets et le schéma d'organisation sanitaire est de nature à garantir la bonne utilisation des aides financières attribuées aux établissements de santé et elle démontre que le SROS constitue pour ces derniers une référence fondamentale dans la définition de leur stratégie d'investissement.

2.2.2 Recomposition de l'offre de soins et complémentarité.

Dans le Plan initial on recensait 90 opérations de toutes natures (immobiliers, équipements, SIH). A mi-parcours, il apparaît que cet état des lieux a évolué et qu'il n'est pas définitivement stabilisé. Deux types de regroupements se dégagent nettement, d'une part des regroupements internes dans chacun des secteurs public et privé, d'autre part des opérations de coopération entre établissements publics et établissements privés. :

- **Les regroupements internes à un secteur**

Les opérations immobilières entre établissements privés sont plus nombreuses que prévues principalement en raison du fait que deux régions, Ile de France et PACA, avaient réservé des enveloppes financières pour les projets privés sans pouvoir les individualiser, estimant que ces projets n'étaient pas suffisamment avancés pour figurer en tant que tels dans le Plan régional. Il s'agit en réalité d'opérations de fusion.

Le Plan Hôpital 2007 a permis aux ARH d'accompagner et d'accélérer le mouvement de restructuration du secteur privé engagé depuis quelques années. Cela concerne plus particulièrement les régions dans lesquelles le secteur privé est bien implanté telles que l'Aquitaine, la Bourgogne, le Centre, l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon, les Pays de la Loire, la Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Le secteur public a conduit en priorité des projets de regroupements internes de sites ainsi qu'on le verra plus loin en ce qui concerne les effets sur la gestion des établissements. Une dizaine d'opérations figurent toutefois dans le Plan Hôpital 2007 au titre de la recomposition régionale, ce sont soit des regroupements d'établissements parmi lesquels on peut citer le Centre hospitalier intercommunal de la Haute Saône et celui du Pôle de Santé Sarthe et Loir, soit des coopérations pour des activités logistiques.

- **Les opérations immobilières entre établissements privés et établissements publics**

26 projets sont aujourd'hui identifiés comme des projets de coopération très structurés mais pour la plupart encore en phase d'études en 2005, ce qui montre la complexité de ce type de projet.

3 UNE PREMIERE ANALYSE DES EFFETS DU PLAN SUR LA GESTION DES ETABLISSEMENTS

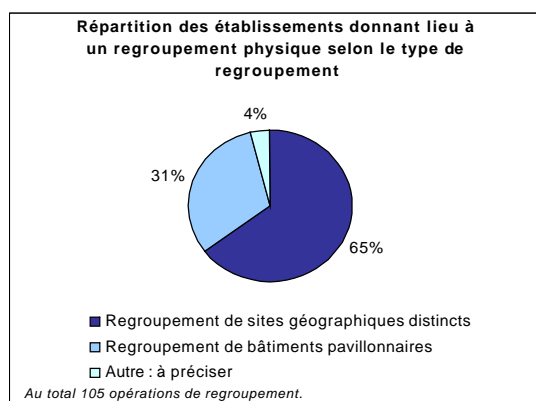
La mesure de ces effets a été réalisée à partir d'une enquête conduite en 2005 sur un échantillon de 166 opérations. Il convient de préciser que, pour la quasi-totalité des établissements concernés, il s'agit d'une mesure à caractère prévisionnel, peu d'établissements (9 %) ayant atteint en 2005 la phase de mise en service de leur investissement.

3.1 L'amélioration qualitative

Cette amélioration concerne deux aspects de la gestion interne : les structures immobilières et la qualité de vie pour les usagers et les personnels.

3.1.1 Les structures immobilières

Dans près des deux tiers des cas, les opérations majeures d'investissement s'accompagnent d'un **regroupement physique de sites géographiques** distincts et de bâtiments pavillonnaires (105 sur 166).



Le plan conduit également à une **réduction du nombre de services** évaluée à 10 %, qui traduit à la fois une volonté d'optimisation des moyens et l'application des principes liés à la nouvelle gouvernance. L'enquête a toutefois permis de constater une augmentation brute d'environ 8 % du nombre de salles d'opération concentrée dans les grandes régions. Ce résultat peut s'expliquer en raison d'une anticipation de croissance de l'activité, du développement de la chirurgie ambulatoire mais également d'une recomposition régionale inachevée. Le renforcement des sites hospitaliers majeurs devrait conduire logiquement à reconsidérer les autres sites opératoires.

- **Une avancée certaine de la mise aux normes de sécurité des établissements.**

Sur l'échantillon étudié, le nombre de bâtiments non conformes a considérablement décréu. Il passe de 78 à 36 à la fin du plan.

La réalisation des opérations inscrites au Plan Hôpital 2007 devrait répondre à une grande partie des réserves et non-conformités relevées par les Commissions locales de Sécurité.

Cependant, l'enquête parallèle conduite auprès des ARH montrent qu'à la fin du Plan, il subsistera en moyenne 18 % des établissements pour lesquels des travaux importants pour la mise aux normes de sécurité seront nécessaires.

L'inventaire systématique auquel la DHOS s'est livré en 2006, et dont les résultats sont évoqués dans les autres documents composant le dossier de concertation, a permis de conclure qu'un effort important restait à faire dans ce domaine.

3.1.2 - La qualité de vie des usagers et des personnels

Une meilleure qualité de service pour les usagers est attendue. Les établissements interrogés estiment que le taux de satisfaction d'une majorité (68 %) de patients sera très supérieur à ce qu'il est aujourd'hui. Ce résultat s'explique par une amélioration du confort des séjours mesurée par l'évolution du taux de chambres à 1 lit qui passe en moyenne de 34 à 66 %. Une des conséquences de l'amélioration de la satisfaction des patients est d'assurer le maintien de l'attractivité de l'établissement dans sa zone de rayonnement naturelle.

Les opérations d'investissement ont également un effet sur la gestion des ressources humaines. A cet égard, 61 % des établissements de l'échantillon prévoient une amélioration du niveau de satisfaction des personnels et en attendent des effets positifs sur des indicateurs tels que le taux de renouvellement (turn-over) et le taux d'absentéisme. Surtout cela permet aux établissements de renforcer leurs capacités de recrutement des personnels médicaux et non médicaux. Il sera utile d'évaluer ces effets après mise en exploitation et de les comparer aux prévisions initiales.

3.2 L'impact économique

L'investissement hospitalier, comme tout investissement, a pour caractéristique d'affecter de manière difficilement réversible les conditions de fonctionnement de l'organisation, de modifier sa structure de dépenses et de recettes qu'il convient, au moment de la décision d'investir, de mesurer.

3.2.1 L'évaluation des projets majeurs

Si il est trop tôt pour disposer d'un tableau consolidé des effets globaux générés par les 1664 opérations, en revanche l'audit spécifique commandé pour ce rapport apporte un éclairage prospectif sur les 166 projets majeurs. La plupart des établissements (83 %) ont conduit une réflexion en terme de ressources humaines. En revanche la validation de ces données par les ARH est moins fréquente puisque seuls 28% des projets pour lesquels une évaluation a été faite (35 sur 125) ont vu leurs prévisions validées, 72 % étant donc encore en négociation avec la tutelle.

Les établissements considèrent dans 55 % des cas que leur projet doit conduire à une augmentation future de leurs effectifs, le taux de progression étant estimé à 2,8 %, soit un effectif supplémentaire « souhaité » de l'ordre de 4000 emplois, mais avec de fortes variations régionales.

Les études de surcoûts de groupe 4 (amortissements et frais financiers) sont systématiquement menées (87,5 %). Cette charge supplémentaire, évaluée en moyenne à 2,7 millions d'euros, a été prise en compte le plus souvent par l'aide du Plan Hôpital 2007.

- **Un bilan final qui reste à établir**

L'échantillon retenu concerne les structures lourdes les plus souvent en développement leurs prévisions ne sont pas totalement transposables à l'ensemble des opérations du Plan.

Plus généralement, l'exercice de prévision est délicat : dans un contexte tarifaire pas totalement stabilisé, les négociations et études locales ne sont pas achevées pour des structures mises en fonctionnement en 2008 voire 2009.

Ces données restent donc aujourd'hui brutes, il convient de passer, dans la deuxième partie du plan, à un tableau finalisé de l'impact économique en prenant en compte les effets restructurant du Plan mais également la faisabilité technique et socio-politique d'une action régionale de redéploiements.

4– PREFIGURATION DU PLAN HOPITAL 2012

Méthode et calendrier

Considérant les avancées du plan de relance de l'investissement Hôpital 2007, les besoins restant à couvrir, le Ministre de la Santé, à l'occasion de son discours à Hôpital Expo le 16 mai 2006, lors de déplacements dans les établissements hospitaliers en particulier en Corse, aux Antilles, en Alsace et Rhône Alpes a exprimé sa volonté de poursuivre « l'effort de modernisation des hôpitaux dans le cadre d'un plan hôpital 2012 », en évoquant les priorités qui structureraient le futur plan :

- 1) Réalisation des SROS, adaptation des capacités, reconversion des Établissements
- 2) Mise aux normes de sécurité des bâtiments.
- 3) Modernisation des Systèmes d'information hospitalière.

A la suite de cette annonce, la Direction de l'Hospitalisation de l'Offre de Soins (DHOS) appuyée par la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH) a conçu un processus de préfiguration fondé sur plusieurs étapes.

Une première étape (septembre-octobre 2006) a consisté à engager une démarche technique conduite par l'administration, permettant de réaliser autour de 4 groupes de travail, un état des lieux et un recensement des propositions au niveau national.

Cette phase comprenait également une enquête auprès des ARH portant sur une évaluation des investissements à l'étude en région, ainsi que la consultation officieuse de divers responsables d'institutions et personnalités qualifiées.

A ce stade, il ne s'agissait pas de détailler le contenu du futur Plan, et encore moins d'arrêter les opérations éligibles, mais sur les thèmes prioritaires de :

- délimiter les cibles minimales (et opérationnelles) incontournables en terme d'objectif et de résultat à atteindre
- formaliser les mesures d'accompagnement pour réussir ces nouveaux investissements
- esquisser les modalités de pilotage et de gestion du Plan : la répartition des rôles entre le niveau national et régional, les techniques d'aide

La seconde étape a été l'organisation d'un séminaire (14 et 17 novembre 2006), réunissant les représentants de l'administration et des personnalités extérieures, cooptées pour leur expérience et leur expertise au cours duquel les travaux préparatoires ont été discutés, ce qui a permis de construire la synthèse finale et d'identifier des solutions alternatives.

La troisième étape s'est déroulée au mois de janvier 2007 avec la consultation officielle des organisations représentatives des personnels non médicaux, des personnels médicaux, des conférences de directeurs et de présidents de commission médicale d'établissements, des fédérations d'établissements public et privés.

L'ensemble de ces travaux a permis de préparer la Conférence nationale du 13 février 2007 au cours de laquelle le Ministre présente les grandes orientations du plan Hôpital 2012.

5– GRANDES ORIENTATIONS DU PLAN HOPITAL 2012

5-1 LES MOTIFS DU PLAN

Le volet investissement du plan Hôpital 2007 doit être prolongé pour porter tous ses effets.

Ce plan s'achève sans avoir couvert tous les besoins. Sur les trois priorités définies par le ministre (accompagnement des sros, sécurité, sih), selon une enquête réalisée auprès des ARH, le montant total des investissements à prévoir pour les dix années à venir se situe dans une fourchette de 15 à 20 milliards d'euros.

Les axes majeurs de la réforme globale engagée en 2003, la nouvelle tarification et la gestion financière, la gouvernance interne des établissements et la planification régionale sont en cours de développement, leur horizon court jusqu' à 2010-2012.

Le nouveau plan d'investissement doit garantir cette poursuite de dynamique, sans rupture.

Le plan garantit que les investissements prioritaires permettant d'adapter l'offre de soins aux évolutions en cours seront réalisés, alors que le seul jeu des acteurs ne le permettrait pas, ou du moins pas dans les mêmes délais, or dans cet effort d'adaptation, la rapidité d'exécution est fondamentale.

Le principe d'un plan H 2012 associant la modernisation et l'efficacité, justifiant une sélection rigoureuse des projets retenus, est admis, du moins sur son principe.

La mesure de l'efficacité par des outils du type « calcul du retour sur investissement », complété par une appréciation plus qualitative du service rendu notamment médical, sera intégrée dans la méthodologie de sélection des opérations ; L'objectif étant de vérifier qu'il n'y a pas de sur investissement, par sur dimensionnement ou absence de remise en cause des organisations.

5-2 LE CONTENU DU PLAN

- Les orientations

Les orientations définies par le Ministre ont été consolidées par la concertation, qui a souligné l'intérêt d'un plan ciblé sans saupoudrage.

- Le thème accompagnement des Sros

Le niveau régional est le plus pertinent pour prendre les décisions dans ce domaine. Ce sera donc aux ARH d'inscrire dans le plan les opérations qui leur semblent devoir être réalisées en priorité.

Les représentants des organisations hospitalières consultées ont appuyé ce principe tout en indiquant ce qui était prioritaire de leur point de vue :

- accompagner la reconversion des sites chirurgicaux en sous-activité
- poursuivre les regroupements et les restructurations des plateaux techniques dans les secteurs MCO et des établissements dans le secteur du SSR
- garantir le maintien d'un niveau de soins primaires de bonne qualité

- Le thème mise aux normes de sécurité

Une enveloppe nationale devra être dégagée pour l'aide au financement des opérations exceptionnelles (sismique, amiante), les aides dans les autres domaines (incendie, électrique) seront appréciées par les ARH et devraient porter plutôt sur les petites structures, en évitant les effets d'aubaine, la mise en sécurité des bâtiments relevant normalement des crédits courants des établissements.

- Le thème SIH

Sur ce sujet il existe un souhait fort des professionnels que l'action du niveau national ne porte pas sur la création de structures intermédiaires mais plutôt sur la définition des objectifs et d'un cadre général en termes de standards d'architecture et de communication. Par ailleurs il a été noté que l'aide devrait aller en priorité sur l'expertise technique et donc sur les ressources humaines. Cet axe rejoint logiquement le vœu du Ministre de doubler les crédits consacrés aux SIH.

Au total l'ensemble des catégories d'établissement : du CHR à l'hôpital local serait concerné.

Par ailleurs, ce programme doit intégrer deux dimensions transversales :

- sur le plan social, la demande est plus d'associer les personnels à l'élaboration des projets, de prendre en compte les conditions de travail que de prévoir des équipements spécifiques du type crèche
- sur le plan environnemental, il convient de concevoir les nouveaux bâtiments hospitaliers dans une logique de développement durable (mais en assumant les conséquences de projets plus coûteux en investissement initial)

5-3 LE FINANCEMENT ET L'ANIMATION DU PLAN

Les conditions d'éligibilité : Un plan pour tous

Toutes les structures du champ sanitaire y compris les Hôpitaux locaux et les Unités de SSR sont éligibles au plan hôpital 2012.

Le plan est ainsi un outil au service notamment de la mise en œuvre du plan grand âge.

Les établissements du secteur privé sont bien évidemment éligibles dans le cas d'une situation monopolistique, l'attribution des aides sera conditionnée par l'exigence de contreparties adaptées notamment en matière de continuité des soins et d'accessibilité financière (secteur 1) pour les usagers.

Une phase de préparation consolidée pour un plan quinquennal réaliste

- **Les aides seront attribuées sur une période de 5 ans** afin de maintenir la dynamique créée par le plan Hôpital 2007. Le plan quinquennal s'inscrit cependant dans un horizon plus long correspondant aux délais de réalisation (7/8 ans comme c'est le cas dans hôpital 2007). L'enjeu réel de ce plan dépasse son calendrier technique.
- **Un délai d'instruction allongé** : principale faiblesse du plan Hôpital 2007, la phase d'instruction des dossiers sera portée à 10/12 mois. Ainsi, L'année 2007 ne sera pas une année utile elle sera au contraire mise à profit pour établir un cahier des charges concerté avec les fédérations et pour expertiser en profondeur les projets pressentis dans une logique d'efficience.

Sur cette base, le calendrier de lancement du plan pourrait être le suivant :

Février - Mai 07 : définition du cahier des charges
 Mai 07 – déc 07 : expertise des dossiers par les ARH
 Déc 07 : définition de l'enveloppe nationale dans le cadre du PLFSS 2008
 Février 08 : Validation nationale des plans régionaux
 Mars 08 : Notification des enveloppes régionales et des enveloppes aux établissements

- **Un plan en deux tranches** : les enveloppes notifiées en début de plan pourraient être scindées en deux tranches pour limiter l'effet d'aubaine et asseoir la qualité des opérations retenues.

Un Financement dédié, des modalités financières élargies.

- Au sein de l'ONDAM, le financement de ce plan sera spécifique via une enveloppe dédiée en dehors de toute évolution des tarifs. Ce mécanisme est complémentaire de l'effort principal porté par les établissements (et qui devra le demeurer) et assure un investissement additionnel déterminant.

Ce financement spécifique s'inscrit également dans le cadre d'une période de transition liée à la montée en charge progressive du nouveau mode de tarification. Cette transition génératrice d'instabilité ne devant pas peser sur l'investissement.

- Les aides seront attribuées sous forme de subventions en capital, d'aides en exploitation en titre IV mais aussi sous forme de prêts bonifiés par la Caisse des Dépôts.
La Nouveauté : les prêts bonifiés.

- Le financement d'équipes projets ad hoc, spécifiques sera possible. Ce mécanisme permettra de sécuriser la conduite de projets et de fiabiliser les calendriers annoncés.
La problématique des compétences internes mobilisables constitue en effet souvent un élément de blocage dans la conduite du projet notamment pour les projets SIH.

Un Plan piloté en régions et animé au niveau national

- Une enveloppe régionale unique sera attribuée aux ARH afin de permettre aux régions de disposer des moyens de leur politique.

Une enveloppe dédiée à la mise en sécurité pourra être identifiée dès lors que des opérations de mise en conformité significative seraient à conduire.

- Les taux d'aide ainsi que la répartition des différentes formes d'aide seront à la libre appréciation des ARH. Le niveau national validera les arbitrages régionaux.

- Les enveloppes régionales seront attribuées sur la base d'un critère simple mais dynamique : le critère populationnel intégrant les perspectives démographiques à 10 ans apparaît comme le plus équitable et le plus en cohérence avec le calendrier des opérations d'investissement et l'esprit du plan.

- Un cahier des charges national sera élaboré et soumis à la concertation des acteurs au cours du premier semestre 2007.

Ce cahier des charges mettra l'accent sur le lien désormais central dans le fonctionnement hospitalier entre les capacités de production et les capacités financières.

Il insistera sur la nécessité de corréliser les études immobilières initiales et les ressources générées par les investissements effectués.

Cette démarche d'évaluation des impacts financiers d'une opération d'investissement devra être systématisée via les outils élaborés par le centre d'expertise national.

Ce cahier des charges définira par ailleurs des indicateurs initiaux permettant d'assurer l'évaluation du plan à différentes étapes (capacité des établissements à communiquer avec l'extérieur en 2012, % de bâtiments non-conformes, % de blocs communs privés publics).

- L'échelon national assurera un suivi permanent et un bilan annuel selon des modalités similaires à celles d'hôpital 2007. Cette vigilance permettra de s'assurer du respect des orientations décidées, du calendrier des opérations et de proposer des ajustements permanents.

Un centre d'expertise nationale aux missions diversifiées

Le dispositif d'appui initié en 2003, la MAINH , bien articulée avec les ARH et la DHOS a atteint les objectifs qui lui étaient assignés à l'origine : accompagner la réalisation du plan Hôpital 2007, faciliter la mise en œuvre des montages innovants dont le partenariat public privé .

Pour réussir ce deuxième programme, la transformation de la Mission en Agence nationale, annoncée à Hôpital expo en mai 2006 est confirmée avec mise en oeuvre en 2008.

Pour intégrer pleinement la nouvelle approche d'efficience cette agence fusionnera la MAINH et la MEAH.

A ce titre, le centre d'expertise devra amplifier ses travaux sur la conduite des projets d'investissement (projets SIH notamment) et la maîtrise d'ouvrage dans un objectif de sécurisation et de rapidité d'exécution des projets. La production d'outils à destination des hospitaliers doit être amplifiée portant notamment sur l'évaluation du retour sur investissement, les montages innovants (bail emphytéotique et contrat de partenariat, marché de conception réalisation dont la première vague est en court d'évaluation), la dynamisation du patrimoine hospitalier.

Une réflexion prospective sur la conception hospitalière doit être menée afin de faire coïncider le rythme de construction et de vie des bâtiments avec le rythme du progrès médical et les nouvelles modalités de prise en charge des patients.

Enfin, Hôpital 2012 doit être l'occasion d'assurer une meilleure intégration environnementale des bâtiments hospitaliers et d'en faire des leaders en ce domaine.

6 – TROIS TEMOIGNAGES SUR DES PROJETS INNOVANTS DANS LE CADRE D'HOPITAL 2007

6-1• Accélérer les opérations d'investissement :

Intervenants : Messieurs **Guy Vallet** et **Michel Filleul**, *DG et Directeur Patrimoine Assistance Publique Hôpitaux de Marseille*

Un Plan Stratégique portant sur l'avenir des 8 sites hospitaliers dans les 15 ans à venir, voté en décembre 2002

- Forte augmentation des capacités de l'hôpital Nord et installation d'un « trauma-Center »
- Utilisation de Houphouët-boigny en Centre de Formation
- Vente de l'Hôtel-Dieu
- Utilisation de la Conception comme « hôpital relais »
- Création d'un Pôle « parents enfants » sur la « Timone enfants »
- Regroupement des plateaux techniques sur la « Timone adultes »
- Transformation de St Marguerite en Centre de Gériatrie et SSR
- Transformation de Salvator en hôpital d'adolescents

Un Projet d'Établissement sur 5 ans voté en décembre 2003 prévoyant les 14 projets de construction, retenus par «hôpital 2007» permettant la réalisation de la première phase de ce plan stratégique.

1 Les surcoûts :

- **Objectif : Maîtriser les coûts de la fonction nettoyage** malgré un quasi doublement des surfaces (8 700m² => 17 000m²) et garantir une qualité de prestation qui s'inscrit dans le respect des protocoles du CLIN.

- **Choix de l'externalisation du ménage des chambres :**

- Avant le déménagement : 1 222 316 € soit 140,5 € au m²

La sous-traitance totale de la fonction ménage : 823.939 € avec un effectif de 18 ASH pour les fonctions hôtelières soit 552.258 €

- Après le déménagement : un coût final de 1.376.197 € soit 81 € au m² au lieu de 104 €/m²

2 Projet médical :

Restructuration de la psychiatrie

2 chefs de projet avec pour Maîtres mots : projet médical, humanisation, regroupement

Résultats :

- Avant : 4 bâtiments répartis sur 3 sites

- Après: 2 bâtiments répartis sur 2 sites

3 Conduite du projet médical :

Buts : regroupement, mutualisation, respect du projet des équipes (soins, enseignement, recherche).

Méthode : partage d'information, collège médical bi-mensuel, collège multidisciplinaire mensuel.

Exemple 1 : projet médical : l'hôpital dans la ville

Une réalisation : le pôle psychiatrie centre

- 3 Secteurs de Psychiatrie Générale
- 102 lits d'hospitalisation complète
- 30 lits inter-sectoriels Hôpital de Semaine et Hôpital de Nuit
- 1 Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques
- 1 structure ambulatoire hypercentre (rue Lafon) CMP, CATTP, Hôpital de jour

Exemple 2 : projet médical : l'hôpital village

Une réalisation : le pôle universitaire de psychiatrie hôpitaux sud

- 3 Secteurs de Psychiatrie Générale
 - 5 unités de 20 lits
 - 1 unité de 15 lits fermés inter-sectoriels
- Unités centrées sur la pathologie
 - psychose débutante
 - troubles bipolaires...

4 Organisation :

Conduite de projet médico-administrative : 1 médecin + 1 directeur

Maîtrise d'ouvrage : 1 ingénieur DAP responsable du dossier

Concepteur-constructeur : en relation permanente avec l'équipe projet à toutes les étapes.

5 Choix, procédure

«**Conception-Construction-Maintenance**» pour le projet de psychiatrie centre, car :

- Fortes contraintes liées à l'environnement urbain (centre ville, cours d'eau souterrains,...)
 - Complexité technique due à l'imbrication des locaux Psychiatrie/Informatique/Parking privé en sous-sol)
 - Impératifs de calendrier liés à la réalisation du plan directeur (libération emprise projet Timone)
 - Intégration et garantie des coûts d'exploitation dès la conception
 - Assurance réussite des 2 opérations précédentes (néonatalogie + CISIH, lancées en conception-construction)
- ...et forte incitation de la MAINH

8 Coûts comparés des 2 opérations

	PSY-DIR CONCEPTION Conception-Construction	PSYCHIATRIE SUD Loi MOP
S.H.O.B.	40.350m ²	19.039m ²
prix /m ² TDC	1.078 € T.T.C.	1.147 € T.T.C.
prix /m ² travaux	779 € H.T.	849 € H.T.
S.D.O.	19.060m ²	11.570m ²
prix /m ² TDC	2.282 € T.T.C.	1.888 € T.T.C.
prix /m ² travaux	1.650 € H.T.	1.397 € H.T.
hors parkings	1.316 € H.T.	

9 Avantages et contraintes

Sécurité du maître d'ouvrage :

- Garantie du prix et des délais dès le stade du concours
- Suppression du risque d'appel d'offres travaux infructueux
- Stabilité du projet après l'attribution du marché (stade APS)
- Meilleure mobilisation des utilisateurs due au rapprochement des phases définition besoins, analyse propositions, mise au point définitive et construction du projet
- Procédure plus simple à gérer

... qui doit être fort et structuré

- Maîtrise d'ouvrage techniquement compétente, omniprésente
- Capacité à gérer l'exécution des marchés travaux puis maintenance
- Échéanciers de paiement différents des calendriers habituels
- Ne pas remettre en cause le programme après passation du marché !

6-2• Construire un projet public - privé :

Intervenants : Messieurs **Philippe Jahan**, *DG Centre Hospitalier de Valenciennes* et **Yannick Briquet**, *DG clinique Teissier (groupe AHNAC)*

Une expérience marquante et innovante : le partenariat entre le Centre Hospitalier de Valenciennes et la Clinique Teissier (Groupe AHNAC)

1 Les partenaires :

Le Centre Hospitalier de Valenciennes:

- 1900 lits et places (MCO, SSR, Psychiatrie, long séjour, ...)
- 3500 agents dont 300 médecins
- 2ème producteur de soins de la région Nord-Pas-de-Calais
- Établissement référence (bassin de 800 000 habitants)

Groupe AHNAC – Clinique Teissier

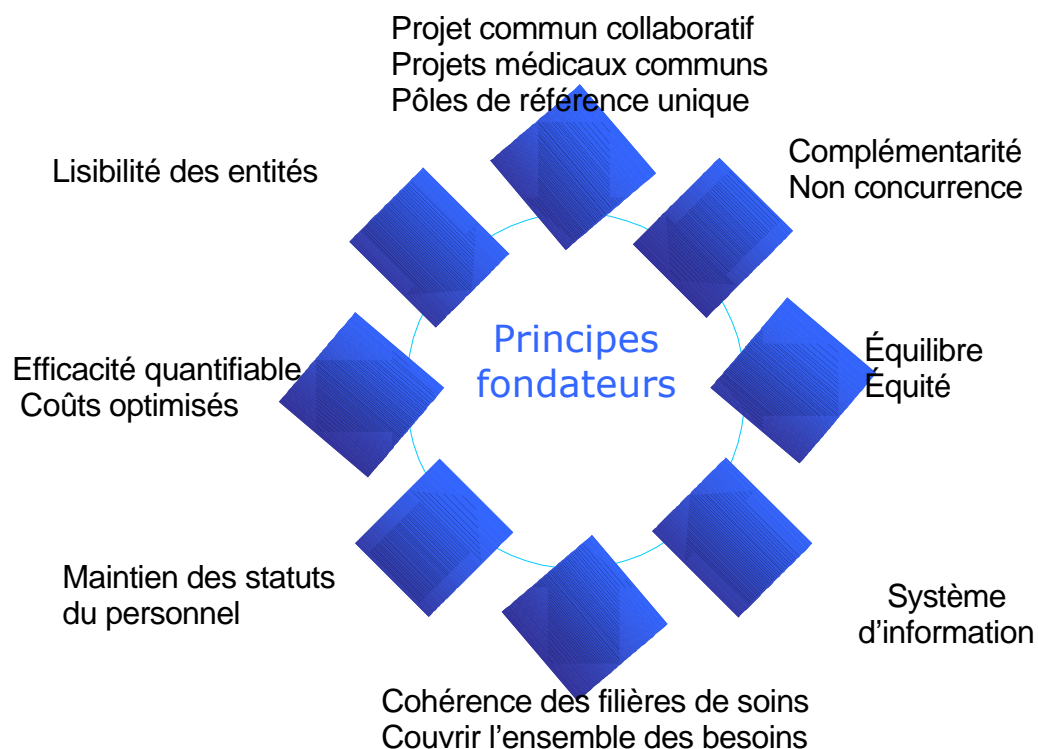
Groupe PSPH composé de 12 établissements :

- 1 672 lits et places (MCO, SSR, Psychiatrie, long séjour, HAD)
- 3ème producteur de soins de la région Nord-Pas-de-Calais
- 2 850 agents dont 231 médecins

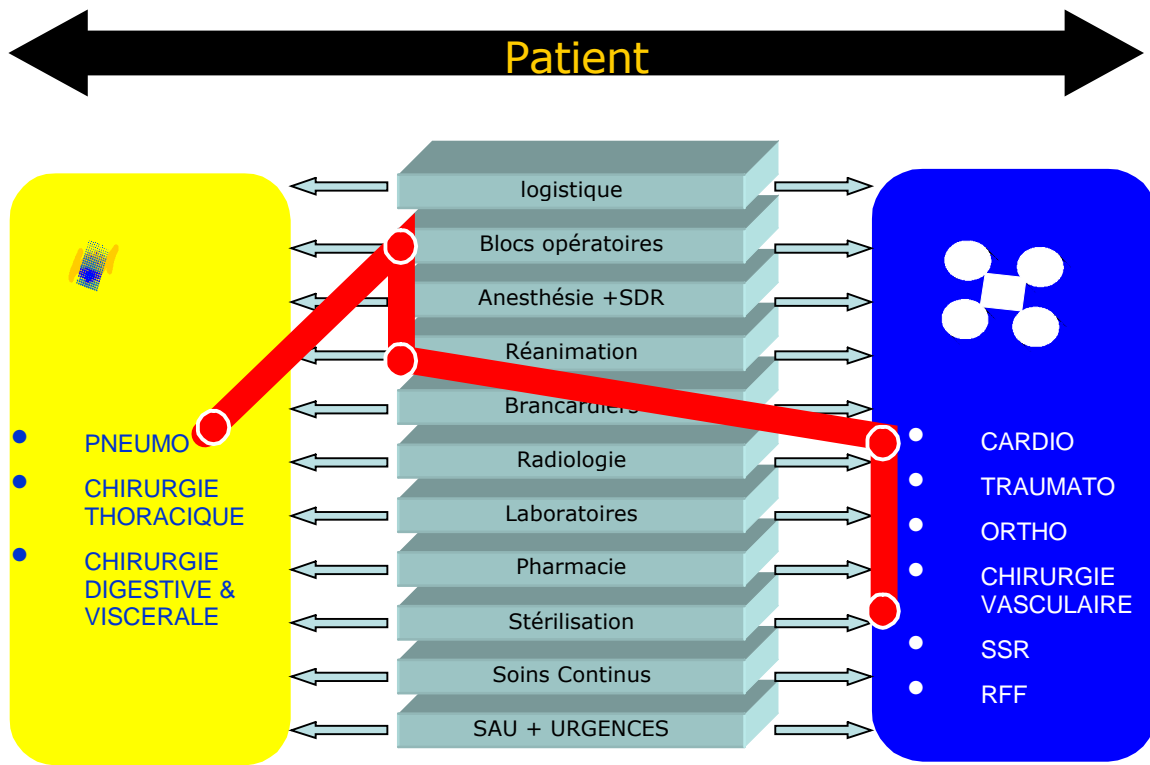
Teissier:

- 170 lits et places ayant une activité médicale et chirurgicale
- 300 agents dont 25 médecins

2 Les principes fondateurs :



3 Répartition des filières de soins et co-utilisation de services



4 Un Système d'information novateur et reproductible :

- Mutualisation d'une offre logicielle standardisée et hébergée à distance (Mode ASP Application Service Provider):
 - Offre couvrant la majorité des besoins
 - Risque maîtrisé
 - Solution évolutive
- Acquisition d'une prestation de services versus achat ou location de logiciel
- Solution adaptée à tous les établissements de santé (hors structure type CHU)
 - Paramétrage mutualisable
 - Mutualisation des meilleures pratiques : protocole, dossier spécialité, règles métier...
- Participation à la phase d'expérimentation du DMP
- Gestion des processus de soins

5 Avantages du système d'information retenu :

- Délai de mise en œuvre rapide
- Visibilité des budgets
- Maîtrise des ressources informatiques des établissements
- Recentrer les équipes informatiques sur les métiers de l'hôpital
- Mutualisation des meilleures pratiques
- Immédiatement utilisable dans les établissements de petite et moyenne importance
- Relation partenariale avec l'industriel

6 Bâtiments sur un site unique :

- 190 millions d'euros avec le concours financier du Plan Hôpital 2007
- 70.800m² (61.500m² pour le C.H.V., 9.300m² pour la Clinique Teissier)
- 601 lits
- Plateau technique :14 blocs, un plateau imagerie (3 scanners, 1 IRM, 5 salles imagerie interventionnelle)
- Travaux :15 mars 2006 fin 2009

7 Les clés du succès :

- Partenariat gagnant – gagnant
- Volonté forte des directions d'établissements dans la durée
- Projets médicaux communs facteurs de progrès
- En parallèle mise en place du Dossier Unique Patient et du Système d'Information Commun
- Partenariat Public / PSPH : facilité d'échanges d'activités grâce au caractère non marchand de l'échange
- Adoption des organisations les plus efficaces
- Définition de pôles de référence pour l'ensemble des spécialités sur un site unique
- Plateaux médicaux techniques haut de gamme grâce à leurs mutualisations

8 Les difficultés rencontrées :

- Volonté de conserver l'identité propre de chaque structure
- Cultures et modes de fonctionnements différents (ex: chefferie de service)
- Décalage entre le projet et le contexte réglementaire de l'époque (GIE / GCS)
- Nécessité d'une démarche participative de l'ensemble des acteurs: appropriation du projet par l'ensemble des catégories professionnelles des deux structures
- Complexité du montage juridique pour la gestion d'une pharmacie unique : en cours de résolution
- Organisation et gestion de projet sur une longue durée : changement des acteurs : Directeur, des Présidents de CME

9 Conduite du changement :

Ce qui fonctionne	Ce qui n'a pas fonctionné
Le partage de la Maîtrise d'Ouvrage	Anticipation du fonctionnement commun de l'anesthésie sur 2 sites
La mise en place du DUP - SIC	Les consultations communes
Gestion des problèmes ponctuels au fur et à mesure avec solutions à la clé: pas de problème bloquant au final	Perte de parts de marché lors des transferts par anticipation liée à des protocoles de fonctionnement mal formalisés qui se sont révélés caduques à l'usage
Répartition des activités sans concurrence	Les agents non médicaux transférés par anticipation: certains ont souhaité leur réintégration dans leur établissement d'origine
Co-utilisation de spécialités mais pas de co-portage	Un dossier longtemps non résolu : la prise en charge de la douleur
Création d'un concept SANT'HAINAUT commun	La communication externe :difficulté de trouver un message commun
Intégration des praticiens médicaux dans l'établissement partenaire	L'échec de maintien de l'antenne d'urgence sur le site de la Clinique

6-3• L'investissement, outil de réorganisation :

Intervenant : Monsieur Olivier Muller, DG Groupement Hospitalier Privé du Centre

1 Le projet « Nouvel hôpital »

Le Groupe Hospitalier Privé du Centre Alsace

- P.S.P.H. né en 1997 du regroupement de trois cliniques
 - Clinique Saint-Joseph
 - Clinique Sainte-Thérèse
 - Clinique et maison d'accueil du Diaconat
- 380 lits et places (270 MCO, 30 SSR & 80 USLD)
- 760 collaborateurs
- Un Institut de Formation, écoles d'aides-soignants & d'auxiliaires de puériculture
- Se doter d'un outil moderne
- Rationaliser l'offre de soins

Hôpital Albert Schweitzer, mars 2007

- 233 lits & places
- Fermeture de 2 cliniques
- Un véritable pôle santé / services
2 laboratoires d'analyses médicales, cabinets médicaux, pharmacie, structure petite enfance, pâtisserie, fleuriste, banques, ...

Travaux / équipement : 60 M€

Emprunt / soutien financier ARH / subvention MAINH

- 1 bloc op. 10 salles, 1 bloc obst. 3 salles, 2 salles de cardio intervent, secteur d'endoscopie, 21 places chirur. ambu., 1 IRM, 1 scanner 64 coupes, ...

2 Une opportunité de réorganisation des activités : accroître la qualité, réduire les coûts :

- Des choix architecturaux plus pertinents :
 - suppression des unités de petite taille ; modules de 24 à 25 lits
 - choix d'une organisation horizontale ⇒ appariement de modules
 - réflexion sur les flux, les accès spécifiques, les points de montée
 - rationalisation du plateau d'imagerie
- Supprimer les redondances :
 - 3 sites de production de repas ⇒ 1 UCP
 - 2 services d'admissions ⇒ 1 « maison des admissions »
 - 2 standards ⇒ 1 standard / PC sécurité

- Alléger la fonction « Transport » : moins de navettes
- Sécuriser et moderniser le système d'information hospitalier

Le SIH, support de nouvelles organis. de travail, plus performantes :

- système plein-vidé
- carte à puce Myfare : gestion des accès, porte-monnaie électronique, gestion du temps
- Intégrer l'évolution de la démographie médicale : réduction du nombre de chantiers anesthésiques
- Rechercher le brassage des activités au sein des modules :
 - décloisonner et faire sauter les « verrous culturels »
 - tendre vers des taux d'occupation moyens de l'ordre de 80 %
- Repenser les processus organisationnels :
 - ⇒ 48 groupes de travail mis en place début 2006 pour redéfinir l'organisation du travail et des prises en charge

3 Un exemple de réorganisation :

- La professionnalisation de la fonction hôtelière : **diagnostic**
 - plusieurs équipes rattachées aux unités de soins, encadrement perfectible
 - pratiques disparates, matériels peu ergonomiques (AT)
 - niveau de formation insuffisant, formations trop ciblées
 - absence de reconnaissance par la communauté hospitalière
 - présence sur sites insuffisante
 - productivité pouvant être améliorée
 - peu de solidarité entre équipes
 - tâches hétérogènes : chariots repas, courses, médicaments, brancardage
- La professionnalisation de la fonction hôtelière : **plan d'action**
 - une équipe unique, encadrée par 2 agents SODEXHO : esprit d'appartenance, encadrement par des professionnels du domaine
 - harmonisation des pratiques, nouveaux chariots ergonomiques avec pré- imprégnation des franges
 - formations techniques mais également formation à l'accueil
 - contrôles qualité
 - présence renforcée (amplitude élargie)
 - solidarité accrue (affectation au niveau d'un département, site unique)
 - amélioration qualité de vie : trois semaines de congés annuels garantie
 - gain net de 6 postes grâce à la mécanisation, à l'organisation du travail, au transfert de tâches (chariots repas, médicaments, brancardage)

Autres chantiers :

L'amélioration de l'accueil du client, la sécurité des personnes et des biens et l'accueil téléphonique, la restructuration des archives hospitalières, le traitement du linge...

4 Tirer profit de l'effet « vitrine » et du concept de pôle santé / services pour dégager les ressources nouvelles qui conditionnent certaines réorganisations

- Peu de solidarité entre équipes
- d'un « terrain », revente de parcelles

- Renégocier le tarif des prestations délivrées par les partenaires externes retirant un bénéfice en termes d'image
- linge : ↘ baisse des tarifs de 20 %
- restauration : amélioration de la qualité de la prestation
- analyses médicales : ↘ tarifs de 20 %, harmonisation protocoles

- Transférer les coûts d'aménagement des parkings sur les co-utilisateurs : places financées par les laboratoires, utilisées en début de matinée puis disponibles pour la clientèle de l'hôpital

- Consolider et mieux valoriser l'offre hôtelière (régime part.)
+ de 80 % des lits : ch. à 1 lit ; nouvelles prestations ⇒ ↗ recettes RP

5 Facteurs-clés de succès... et devoir d'humilité

Des évidences ... qu'il est bon de rappeler !

- Bien choisir le terrain : localisation, nature du sol (profondeur nappe phréatique...), possibilités d'extension futures, ...
- Bien choisir ses partenaires : les hommes plus que les sociétés ; un architecte d'opération et, si possible, un « local »
- Désigner un chef de projet « locomotive » en interne ; sécuriser si possible le dispositif en constituant un binôme
- Le programme des besoins et le PTD : deux documents fondamentaux, toujours perfectibles
- La mobilisation de l'encadrement et du personnel : une tâche délicate
- L'anticipation de l'organisation (processus organisationnels) : prévoir l'essentiel et être réactif car les adaptations seront inévitables
- Une communication soutenue et adaptée (enjeux, objectifs) : ne pas minimiser son importance, car le changement « déstabilise »
- L'anticipation des surcoûts d'exploitation : quasiment une gageure
- Le plan de financement : fatalement précaire : évolution des tarifs des GHS, aléas techniques, évolution de la réglementation (taux d'encadrement en personnel, sécurité incendie, ...)
- L'investissement : une entreprise risquée ?
Il y a bien des manières de ne pas réussir, mais la plus sûre est de ne jamais prendre de risques (Benjamin Franklin)

7- COORDONNEES DES INTERVENANTS

Table ronde n°1

Monsieur Guy VALLET

DG
AP HM
80 rue Brochier
13 354
Marseille cedex 05
04 91 38 20 01
guy.vallet@ap-hm.fr

Monsieur Michel FILLEUL

Directeur du Patrimoine
AP-HM
80 rue Brochier
13 354
Marseille cedex 05
04 91 38 18 25
michel.filleul@ap-hm.fr

Monsieur Philippe JAHAN

DG
CH Valenciennes
Avenue Désandrouin BP 479
59322
Valenciennes Cedex
03 27 14 50 49
jahan-p@ch-valenciennes.fr

Monsieur Yannick BRIQUET

DG
Clinique Teissier groupe AHNAC
57 avenue Désandrouin BP 333
59304
Valenciennes Cedex
03 27 14 24 34
ybriquet@ahnac.com

Monsieur Olivier MULLER

DG
Groupe Hospitalier Privé du Centre Alsace
5 avenue Joffre
68000
Colmar
03 89 21 26 07
olivier.muller@calixo.net

Table ronde n°2

Madame Annie PODEUR

Directrice
DHOS
14 avenue Duquesne
75350
Paris 07SP
01 40 56 44 64
annie.podeur@sante.gouv.fr

Monsieur Jean-Olivier ARNAUD

DG
CHU
191 avenue du Doyen Gaston Giraud
30029
Nimes Cedex 9
04 66 68 68 68
direction.generale@chu-nimes.fr

Monsieur Michel BALLEREAU

Directeur
ARH Bourgogne
1 rue Monge
21000
DIJON
03 80 50 86 00
arh21@sante.gouv.fr

Monsieur François-Xavier ANSCUTTER

Directeur Général
Spie Batignolles
Parc Saint-Christophe
95 862
Cergy Pontoise cedex
01 34 24 32 17
francois-xavier_anscutter@spiebatignolles.fr

Monsieur Hervé DE COLNET

Directeur du secteur public
ATOS ORIGIN
18 avenue d'Alsace
92926
ParisLa Défense Cedex
01 70 92 48 31
herve.decolnet@atosorigin.com

Animateur du colloque

Monsieur Vincent Le Taillandier de Gabory

Directeur
MAINH
129 rue de l'Université
75007 Paris
vincent.le-taillandier@sante.gouv.fr