

VI^{èmes} Journées de Rennes ADH

Jeudi 20 & Vendredi 21 mars 2008 - EHESP

Actes



Autonomie des établissements de santé et territorialisation

Sommaire

AUTONOMIE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET TERRITORIALISATION	2
Sommaire	2
OUVERTURE	4
Jean-Luc CHASSANIOL	4
Président de l'Association des directeurs d'hôpital, élèves et anciens élèves de l'ENSP/EHESP	4
Guillaume PRADALIÉ	7
Représentant EDH, promotion 2007-2009	7
GRAND TEMOIN	8
Antoine FLAHAULT	8
Directeur de l'EHESP	8
SESSION I	11
Rétrospective juridique et économique	11
Bernard TIREL	11
Enseignant-chercheur à l'EHESP	11
Christian SAOUT	15
Président du CISS, Président d'AIDES	15
Martine BELLANGER	16
Enseignant-chercheur à l'EHESP	16
Territoire et activités de soins spécifiques :	19
le cas de la cancérologie.	19
Pr Gérard DABOUIS	19
Professeur au CHU de Nantes	19
Administrateur de la Ligue nationale contre le cancer	19
Dr Patrick AIRAUD	20
Président de la CME du CH de Chateaubriant	20
Jean-Paul SEGADÉ	22
Directeur général du CHU de Clermont-Ferrand	22
Débat	23
SESSION II	24
Gérard VINCENT	24

Président de séance, délégué général de la Fédération hospitalière de France	24
Retours d'expériences étrangères	24
Mark GOLDMAN	24
Président du Heart of England Trust (fondation issue du NHS)	24
Santé et services sociaux au Québec :	28
des réseaux responsables et imputables ?	28
Gyslaine SAMSON SAULNIER	28
Conseillère cadre au ministère québécois de la Santé et des Services sociaux	28
Débat	31
Le territoire est-il l'avenir des établissements de santé ?	34
Emmanuel VIGNERON	34
Géographe de la santé, Professeur à l'Université de Montpellier	34
L'établissement de territoire,	36
« new deal » de l'hôpital public?	36
Benoît PERICARD	36
Directeur général du CHU de Nancy	36
Conclusion	38
Annie PODEUR	38
Directrice de la DHOS	38
SESSION III	41
Catherine DARDE,	41
Présidente de séance, conseillère générale des établissements de Santé	41
Nouveaux enjeux : les Agences Régionales de Santé	42
Maryse LEPEE	42
François GALARD	44
Directeur de la DRASS de Bretagne	44
Dr Christian ESPAGNO	45
Débat	46
Quels statuts pour les établissements de santé ?	47
Paul CASTEL	47
Président de la CNDG-CHU, directeur général des Hospices civils de Lyon	47
Pr. Didier TRUCHET	49
Président de l'Association française de droit de la Santé	49
Catherine DARDE	50
Conseillère générale des établissements de Santé	50
Débat	50

Ouverture

Jean-Luc CHASSANIOL

Président de l'Association des directeurs d'hôpital, élèves et anciens élèves de l'ENSP/EHESP

Monsieur le Directeur de l'EHESP, c'est avec une certaine émotion, en tant qu'ancien élève, que j'ouvre avec vous ce colloque dans la nouvelle Ecole des hautes études en santé publique. Cette édition 2008 des journées est particulièrement symbolique en raison de la création de l'EHESP et parce que l'ADH tient à organiser, une année sur deux, ses journées à Rennes. Le thème de ces journées sera d'actualité puisqu'il sera question de l'autonomie des établissements de santé, qui renvoie directement au métier de directeur d'hôpital.

Nous remercions l'Ecole, qui nous accueille, les enseignants qui participent activement à la construction de ces journées et le comité d'organisation, notamment Yves MAMIE, Vice Président de l'ADH chargé de l'organisation des Journées nationales.

Je résumerai en introduction les propositions de l'Association qui vont être adressées à la commission LARCHER, issues de son audition en janvier dernier, des débats menés au sein de nos instances, en régions, et en ligne sur notre site, et validées par notre Conseil d'administration hier :

Organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital

Créer ou pérenniser l'existence des « centres médicaux de garde »

- Lieu : au sein (ou à proximité) de l'hôpital ;
- Fonctionnement : idéalement 24 heures sur 24, sinon au moins le week-end et de nuit en semaine ; avec médecine de ville et/ou médecine hospitalière (publique ou privée) ;
- Activités annexes : prévention / éducation / maison des usagers ;
- Financement : dans le cadre des MIGAC, idéalement par le biais d'un GCS (sinon par le biais d'une dotation gérée par l'hôpital de référence) ; avec participation des collectivités territoriales concernées.

Renforcer le pilotage de l'hôpital

- Confirmer et clarifier le rôle d'une autorité unique (directeur général) qui recrute l'ensemble des personnels -médecins et directeurs adjoints compris- et décide en liaison avec un Conseil exécutif conforté. La relation privilégiée Directeur/Président de CME élu est maintenue.

Un corollaire indispensable : élargir les compétences et diversifier le corps des chefs d'établissements avec passage obligatoire pour tous à l'EHESP qui délivrerait, sur titres, un diplôme spécifique de management (type MBA) pour pouvoir postuler sur les fonctions de directeur général. Le DG est nommé par le Ministre après avis du Président du Conseil d'Administration remanié, des Commissions statutaires et du directeur de l'ARS.

- Doter l'hôpital d'un nouveau statut, modernisé, qui permette :
d'alléger les contraintes inutiles ou inefficaces du code des marchés publics en obtenant l'adaptation de celui-ci ;

- de soustraire l'hôpital à l'application de la loi MOP, qui renchérit le coût de ses opérations de travaux et d'achats;
- d'abroger la règle de séparation ordonnateur/comptable ;
- de définir, au niveau local, des domaines plus larges d'autonomie de gestion des personnels afin d'enrichir le dialogue social.

Structurer le service hospitalier de territoire

Un seul établissement public de santé par territoire ou par sous-territoire (secteur géographique et sanitaire homogène) :

- avec des instances dirigeantes adaptées au territoire de santé ;
- en adaptant les contours de cet établissement public de santé de territoire aux réalités locales, à la taille du territoire, à la taille et au nombre des établissements ;
- avec une période transitoire : dans un premier temps, création obligatoire d'une GCS pour une durée maximale de 24 mois permettant d'ajuster les contours et l'organisation en concertation entre les acteurs.

Créer des agences régionales de santé (ARS) avec une cohérence ville-hôpital-sanitaire et social. L'ADH émet une grande méfiance à l'égard des ARS, dont elle craint qu'elles ne deviennent une énorme machine administrative. Elles devront dépendre uniquement du ministère de la Santé et non des préfets. Les ARS doivent être composées de professionnels de santé ayant des compétences en management et dans le domaine sanitaire. L'ADH souhaite que les établissements soient représentés par leurs directeurs ou leurs fédérations au sein des COMEX. Elle ne comprend pas pourquoi les acteurs de terrain sont exclus des COMEX, auxquels participent les DAS, les DRASS et la Sécurité sociale. Elle souligne le manque de transparence des prises de décision. La transparence sera améliorée par la présence des hôpitaux dans les COMEX.

Améliorer l'attractivité pour les professionnels

Adapter les règles statutaires aux nécessités de la négociation locale en créant la possibilité d'adaptations négociées ;

- Introduire la possibilité d'opter pour un statut contractuel lors du recrutement dans certains emplois, dans un cadre strict et encadré par une convention collective gérée par la FHF et négociée par celle-ci avec les partenaires sociaux ;
- Un assouplissement spécifique pour les médecins est à prévoir, comme c'est le cas pour les directeurs, afin d'améliorer leur rémunération par un intéressement individuel à l'activité ou à la réalisation des projets. Il conviendra également d'introduire une clause stricte de non-concurrence.

Dynamiser la recherche et l'enseignement

- Possibilité de créer des « pôles universitaires » dans les futurs établissements publics de santé de territoire, en fonction des spécificités de chacun.

- Mettre en place, pour l'ensemble des services universitaires, une procédure de renouvellement obligatoire basée sur une véritable évaluation de la recherche et de l'enseignement (évaluation qualitative et quantitative).

Ces propositions seront intégralement mises en ligne sur le site de l'ADH. Les propositions ont été largement débattues. Nous pensons que les difficultés rencontrées par un directeur général de CHU et un directeur général d'un territoire de santé sont identiques, à l'exception de quelques grands CHU qui demeureront des métiers particuliers.

Guillaume PRADALIÉ
Représentant EDH, promotion 2007-2009

Dans 20 ou 30 ans, nous pourrions affirmer que nous sommes des dinosaures puisque nous sommes la dernière génération d'EDH à avoir connu l'ENSP pendant notre formation. L'Ecole changeant, le concours changera probablement également. Les prochains EDH connaîtront de profondes évolutions. Les transformations qui nous attendent sont celles du métier et des établissements dans lesquels nous travaillerons. Tout au long de ces deux journées, les débats nous permettront de nourrir notre réflexion sur notre futur cadre de travail. Face à ces évolutions, l'ADH peut nous aider à nous intégrer dans le corps des directeurs d'hôpitaux en organisant ces deux journées ainsi que la journée des élèves en septembre et en nous donnant accès à des formations gratuites. Pour la première fois cette année, l'ADH associera les élèves directeurs aux bureaux régionaux et à des projets afin de leur donner une meilleure vision du maillage territorial pendant leur scolarité.

Grand témoin

Antoine FLAHAULT
Directeur de l'EHESP

Je suis très heureux de vous souhaiter la bienvenue dans cette magnifique école. Je considère comme un grand honneur d'être le témoin de ces journées. Je souhaiterais vous faire part d'une expérience de santé intégrée de la ville à l'hôpital peu connue en France. Auparavant, je souhaiterais revenir sur l'évolution de l'EHESP. Nous disposons désormais d'un Conseil d'administration, présidé par Jean-François MATTEI, d'un Conseil scientifique, présidé par Madame COLIN, ancienne directrice générale de la Santé du Canada, et d'un Conseil des formations, présidé par un ancien directeur de l'Ecole, Christian MOLLER. La structure de l'Ecole est devenue celle d'une université. L'Ecole doit mener à bien 4 missions, décrites par la loi d'août 2004, dite loi MATTEI :

- poursuivre l'œuvre accomplie depuis 1962 avec les 12 filières de formation professionnelle, parmi lesquelles celle des directeurs d'hôpital ;
- développer un enseignement de licence, de master et de doctorat ;
- promouvoir en Europe un doctorat de management en santé publique ;
- développer les relations internationales.

Le dernier Conseil d'administration a également décidé de créer 6 départements :

- un département de soins infirmiers et paramédicaux en santé publique ;
- un département des sciences de l'information et bio statistiques ;
- un département d'épidémiologie et de recherche clinique ;
- un département de santé humaine sociale et des sciences du comportement ;
- un institut du management ;
- un département de santé environnementale et de santé au travail.

L'institut de management proposera dès la rentrée 2008 une formation dispensée en langue anglaise, en collaboration avec la London School of Economics et l'ESCP. La formation sera destinée à des personnes ayant 8 à 10 années d'expérience professionnelle.

Nous avons également déposé un dossier d'accréditation pour créer une école doctorale qui devrait voir le jour en 2009. Plusieurs universités seront partenaires de cette école (Paris V, Paris VI, Paris XI, Rennes I, Bordeaux, Nancy, Aix-Marseille, HEC, EHESS). 5, voire 6 filières doctorales seront proposées et les enseignements doctoraux seront ouverts à la formation continue.

Le système public de santé idéal donnerait à tous un accès aux soins et à la prévention et serait capable de mesurer les résultats cliniques. Il serait capable de réviser chaque année, à la hausse, les objectifs qu'il se fixe. Il saurait faire fonctionner en réseau la médecine de ville et

la médecine hospitalière grâce à un dossier patient électronique commun ambitieux. Il assurerait la formation initiale de ses professionnels mais également leur spécialisation et leur formation continue. Il produirait une recherche et des innovations reconnues et diffusées au niveau international. Enfin, ce système saurait maîtriser ses coûts.

Ce système existe aux Etats-Unis pour les vétérans. Le système nord-américain est loin d'être idéal. En effet, il exclut 44 millions d'américains du système de protection sociale. Cependant, un système laissé en déshérence dans les années 1990 est devenu un modèle très intéressant, répondant à tous les critères mentionnés plus haut. Une étude publiée en 2006 par Elizabeth McGLYNN montre que la moitié des nord-américains n'est pas traitée conformément aux référentiels. Michael PORTER estime que la déclaration obligatoire des résultats et leur mesure constituerait un pas décisif de toute réforme du système de santé. Il ajoute que la vaste majorité des directeurs d'hôpitaux américains s'opposait encore en 2005 à la déclaration publique des erreurs. Or, un professionnel doit démontrer ses bons résultats de manière durable. L'étude d'Elizabeth McGLYNN montre que, pour les vétérans, l'adéquation aux référentiels s'élève à 67 %. Le taux d'erreur des ordonnances varie de 3 à 8 % aux Etats-Unis mais est proche de 0 % pour les vétérans car le système est entièrement informatisé. Le taux de satisfaction des usagers américains est de 71 % contre 83 % chez les vétérans. En juin 2006, le système de santé des vétérans a reçu le prix Harvard de l'innovation pour le dossier médical électronique. Le *Veterans Health Administration* considère que son activité principale est la santé et non le management des hôpitaux.

Le management doit être en phase avec les grandes tendances de la société. En France, l'erreur et la prise de risque sont redoutées. Or, les managers doivent avoir droit à l'erreur de stratégie. Les grandes tendances pour l'Europe dans les 30 prochaines années s'agissant des causes de mortalité montrent que 40 % des décès seront dû à 5 grandes pathologies : les maladies coronariennes, les maladies cérébro-vasculaires, le cancer du poumon, la bronchite chronique obstructive et le diabète. Les causes majeures d'handicap seront la dépression, le diabète, la maladie d'Alzheimer, les maladies coronariennes et les maladies liées à l'alcool.

Entre 1995 et 2003, la VHA a réduit les hospitalisations de 36 %, les coûts par patient de 25 % et les effectifs de 12 %. Le taux de satisfaction est ainsi passé à 83 %. Le système de santé des vétérans est meilleur que le système nord-américain pour la majorité des indicateurs de suivi. Les résultats sont spectaculaires s'agissant du diabète. La performance est liée à une contractualisation entre la Direction, le management et les soignants. Les contrats incluent des indices de prévention, de mesure des maladies chroniques, de gestion de la douleur, des délais d'attente, etc. Le dossier médical électronique des vétérans date de 1997. Comme notre DMP, VistA comprend la totalité des images, examens, prescriptions et actes médicaux et chirurgicaux. Il est gratuit et téléchargeable sur Internet par le patient. Le coût du dossier médical s'élève à 80 dollars par patient et par an, soit un budget de 400 millions de dollars.

Les Français se disent satisfaits de leur système de santé, de la qualité des hôpitaux et de la formation délivrée. Le système de santé français a été désigné comme le meilleur au monde par l'OMS en 2000. Toutefois, les Français ne disposent pas d'informations leur permettant de juger leur système de santé. Des éléments d'amélioration de la qualité ont été mis en place, parmi lesquels l'EPP, la formation médicale continue avec des attestations tous les 5 ans, les 100 objectifs de santé publique et le DMP applicable depuis le 1^{er} juillet 2007. Le dispositif existant doit être renforcé. Il est de la responsabilité de l'Ecole, et d'autres partenaires, de conduire une étude comme celle de McGLYNN et de recueillir des données pour certains indicateurs. Il faut également fixer des priorités parmi les nombreux objectifs de santé publique. Je propose de nous concentrer sur les causes de mortalité prévisibles en 2030 et qui

font l'objet d'un consensus européen. Nous enregistrons de bons résultats s'agissant des maladies coronariennes et cérébro-vasculaires. Des plans présidentiels existent pour lutter contre la maladie d'Alzheimer et le cancer. Les pouvoirs publics mènent également une action courageuse contre le tabac. Nous pourrions concentrer nos efforts sur les maladies liées à l'alcool, le stress au travail, le suicide et le diabète. La priorité doit être donnée à l'information, notamment en promouvant le DMP. Enfin, nous devons expérimenter de nouveaux modèles, tels que les maisons de santé, la télémédecine, le télé monitoring, la régionalisation de l'offre de soins et de l'assurance maladie et la contractualisation des professionnels de santé.

Jean-Luc CHASSANIOL

Je remercie Monsieur FLAHAULT pour cette introduction. Il semble clair qu'un hôpital de territoire conduira forcément à exercer un métier différent. Personnellement, je souhaiterais ne plus être jugé uniquement sur mes résultats financiers mais également en fonction d'indicateurs de santé publique. Notre métier se restreint à une dimension qui n'est satisfaisante ni pour la santé publique ni sur un plan personnel. Je ne doute pas que l'EHESP saura nous préparer aux évolutions qui s'annoncent et participera activement à la formation du manager hospitalier de demain.

SESSION I

Rétrospective juridique et économique

Bernard TIREL

Enseignant-chercheur à l'EHESP

Je traiterai ce matin de l'autonomie juridique des établissements de santé. Toutes les réformes entreprises depuis les années 1960 ont en commun la préoccupation d'adapter le fonctionnement administratif et financier public aux exigences d'une gestion souple et modern. Toutes ont donné lieu à un débat sur le statut juridique de l'hôpital. Au centre du débat se trouve la revendication d'une réelle autonomie. Le rapport COUANAU de mars 2003 sur l'organisation interne de l'hôpital avait pour objectif de conférer à l'hôpital une véritable autonomie contre la perspective « *de la concentration des pouvoirs et de l'étatisation* ».

Une nouvelle gouvernance des établissements a certes été imaginée mais le cadre juridique de base n'a pas été modifié. Les modifications juridiques intervenues depuis 1970 ont adapté les règles de compétences aux nouveaux enjeux du management (stratégie, évaluation, qualité et sécurité) mais n'ont pas substantiellement modifié le mode juridique d'établissement public administratif qui encadre le fonctionnement de l'hôpital. L'ordonnance du 2 mai 2005, qui avait vocation à simplifier le régime juridique des établissements de santé, n'a pas répondu à cet objectif. Elle crée une instance supplémentaire non décisionnelle tout en maintenant les instances traditionnelles.

Selon le Président de la République, « *la première des orientations est l'autonomie de gestion. La tarification à l'activité est le socle de l'autonomie. L'autonomie doit s'appuyer sur le contrat. Il y a un lien étroit entre l'autonomie de l'hôpital et son mode de management. C'est une révolution managériale. Le directeur doit être le patron de son hôpital. Il doit pouvoir décider librement de transférer le secteur privé des activités logistiques, qui ne sont pas au cœur des missions de l'hôpital. L'autonomie doit se traduire par des décisions qui introduisent de la souplesse dans un hôpital qui crève de sa rigidité. Je souhaite que l'autonomie nous donne les moyens de libérer le travail.* »

Le rapport ATTALI propose que les établissements qui le souhaitent puissent opter pour un statut comparable à celui des établissements privés participant au service public hospitalier. Il ouvre ainsi une troisième voie institutionnelle entre le secteur public et le secteur privé, celle d'un établissement civil de santé disposant d'une réelle autonomie de gestion. Celle-ci passe par l'introduction de règles de gestion relevant du droit privé, le renoncement au principe de séparation ordonnateur et comptable, la possibilité de développer une politique financière active et de recruter des personnels sous contrat de droit privé, y compris des médecins, la mise en place d'une politique d'achats plus souple que celle imposée par le Code des marchés publics et la suppression du droit du maire de présider le Conseil d'administration.

La Fédération hospitalière de France ne remet pas en cause le statut actuel de l'hôpital public mais se déclare favorable au développement de contrats de droit privé et souhaite s'ériger en fédération nationale à part entière. La Conférence des directeurs généraux de CHU propose de

faire évoluer le statut des CHU en établissements publics industriels et commerciaux. La Conférence des présidents de CME de CHU opte pour la création d'établissements territoriaux de santé, co-pilotés par un directeur administratif et un directeur médical. La Conférence des directeurs de centres hospitaliers préconise le regroupement des hôpitaux publics dans un établissement unique. La Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers fait part de son attachement au statut de l'hôpital sous la forme d'un établissement public de santé mais demande l'assouplissement des règles de passation des marchés et du recrutement du personnel. Le débat juridique est donc largement ouvert.

I. Les principes encadrant l'autonomie juridique de l'établissement public de santé

La définition du service public hospitalier ne laisse entrevoir aucune spécificité juridique. Le critère matériel n'est pas déterminant pour qualifier l'autonomie juridique. Le législateur du 30 juin 1975 a toutefois posé le principe de la séparation des secteurs sanitaire et social, repris par la loi du 2 janvier 2002 créant ainsi une autonomie institutionnelle de chaque secteur.

La loi du 7 août 1851 précise pour la première fois que les hôpitaux et hospices sont des établissements publics autonomes rattachés aux communes. La fonction de directeur est créée par la loi du 21 décembre 1941 dans les établissements de plus de 200 lits. Le directeur nomme le personnel sur lequel il a autorité. Les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 renforcent le rôle du directeur, qui assure la conduite générale de l'établissement et assiste de droit aux réunions de la Commission administrative. Il ordonnance les recettes et les dépenses. La loi du 31 décembre 1970 le dote d'une compétence générale et fait de lui un véritable manager. Le Conseil d'administration présidé par le maire dispose d'une compétence d'attribution.

En 1987, le Tribunal des conflits, dans son arrêt LAUNAY, reconnaît le caractère administratif du service fourni au patient en considérant que le malade hébergé dans un hôpital public est un usager d'un service public administratif. Il n'est pas le client d'un prestataire de services à titre onéreux. Les éventuels litiges qui l'opposent à l'hôpital sont de la compétence de la juridiction administrative.

La loi du 31 juillet 1991 procède à une rénovation du statut de l'hôpital. Le législateur qualifie l'hôpital d'établissement public de santé, personne moral de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Son objet n'est ni industriel ni commercial.

L'établissement public de santé est une institution spécialisée. Il appartient, selon un arrêt du Conseil d'Etat du 17 mars 1997, aux organes compétents d'un établissement public de définir les attributions de ses services ainsi que leurs règles d'organisation. L'établissement public de santé est rattaché à une collectivité territoriale et présidé par un élu local (maire ou président du conseil général). Il est soumis à la tutelle de l'Etat, celle du préfet et, depuis 1996, celle du directeur de l'Agence régionale. L'Etat joue le rôle d'unificateur des règles d'organisation et de fonctionnement et assure une mission de contrôle et de tutelle (tutelle sur les libérations, exercice du contrôle de légalité, tutelle sur le directeur par la voie hiérarchique). Il restructure l'organisation hospitalière par l'intermédiaire de réformes matérielles ou structurelles. L'évolution des textes montre un passage d'une tutelle *a priori* vers un contrôle *a posteriori*. Les actes qui restent soumis à la tutelle *a priori* sont ceux qui engagent la stratégie de l'établissement et ses moyens financiers. Le directeur de l'Agence régionale peut demander le placement d'un établissement public de santé sous l'administration provisoire des conseillers généraux des établissements de santé.

L'établissement public dispose d'instances de gestion et de concertation particulières. L'hôpital public dispose d'un patrimoine. Il peut ester en justice, conclure des marchés et des contrats. Il est soumis à un régime budgétaire et comptable particulier. Son personnel bénéficie du statut de la fonction publique hospitalière. Les praticiens participent à l'exécution du service public et sont placés dans une situation statutaire de droit public. Le directeur, nommé par arrêté ministériel ou par décret, est ordonnateur et exerce l'autorité hiérarchique. Il dispose d'un pouvoir autonome dans le cadre des compétences qui lui sont allouées par le Code de la santé publique. Les praticiens hospitaliers sont nommés par arrêté ministériel.

II. Les évolutions de ces principes dans le contexte de la privatisation du droit public de la santé

Il faut noter l'entrée progressive des hôpitaux publics dans le champ du droit économique et de la concurrence. La Cour de justice des Communautés européennes a jugé en 2001 que les hôpitaux exerçaient une activité économique. Les activités médicales sont qualifiées de prestations de service au sens du traité européen.

L'évolution s'est beaucoup appuyée sur la notion de gestion déléguée. L'outil traditionnel utilisé par les hôpitaux était la délégation de service public, caractérisée par la prise en charge des investissements initiaux par le délégataire, la gestion pour son propre compte et la perception de redevances sur les usagers. De nouvelles formules sont utilisées pour associer plus efficacement opérateurs privés et collectivités publiques afin de faire face à des besoins importants de modernisation. Les contrats globaux spéciaux ont été introduits par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Ils permettent aux établissements publics de santé de confier à une personne ou à un groupement de personnes de droit privé une mission portant sur la conception, l'entretien et la maintenance de bâtiments ou d'équipements affectés à l'exercice de ses missions. Le bail emphytéotique administratif est entré dans le Code de la santé publique. Les contrats de partenariat public-privé permettent d'aménager et d'alléger les règles de la commande publique pour faciliter la conclusion et l'exécution des contrats. En matière de marchés publics, la transposition du droit communautaire a été importante. Le Code des marchés de 2006 offre des outils juridiques qui allient sécurité juridique, souplesse et efficacité économique. La vente en l'état futur d'achèvement est un contrat par lequel un tiers construit un ouvrage dont il revend une partie à l'acquéreur pendant la construction.

De nouveaux outils sont imaginés pour rapprocher les établissements de santé : les groupements de coopération sanitaire, des pratiques contractuelles et un nouveau cadre budgétaire et comptable applicable aux établissements de santé.

Pour conclure, je citerai Jean-Jacques ROMATET : *« après avoir usé de l'autonomie comme valeur refuge justifiant une résistance aux évolutions économiques, les hospitaliers doivent s'appuyer sur les valeurs d'autonomie en tant que référence positive et créatrice. »*

Jean-Luc CHASSANIOL

Le principe d'autonomie existe depuis toujours et nous sommes tous des autonomistes convaincus. La notion de territoire de santé exige que nous adaptions nos schémas culturels en fonction de cette nouvelle donne.

De la salle

Monsieur TIREL, avez-vous une idée du support juridique des établissements qui doit être mis en place dans un cadre territorial nouveau ? Quel serait alors le rôle des élus ?

Bernard TIREL

Le statut juridique de l'hôpital n'est pas obligatoirement modifié. Aujourd'hui, l'hôpital est rattaché à la commune. L'autonomie juridique de l'hôpital n'est pas dénaturée. Nous mettrons en œuvre une autre organisation, mais le statut juridique sera identique. Le Conseil d'administration, le directeur et la tutelle subsisteront.

Jean-Luc CHASSANIOL

L'ADH préconise un établissement public par territoire, un seul Conseil d'administration et une seule CME.

Un intervenant

Si nous souhaitons responsabiliser le Conseil d'administration et faire en sorte qu'il puisse demander des comptes à un directeur, nous devons sécuriser le rôle du manager et ne pas le placer devant des administrateurs qui n'ont aucune responsabilité. Le lien particulier avec les politiques locales nécessitera, dans un établissement territorial, la révision de la composition du Conseil d'administration. Bien que les outils de coopération et l'autonomie juridique existent depuis des décennies, nous n'avons pas cherché à mener des stratégies de groupe, alors qu'elles sont la seule manière de préserver la structuration de l'offre hospitalière.

Christian SAOUT
Président du CISS, Président d'AIDES

En introduction, je vous présenterai le Collectif inter associatif sur la santé. Il se positionne de manière transversale sur les questions de santé. Notre sujet est le système de santé dans sa globalité. Le Collectif regroupe une composante familiale, des associations de patients, des associations de consommateurs et des associations de personnes handicapées. Notre mission consiste à nous exprimer sur le système de santé et la santé publique et non seulement sur l'exercice de la démocratie sanitaire.

Le Collectif est né au lendemain des ordonnances Juppé. Il a été le moteur de certaines réformes. Il s'est structuré en association loi de 1901 il y a trois ans. Nous avons remporté des succès tels que la loi du 4 mars 2002 ou le droit au devis en matière de soins de santé. Nous avons connu des échecs. La dynamique des soins dans notre pays est mauvaise. La qualité des soins n'est pas au rendez-vous et la coordination des soins n'est guère pratiquée.

Selon l'OMS, le système français est un des meilleurs au monde. Mais un sondage récent réalisé pour le Collectif montre que 4 français sur 10 contestent l'efficacité du système de santé français, que 6 français sur 10 estiment qu'il engendre des inégalités et que 2 français sur 10 ont subi une discrimination pour des raisons de santé. Ce sondage est un désaveu des résultats de 2000 de l'OMS. Les discriminations existent et sont mal ressenties. Le système de santé est devenu une « machine à exclure des soins ». Il produit des inégalités territoriales et des inégalités d'accès aux ressources de santé. En outre, l'information est asymétrique entre les organisateurs du système de santé et les usagers. Il faut également souligner le désintérêt des hommes politiques pour la santé, le laisser-faire économique, l'inefficacité des complémentaires et le manque d'honnêteté de l'industrie pharmaceutique. L'hôpital public et les cliniques refusent la coordination des soins avec la médecine de ville. Les services des hôpitaux ne communiquent pas. Les dépassements d'honoraires sont devenus pour les Français insupportables.

Le système de santé doit être réformé sous la contrainte financière et en tenant compte de besoins nouveaux. Une grande partie des soins doit être administrée en ambulatoire. La réforme sera davantage traitée dans une optique curative que sous l'angle de la promotion de la santé et de la prévention.

La proposition principale du Collectif est de mettre chacun à l'abri. Il est inadmissible d'être exclu des soins dans notre pays. L'accès aux soins doit être effectivement garanti. La santé devra être régionalisée. Le recrutement du personnel des ARS devra être modifié. La santé devra être territorialisée. Le territoire de santé doit être unique, infra départemental et opérationnel. Il faudra mener des stratégies différentes selon les territoires en fonction des besoins de la population. Il faudra innover quant à l'organisation. Les réseaux de soins doivent être moins thématiques et davantage transversaux. Il faudra démocratiser encore davantage la santé et améliorer la réponse en santé. Il faudra enfin bouleverser la gouvernance. Le rôle de l'Etat est celui de garant et de régulateur. L'agence nationale de santé et les agences régionales exécutent sous le contrôle du Parlement et d'une autorité de santé indépendante.

Les médecins de ville posent la question de la liberté. Le Collectif est convaincu que la liberté ne va pas obligatoirement à l'encontre de l'organisation. Nous souffrons en France d'une médecine incapable de respecter des algorithmes et des protocoles dans la prise en charge des patients. Nous devons sauvegarder un système de santé solidaire et humaniste, en l'organisant davantage.

Jean-Luc CHASSANIOL

La présence de représentants d'usagers dans les conseils d'administration a réellement changé la donne. Je suis convaincu que les lignes bougent et bougeront grâce à vous. Vous participez pleinement au bouleversement de notre métier.

Pierre-Yves GILET

Pouvez-vous nous en dire davantage sur le territoire infra départemental ?

Christian SAOUT

Lors des Etats généraux de l'organisation de la santé, a été évoqué un territoire de santé qui devrait être infra départemental. Dans certaines régions, des conférences territoriales de santé existent déjà. Il est inutile de multiplier les échelons territoriaux. Il faut choisir un échelon de territoire et réfléchir ensuite aux besoins de la population, en coordonnant la ville et l'hôpital. Le Collectif ne donnera jamais son satisfecit à une réforme qui différenciera trois territoires d'exercice de la médecine.

Martine BELLANGER **Enseignant-chercheur à l'EHESP**

J'ai choisi d'évoquer le thème de l'autonomie des établissements de santé et des territoires. Je vous propose une rétrospective économique. Je présenterai d'abord l'évolution des modèles économiques vers l'autonomie locale des établissements de santé. Ensuite, j'évoquerai les modalités d'établissements de territoire de santé dans d'autres pays européens, afin de donner des exemples de systèmes intégrés de santé et d'établissements territoriaux de santé.

I. Des modèles économiques à l'autonomie locale des établissements de santé

La question de l'autonomie des établissements de santé requiert une approche positive. J'exposerai donc des faits traduisant la manière dont les établissements ont acquis ou acquièrent une certaine autonomie. Je donnerai à cette présentation un caractère normatif. La question de la mise en place de l'autonomie des établissements ne peut pas être posée sans réfléchir à la finalité de l'autonomie pour la santé de la population. Se pose alors la question de l'évaluation de l'autonomie et de la mesure des résultats, ce qui n'est pas une chose aisée.

1. Les modèles économiques sous-jacents à l'autonomie locale

a. La régulation de l'hôpital et l'économie des territoires

Il existe trois modèles économiques s'agissant de l'autonomie des établissements de santé. Le premier consiste en l'autonomie de l'hôpital sur un territoire. Dans ce modèle autarcique,

l'hôpital cherche une situation optimale sans tenir compte des autres acteurs du territoire. L'hôpital fonctionnait ainsi jusqu'à la fin des années 1970 environ.

Le deuxième modèle était en vigueur du début des années 1980 à la réforme Juppé. L'autonomie est conjuguée à des comportements stratégiques. Il s'agit du modèle bureaucratique de la production des services non marchands. Le directeur d'hôpital, dépendant d'une autorité de tutelle, cherche à profiter de son pouvoir discrétionnaire pour obtenir les budgets correspondants à l'activité qu'il souhaite développer. La question de l'asymétrie d'information est posée entre les managers et l'autorité de tutelle. Ce modèle a conduit à une surproduction de certains biens et services de santé dans certains territoires.

Le troisième modèle est celui de l'autonomie face à la décentralisation des procédures, calqué sur le modèle des contrats et des incitations économiques. Ce modèle a servi de base à la réforme proposée par le rapport SOUBIE au Commissariat général au Plan en 1993. Afin d'éviter les limites du modèle bureaucratique (asymétrie d'information, comportements opportunistes), il faut introduire des contrats et y associer des incitations économiques (paiement à l'activité ou sur la base des résultats.)

Les modèles économiques ayant servi à l'analyse des territoires ont pris de l'importance dans les années 1990 avec l'introduction des mécanismes de marché dans les pays européens et l'émergence aux Etats-Unis de la nouvelle économie géographique qui étudiait l'impact du développement territorial dans le contexte de la mondialisation. Paul KRUGMAN montre que le territoire peut être un facteur de croissance, c'est-à-dire un modèle intégrant les externalités, concentrant les agents sur un territoire et diminuant les coûts de transaction.

L'approche de l'économie des territoires prend en compte les données de population des territoires, les ressources locales de production de biens et services de santé, la base économique des territoires et de ses revenus et les effets de l'environnement local sur la santé. L'analyse des territoires en France a été associée à la question des inégalités de ressources de production ou des états de santé. Le rapport du Haut Comité de santé publique montrait en 1994 la disparité des territoires de santé.

b. Les conséquences des modèles économiques sur la gouvernance des établissements de santé

Les développements des mécanismes du marché et de la concurrence ont eu un impact sur la gestion des hôpitaux. L'introduction de la *corporate governance* au Royaume-Uni a suivi l'introduction des mécanismes de marché et suppose d'assurer une division cohérente du pouvoir et de l'autorité. Le modèle sous-jacent est celui du gouvernement d'entreprise. L'hôpital s'assure que le dirigeant et les autres professionnels agissent dans le sens des intérêts de l'autorité publique.

L'introduction des bonnes pratiques s'est faite au niveau de l'administration. Les critères de performance et de qualité sont insérés aux critères de gestion. Les modalités de paiement sont associées à des incitations économiques.

c. Les modalités d'autonomie dans sa forme territoriale ou locale

L'autonomie dans les territoires peut conduire à une concurrence entre établissements, à moins que des collaborations ne soient instaurées. Il existe différents degrés d'autonomie des établissements de santé : du centre vers les périphéries (autonomie verticale) et à l'intérieur

des réseaux locaux des agents (autonomie horizontale). La question se pose de l'équilibre entre la compétition et la collaboration.

Mesurer les résultats de l'autonomie locale nécessite de définir des critères de réactivité des systèmes par rapport aux besoins de santé de la population, de transparence des décisions et de qualité des services et soins offerts aux usagers.

II. Les modalités d'établissements de territoire de santé en Europe

Je vous présenterai le cas de l'entreprise sanitaire locale d'Emilie-Romagne, de la *Fundación Alcorcón* de Madrid et des *Foundation Trusts* britanniques.

Avant 1997, l'autonomie de gestion et d'administration des hôpitaux espagnols était quasi inexistante. En 1997, l'hôpital Alcorcón s'est constitué en fondation privée. Le chef du département disposait d'une responsabilité financière. Il pouvait être remercié en cas de mauvaise gestion. En termes d'information médicale, le dossier du patient était relié au centre de soins primaire. L'ensemble du système était informatisé. Le personnel était régi par des règles de droit privé. La part du salaire indexée sur la productivité était de 30 %.

Les *Foundation Trusts* ont été créées sur le modèle espagnol. L'objectif du Royaume-Uni était d'en créer 100 en 2007. Ces hôpitaux sont autonomes par rapport aux autorités stratégiques de santé et dépendent d'un organisme externe d'audit et d'évaluation. Ils doivent être agréés pour devenir une *foundation trust*. Ils travaillent sur un territoire et recrutent librement leur personnel. Le paiement est à l'activité, avec un intéressement individuel et par équipe intégré aux contrats de gestion de la fondation. Le Conseil de gouvernance surveille la stratégie (qualité et réponse aux besoins de la population).

En Italie, le modèle intégré de l'Emilie-Romagne est constitué d'entreprises sanitaires locales. L'établissement public territorial dispose de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Il est dirigé par un directeur général et comprend trois secteurs d'activité. Les hôpitaux en gestion directe sont placés sous l'autorité du directeur de l'ASL. Des unités sanitaires locales au niveau des districts assurent les soins primaires et spécialisés en ambulatoire. Il existe des départements de promotion de la santé. Par ailleurs, les entreprises hospitalières autonomes sont des centres hospitaliers universitaires et de recherche.

En conclusion, nous nous dirigeons vers une approche intégrée de l'établissement de santé du territoire en raison de l'évolution des technologies et du développement des traitements ambulatoires. Par ailleurs, les maladies chroniques ne peuvent pas être traitées sans une organisation intégrée sur le territoire. Le vieillissement de la population impose également une organisation intégrée. Les modalités de paiement pourraient associer un paiement à la capitation et un paiement à l'activité. Il faut préciser les modalités de contractualisation. Les aspects statutaires ne doivent pas empêcher une évolution vers l'autonomie des établissements. Enfin, je soulignerai l'importance de l'évaluation des résultats.

Territoire et activités de soins spécifiques : **le cas de la cancérologie.**

Yves MAMIE

Le thème de nos Journées, autonomie des établissements et territorialisation, est un concept à plusieurs entrées. L'une d'elle est observable à travers la prise en charge de certaines pathologies. L'exemple du cancer est parlant à cet égard. Les objectifs assignés par les textes réglementaires ou en matière de qualité sont devenus particulièrement restructurants à l'égard des établissements de santé. Ils interrogent leur capacité à assumer leur autonomie et leur capacité à gérer leur action dans un cadre territorial, voire régional.

Pr Gérard DABOUIS
Professeur au CHU de Nantes
Administrateur de la Ligue nationale contre le cancer

Je vous remercie d'avoir invité la Ligue nationale contre le cancer à participer à votre réflexion. Je représente le Pr LARRA, Président de la Ligue nationale contre le cancer. J'appartiens au pôle Cancérologie du CHU de Nantes. Je suis chargé de la coordination des soins de support dans le cadre du GCS Institut régional du cancer Nantes-Atlantique, qui réunit le pôle Cancérologie du CHU et le centre anticancéreux de Nantes. J'enseigne également à la faculté de médecine. Je coordonne une équipe de recherche en sciences humaines et sociales.

J'interviendrai en tant que citoyen et membre d'une association. Le cancer est une maladie fréquente avec 320 000 nouveaux cas par an dont 50 000 nouveaux cas de cancer du sein, 62 000 nouveaux cas du cancer de la prostate, 37 000 patients atteints de cancer colorectaux et 30 000 patients atteints de cancers bronchiques. Le cancer touche en France une population de 800 000 à 1 million de personnes. Il entraîne le décès de 160 000 personnes par an. Il est devenu la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme, derrière les maladies cardiovasculaires. Cette maladie est un problème de santé publique lié à l'augmentation de l'incidence. Lorsque l'incidence est corrigée avec le vieillissement de la population, le taux d'augmentation s'élève à 35 %. Les personnes malades sont de plus âgées et la question d'une prise en charge spécifique est posée.

Le cancer nécessite encore des traitements difficiles : chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie. Il a tendance à se chroniciser. Les thérapies ciblées sont extrêmement chères et doivent être prises de plus en plus longtemps. Cette maladie touche le patient et ses proches, sa vie professionnelle, sociale et conjugale. Actuellement les établissements de santé traitant les cancers sont très performants mais il ne faut pas négliger la prévention, le dépistage, la réhabilitation sociale et la fin de vie. Une territorialisation de la prise en charge s'impose afin de permettre l'accessibilité des soins à tous et une prise en charge optimale.

Des progrès ont été réalisés mais une division des compétences et des moyens existe. Nous constatons une absence de visibilité à l'intérieur même du CHU de Nantes. Or, il est important de faire travailler ensemble toutes les institutions. La continuité des soins est une autre nécessité. L'utilisateur doit avoir accès à une permanence des soins.

La révolution technoscientifique est extraordinaire. Il ne faut pas en avoir peur. Nous observons par ailleurs une absence de consensus social, juridique et religieux sur les valeurs. Nous devons donc trouver des outils pour participer à la décision médicale, notamment dans les situations médicales éthiquement difficiles. La transformation de la relation médecin-patient est une troisième révolution. Le patient se veut autonome. Nous sommes passés de l'indigent au patient puis à la personne malade, acteur des soins et codécideur.

La Ligue nationale contre le cancer est un mouvement de citoyens présent dans 103 départements. Elle a pour mission l'aide aux malades, la recherche et la prévention. Nous sommes passés de 103 conseils scientifiques à un seul pour la région Grand-Ouest avec la réunion des régions Bretagne, Pays-de-Loire, Poitou-Charentes et Centre. La Ligue est un partenaire du Plan Cancer.

Dr Patrick AIRAUD
Président de la CME du CH de Chateaubriant

Je vous remercie d'avoir associé une CME à votre réflexion sur les territoires. La CME du CH de Chateaubriant est incluse dans le territoire de Nantes. Je représente la Conférence des Présidents de CME au Comité de suivi du schéma régional de cancérologie mais je suis cardiologue. Dans cette spécialité, nous sommes habitués à travailler en filières de soins. J'ai également présidé un réseau d'hygiène autour de Chateaubriant.

Il existe une incitation forte à réorganiser la cancérologie. Le territoire semble être un échelon pertinent. Le centre hospitalier de Chateaubriant est inclus dans la région Pays-de-Loire, qui a été restructurée lors du SROS de 2^{ème} génération et qui a abouti à la création de 7 territoires de recours, dont 2 CHU : Nantes et Angers. Ces territoires sont de taille et de compositions différentes. Il existe 15 territoires de santé de proximité, avec un partage clair des activités entre le public et le privé. La recomposition est effective à Chateaubriant depuis 1999. Tous les établissements de la région sont équipés de visioconférence.

Les objectifs du projet de territoire sont :

- la prise en charge structurée autour d'établissements de référence ;
- le partage des compétences médicales ;
- la prise en charge au plus près du domicile ;
- la facilitation des activités de recherche.

Des équipes médicales référentes sont désignées. Des traitements chimiothérapeutiques sont proposés en alternance. Les urgences sont gérées de manière concertée. Les soins de support s'appuient sur le réseau de soins palliatifs existant. Le réseau d'oncologie s'appuie également sur le réseau de gériatrie. Le recours aux plateaux techniques est optimisé. Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées. Les activités de recherche sont encouragées par le biais d'un partage de temps médical et de temps ARC. La formation des acteurs est homogène grâce à un projet de formation continue d'évaluation des pratiques professionnelles. L'affichage auprès du grand public des acteurs libéraux et des territoires voisins est primordial.

Les moyens élaborés sont la transformation du comité de coordination du 3C en structure territoriale dont les missions sont la coordination de la prise en charge, l'amélioration

continue et les ressources. La filière de soins doit être organisée, définie et lisible à l'intérieur et entre les structures et pour l'extérieur. Les établissements autorisés ont pour missions les consultations avancées, la coordination de la recherche et un projet de formation. Les établissements associés ont pour missions la création de structures de soins, l'hospitalisation de jour, un médecin référent, l'organisation de la permanence, la continuité des soins et la participation au RCP.

Cette organisation territoriale est incontournable pour permettre l'accessibilité et la qualité des soins et l'optimisation des plateaux techniques tout en répondant aux attentes des usagers. Une adéquation doit être trouvée entre la volonté de diminuer le nombre de centres de prise en charge contre le cancer et les notions de qualité et d'accessibilité des soins en cancérologie. Les limites juridiques des établissements et des regroupements d'établissements posent problème ainsi que la T2A, qui encourage davantage la concurrence entre les établissements que leur rapprochement.

Dans la région Pays-de-Loire, nous observons des risques de disparition de l'offre chirurgicale viscérale et d'autres spécialités dans quelques territoires de proximité. La notion de seuil atteint sur des pôles de santé recomposés pose également problème.

Les solutions à ces problématiques sont :

- des coopérations public-public ;
- des postes partagés ou de chirurgie avancée ;
- la notion de seuil par bloc opératoire plutôt que par établissement ;
- la notion d'établissement de territoire.

Il est primordial que les territoires et l'organisation des soins soient réalisés à partir de données objectives épidémiologiques d'activité des territoires de proximité afin d'apporter des réponses appropriées à la population. Dans la région Pays-de-Loire, les travaux préparatoires du schéma régional de l'organisation sanitaire et les projets médicaux de territoire ont été précédés de pré-projets médicaux de territoire, ce qui a été très bénéfique.

L'établissement de territoire ne règle pas le problème de l'offre chirurgicale privée, sauf à inclure l'ensemble des acteurs de soins dans la notion de territoire. Les pôles territoriaux de spécialité et les filières pourraient être une solution.

En conclusion, la cancérologie est une spécialité territoriale par excellence. Un réseau articulé autour de 3C, définissant le rôle et la place de chaque participant dans le cadre de filières à double sens, est une solution pour trouver une adéquation entre accessibilité, proximité et qualité. Les seuils en chirurgie carcinologique dans les zones restructurées doivent être compatibles avec l'accessibilité et la qualité des soins. L'architecture territoriale est transposable à d'autres spécialités médicales. Les établissements de territoire sont variables selon leur histoire et leur géographie. Ils doivent toutefois répondre aux besoins de santé des populations de l'ensemble du territoire.

Jean-Paul SEGADE
Directeur général du CHU de Clermont-Ferrand

La première coopération à mettre en œuvre est la coopération interne au sein du CHU. Le deuxième niveau de coopération est la convention de direction commune, qui regroupe tous les hôpitaux du territoire de Clermont-Ferrand. Le troisième outil est le Groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le centre anticancéreux. Les laboratoires sont regroupés. Le service d'hématologie est commun. Une analyse en termes pharmaceutiques se mettra bientôt en œuvre. Les projets de recherche sont communs. Toutes les décisions sont prises à la majorité des deux tiers. Nous avons également signé des accords cadres avec les hôpitaux d'Aurillac et de Vichy et, plus récemment, avec le CHU de Saint-Etienne dans le cadre de l'interrégion Rhône-Alpes Auvergne. La cancérologie peut donc fournir un exemple de méthodologie de travail et d'outils juridiques.

Nous menons cette démarche car la démographie médicale connaît d'importantes difficultés. Certaines villes d'Auvergne ne disposent plus de praticiens. Les territoires les plus menacés sont les plus actifs. La confiance doit s'instaurer entre les différents acteurs et la démarche doit être régionale. Les centres anticancéreux peuvent soit devenir des budgets annexes de grands centres anticancéreux interrégionaux soit s'allier avec un CHU voisin. Enfin, une convention ou un contrat valent mieux que des personnes morales inefficaces.

Nous devons passer d'une vision individuelle à une démarche collective. Nous devons associer les établissements privés à but lucratif. Un accord et une complémentarité avec les agences régionales d'hospitalisation sont nécessaires. Nous devons concilier l'expertise et la proximité.

Je citerai en conclusion Blaise PASCAL, qui disait que « *la multitude qui ne se réduit pas à l'unité est confusion et l'unité qui ne dépend pas de la multitude est tyrannie* ».

Débat

Yves MAMIE

Le Pr DABOUIS a évoqué la territorialisation de la prise en charge, considérée sous l'angle de tous les aspects de prise en charge des patients, de la prévention jusqu'à la chronicisation. Je considère également que nous avons besoin d'une territorialisation à cet égard. Nous sommes encore loin d'avoir instauré tous ces niveaux de prise en charge sur un même territoire.

Le Dr AIRAUD a mentionné la dialectique entre le partage des compétences médicales et la prise en charge au plus près du domicile du patient. Nous sommes dans l'obligation de mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaires afin de traiter chaque dossier de patient cancéreux, sous la direction d'un triumvirat (oncologue, radiothérapeute, chirurgien). Nous assistons à un phénomène de sur spécialisation. Les patients doivent-ils se déplacer vers un pôle régional ? Les praticiens doivent-ils se déplacer ? La vidéoconférence est-elle suffisante ? Nous devons agir, à cet égard, dans l'intérêt du patient et non dans l'intérêt de telle ou telle autonomie.

Concernant l'expérience menée en Auvergne, il faut se demander si la mise en place de la coopération préserve l'accessibilité territoriale.

Laurent DONNADILLE, Directeur du centre hospitalier de la Dracénie à Draguignan

Je préside le comité de gestion d'un centre de coordination en cancérologie, qui est aujourd'hui un outil indispensable. Les outils mis à notre disposition et le Plan Cancer obligent les partenaires publics et privés à travailler ensemble. Les 3C fournissent des données épidémiologiques et permettent aux directeurs d'établissement de participer aux travaux en filières de soins.

Yves MAMIE

Cette remarque est très juste : nous, directeurs d'hôpital, devons nous intéresser de près aux 3C et à leur fonctionnement. Les 3C ont une mission de coordination primordiale en termes de prise en charge. Ils sont détenteurs et animateurs des indicateurs qualité. Les cadres de direction doivent se préoccuper du suivi ou de la supervision de ces indicateurs.

Catherine GEINDRE, Directrice de l'Institut de Cancérologie de la Loire à Saint-Etienne

Le 3C doit être utilisé pour associer le secteur privé à but lucratif. Nous avons adopté cette solution. Le 3C et les RCP sont communs. Les centres anticancéreux ont tendance à se regrouper dans une vision davantage institutionnelle que territoriale.

SESSION II

Gérard VINCENT

Président de séance, délégué général de la Fédération hospitalière de France

Je n'aborderai pas le sujet des positions de la FHF sur les réformes en cours car elles figurent régulièrement dans la presse. Cet après-midi deux expériences étrangères nous seront présentées. Nous entendrons également la vision d'un géographe et d'un fonctionnaire directeur de CHU.

Retours d'expériences étrangères

Mark GOLDMAN

Président du Heart of England Trust (fondation issue du NHS)

Merci beaucoup pour cette invitation à intervenir lors de votre conférence. C'est un honneur d'être parmi vous et un plaisir de partager avec des collègues français les expériences récentes du service national de santé en Angleterre, qui fête cette année ses 60 ans. Pendant les dix dernières années, le service national de santé a été confronté à des changements rapides et à une croissance forte afin d'essayer de reconquérir la place qu'il avait acquise par le passé, celle d'un système de santé décrit un temps comme envié par le monde entier.

Le service national de santé est responsable des soins de santé de tous les citoyens de l'Angleterre et est reconnu internationalement pour être le système de soins de santé le plus équitable au monde. Il n'est malheureusement plus considéré comme le système qui fournit les résultats cliniques les meilleurs et c'est cet aspect sur lequel beaucoup d'efforts et beaucoup de ressources ont été orientés. Le NHS est bien identifié et très apprécié par le public britannique. Il consomme tous les ans pour les soins de santé environ £100 milliards, provenant de l'argent des contribuables, soit près de 10% du PIB.

Ce qui est devenu évident pendant cette période révolutionnaire des dix dernières années, c'est que le service national de santé a été redéfini comme un système : un système dans lequel sont apparus de nombreux autres fournisseurs de soins de santé, pas simplement ceux possédés et gérés par l'Etat ; un système dans lequel il existe de nombreuses manières alternatives d'atteindre des objectifs semblables dans les hôpitaux ou dans la communauté.

Il est important de comprendre qu'en Angleterre il existe désormais deux systèmes parallèles au sein du NHS. D'un côté, le secteur national traditionnel des soins de santé dans lequel le secrétaire d'état a la responsabilité, avec son département ministériel et ses avant-postes dans les régions (les Autorités de santé stratégiques) de la prestation des soins de santé locaux. Il le fait en contractant avec des groupes de soins de santé primaire, appelés les *Primary Care Trusts*, et en utilisant ses hôpitaux de soins aigus et les médecins généralistes. De l'autre côté est apparu un nouveau système dans lequel les *Foundation Trusts* constituent un élément essentiel. En théorie au moins, les *Foundation Trusts* sont distincts du secrétariat d'état et sont gérés par une autorité de régulation appelée *Monitor*. Ce sont des organisations sans but

lucratif. Pour qu'un hôpital de court séjour ou un service de santé mentale devienne *Foundation Trust*, il doit suivre une procédure rigoureuse et un examen minutieux par le régulateur et comme vous pouvez le voir beaucoup de structures sont désormais des *Foundation Trusts*. Dans le cas de ma propre organisation cette transition s'est produite en mai 2005. Il y a un certain nombre d'avantages à devenir un *Foundation Trust*, la méthode comptable est plus proche du secteur commercial et nous permet d'accumuler un capital que nous pouvons ensuite dépenser en projets d'investissement pour l'organisation. Nous pouvons emprunter de l'argent aux taux commerciaux. En théorie au moins, nous sommes libérés de certaines des interventions politiques, bien que dans la pratique celles-ci nous arrivent souvent par d'autres itinéraires ou par les médias. Je ne sais pas ce qu'il en est en France mais au Royaume Uni les médias sont constamment intéressés par la prestation des soins de santé et des hôpitaux en particulier. D'autres avantages du *Foundation Trust* sont sa gouvernance qui est en grande partie indépendante et implique non seulement un directeur, un conseil, mais également un conseil des gouverneurs, élus par la communauté. Mon *Foundation Trusts* a plus de 100.000 membres appartenant à la communauté et ceci permet d'assurer une véritable participation de la communauté dans la conception et la prestation de nos services.

Le NHS a connu une période de réformes du système et l'initiative principale s'est faite autour de la façon dont l'argent circule au sein du système. Désormais, nous sommes payés pour ce que nous faisons à partir d'un tarif pour chaque épisode de soin. Un autre élément essentiel est le choix, ce qui signifie que les patients sont à la liberté de choisir où ils vont être traités pour de nombreux soins programmés. Les *Foundation Trusts*, qui se situent en dehors du contrôle politique du service national de santé et donc en dehors du système de contractualisation des unités, telles que les hôpitaux aigus, sont en compétition les uns avec les autres pour fournir des soins achetés par leurs agence locale de contractualisation, les *Primary Care Trusts*. Les objectifs de ces réformes sont d'améliorer les normes de soins, de créer une diversité de prestation, d'organiser un marché contrôlé et non un marché ouvert, de s'assurer que les patients guident et mènent le changement des prestations pour mettre le patient au cœur du système. Il s'agit également de renforcer le NHS en tant qu'organisation qui joue un rôle clé dans la régénération locale des communautés par sa capacité à employer les populations locales et d'injecter l'argent du contribuable dans l'économie locale.

Par mon expérience, et j'ai travaillé dans le service national de santé à partir 1974 en tant que praticien, en tant que directeur médical et comme directeur général, je peux affirmer qu'il n'y a jamais eu de période plus difficile, plus intense du fait de la complexité des sujets à l'ordre du jour et de la pression implacables des objectifs ciblés, du changement et d'une évaluation externe pointilleuse. Tous ces sujets sont sur mon bureau quotidiennement et chacun d'entre eux est fortement réglementé par le *Monitor* (le régulateur des *Foundation Trusts*) ou par la Commission de Soins de santé qui impose des normes statutaires à tous les organismes de soins de santé et à propos desquels nous sommes évalués annuellement. Ou par les 144 organismes différents qui peuvent entrer dans votre établissement, et qui y entrent effectivement, et vous évaluent sur ces différents sujets. Les soins de santé sont en effet parmi les sujets les plus compliqués qui soient et je suis certain que votre propre expérience vous l'a appris.

Fondamentalement, en dix ans, le NHS est passé d'une conception de service pour des personnes malades et malades, à une approche plus holistique, intéressée au bien-être, à la santé, d'une communauté, acceptant naturellement qu'il aura ait toujours la responsabilité de répondre aux besoins de prestations de soins.

Le *Foundation Trust* a été créée comme une tentative d'insuffler de l'énergie au processus de changement et d'être, aux yeux de certains, le moteur du changement dans le NHS. Ce sont ces sujets qui constituent les obligations des *Foundation Trusts* et mon conseil fixe des niveaux élevés à atteindre dans chaque catégorie. Moi-même, en tant que Directeur Général, et mon conseil reconnaissons que nous ne gérons plus ce que nous gérons par le passé, un hôpital, mais plutôt une entreprise de soins de santé, avec toute la complexité et toutes les opportunités que cela représente.

Ce qui était par le passé un fonctionnement tout à fait simple : des patients traités par des médecins et de l'argent confiés à des hôpitaux.....

.... s'est compliqué par des changements structurels, plus particulièrement l'introduction des *Primary Care Trust* fonctionnant comme fournisseurs des services de soins primaires et comme contractant ou acheteur de tous les autres services.....

..... et par la création dans le service de santé national d'une vaste gamme de sources alternatives de prestations de soins de santé. Ceci a créé un système beaucoup plus compliqué d'allocation des ressources financières et il est vrai qu'en raison de tout ceci un certain nombre d'établissements du NHS ont connu des difficultés financières. Cette année le service national de santé a pour objectif de fonctionner avec un excédent d'environ £2 milliards sur les £100 milliards de dépenses. Il y a deux ans le déficit représentait £½ milliard. Dans le système il y a quelques *Foundation Trusts* et d'autres organismes qui ont du succès et qui ramènent des excédents chaque année, le notre en est un exemple, mais il y en a également un certain nombre d'autres qui sont en fait des organismes en faillite, soutenus artificiellement. La gestion de ces organisations en faillite est très difficile. Parfois ce sont les fournisseurs uniques de soins de santé pour un grand secteur géographique. Dans d'autres cas il peut s'agir d'établissements historiques appréciés par leur population locale et les politiques ne sont simplement pas préparés, pour des raisons politiques, à accepter que ces organisations disparaissent alors que ce serait le cas si elles étaient dans un environnement commercial.

Dans notre organisation « Au Coeur de l'Angleterre » (*Heart of England*) nous tâchons de prendre ce qui a été un bon hôpital et de le transformer en entreprise d'excellence. Le *Foundation Trust* comporte trois sites, autour et dans Birmingham, qui est au centre du pays, avec le *Good Hope Hospital*, l'hôpital *Heartlands* et l'hôpital de Solihull. La *Chest (Thorax) Clinic* de Birmingham, un service de consultations, est au centre de la ville. Les trois hôpitaux qui constituent le *Heart of England Foundation Trust* dominent la prestation de soins de santé du côté est de la ville se prolongeant au delà des limites de la ville au nord et au sud. Nous couvrons une population de plus de un million d'habitant. Nous avons approximativement 1.500 lits d'hospitalisation, nous voyons dans nos trois services d'urgence environ 250.000 personnes par an et notre chiffre d'affaires est de £½ milliard. Ce qui est esquissé dans ce diagramme que j'ai fait l'année dernière représente la vision finale du *Foundation Trust* dont la plus grande partie est maintenant en place. Nous sommes une organisation ambitieuse, vous verrez que nous cherchons à être l'organisation de soins de santé la plus passionnante et la plus influente dans le monde. Nous ne cherchons pas à traiter chaque patient dans le monde. Nous n'affirmons pas qu'il n'y a pas d'autres organisations qui soient également passionnantes et influentes dans la manière dont elles perçoivent les soins de santé du futur. Cela cependant ne nous empêche pas de vouloir être les meilleurs. C'est de cette manière que nous savons que nous serons passionnants et influents.

Je voudrais attirer votre attention sur l'Académie. Récemment j'ai visité un groupe d'institutions de soins de santé située à Jonkoping en Suède et j'ai été intéressé de constater

qu'ils ont aussi mis en place un modèle semblable, à partir de fondements conceptuels proches de ceux que nous voulons mettre en place avec notre Académie. Notre Académie comporte nos équipements d'enseignement et de formation, notre service de consultant en gestion et notre modèle six-sigma, nos services de recherche et de développement et divers joint-ventures en participation et collaborations avec d'autres organismes.

Ce sont avec ces valeurs que l'organisation vit et fonctionne quotidiennement. J'ai ces valeurs sur le mur de mon bureau et je suis évalué à partir d'elles annuellement à 360°. Il me semble important de remodeler à tout moment les valeurs de l'organisation. Le NHS peut être une organisation toxique de décisions prises au sommet pour la base (top-down). Nous cherchons une approche différente.

Notre stratégie d'entreprise est que tout ce que nous faisons, chaque aspect de nos activités est modelé de telle sorte qu'il représente une valeur ajoutée pour le patient. C'est de cette façon que je sais que tout le personnel peut s'associer à moi pour aller de l'avant car chacun de nous vient pour travailler chaque jour afin de servir notre population locale. Nous sommes une organisation très dévouée avec 25 directions cliniques différentes intégrées sur trois sites, chacun sous la gestion clinique d'un praticien senior. Ils travaillent pour accroître la valeur pour le patient. Comme toute entreprise nous nous développons. Nous avons nos activités existantes, *Heart of England Foundation Trust*. Nous développons nos activités. Nous avons acquis l'année dernière l'une de nos institutions, Good Hope, en l'achetant. Nous augmentons notre base universitaire et nos activités de recherche et développement par le développement d'un parc scientifique appelé *Mediparc* et nous développons de nouveaux modèles de soins avec notre *Primary Care Trust* que nous avons intitulé « Travaillons Ensemble pour la Santé ».

C'est une époque passionnante et pleine de défis pour le service national de santé. Le service national de santé est très diffamé par les médias, par des politiques et de temps en temps, par des patients. Il est loin de la perfection mais il est très apprécié par le public britannique et dans une certaine mesure c'est leur affection pour le service national de santé qui leur donne le droit d'une critique amicale. Pour moi je le ressens comme une relation amoureuse qui dure depuis 60 ans. Aucune histoire d'amour qui dure depuis si longtemps ne peut éviter les changements et les évolutions, ne peut éviter les périodes difficiles, et chercher de temps à autres de se réinventer. Nous partageons, le Royaume Uni et la France, comme beaucoup d'autres systèmes de santé, les mêmes problèmes. Nos problèmes sont différents mais globalement nous luttons pour fournir à nos communautés et à nos citoyens la bonne santé qu'ils prisent. Je sais que dans mon pays la bonne santé vient en second seulement après la valeur qu'ils accordent à leurs rapports personnels avec ceux qu'ils aiment et leur capacité à gagner un salaire décent pour les soutenir.

Ce sont certains des sujets que j'ai pris dans la littérature en ce qui concerne le système en France. La même image pourrait s'appliquer à l'Angleterre, à l'Allemagne, aux Pays Bas ou en effet à la plupart de nos partenaires dans l'Union européenne.

Il y a quelques mois j'ai passé d'excellents moments sur la côte sud-est de la France, et en passant par Menton, à ma grande surprise, j'ai découvert que l'homme qui a lancé mon sport favori, le rugby, William Webb Ellis, y était enterré. Comme pour beaucoup de choses c'est l'Anglais qui a inventé ce sport mais c'est le Français qui avec son expertise et son talent l'a porté sur d'autres sommets. Je conclus cette présentation sur le système anglais en disant que j'espère que vous avez appris quelque chose sur la manière dont nous abordons nos problèmes et pendant le reste de votre conférence j'espère apprendre beaucoup et pouvoir rapporter avec

moi des idées afin d'améliorer ce que nous faisons et remettre de nouveau le Talent Gaulois au cœur du Jeu Anglais.

Gérard VINCENT

Le NHS est un système très centralisé que les Britanniques ont réussi à décentraliser par le biais des *trusts*. En France, nous tentons de contenir les dépenses et nous considérons que l'activité est suffisante au niveau national. Le système britannique souffre d'un problème de listes d'attente. L'objectif des Britanniques est de développer l'activité. La notion de *business* est davantage appropriée au système anglais qu'au système français. La notion de stratégie de groupes est sous-jacente à la décentralisation.

Santé et services sociaux au Québec : des réseaux responsables et imputables ?

Gyslaine SAMSON SAULNIER

Conseillère cadre au ministère québécois de la Santé et des Services sociaux

Nous vous présenterons avec modestie les actions menées au Québec car, outre les acquis, des déceptions subsistent. Le Québec compte 7,5 millions d'habitants, soit près de dix fois moins que la France pour un territoire six fois plus grand. L'espérance de vie au Québec est similaire à celle de la France. La ville de Québec fut fondée en 1608. L'Eglise s'est beaucoup impliquée dans la santé dans un contexte d'épidémies. Les institutions se sont ensuite développées grâce aux communautés religieuses. Les écoles de médecine sont apparues dans les années 1800. Avec l'industrialisation et la guerre, les services de santé se sont développés. Le premier département de santé et de bien-être social est apparu en 1936. De nouvelles professions ont ensuite émergé (physiothérapie, ergothérapie, etc.). Il faut noter un passage de la maladie à la santé publique, à l'hygiène et à la santé communautaire, d'un mouvement de charité à un élément de droit à la dignité, de la lutte pour la survie à un élément de qualité de vie, d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective. La commission CASTONGUAY-NEPVEU de 1966 à 1970 laïcise la santé et introduit la notion de centralisation et de régionalisation avec des conseils régionaux de santé et de services sociaux. Le Québec a ensuite mis en place des centres locaux de services communautaires (CLSC). L'office des professions du Québec est créé. Le budget global est introduit dans les hôpitaux. La Commission ROCHON constata que les dépenses de santé augmentaient, que les acteurs, plus nombreux, n'interagissaient pas et que la population vieillissait. Le Québec a amorcé un virage ambulatoire. De la Commission ROCHON a découlé une nouvelle structure du réseau de santé, une politique santé/bien-être toujours en vigueur et la régionalisation. Enfin, une commission observa en 2000 que les régies régionales n'allaient pas assez loin dans leur pouvoir d'affectation des ressources et dans la prise de décision. La Commission CLAIR s'est montrée très pragmatique. Après sept mois d'études, elle a opté pour une approche managériale. Elle proposait de réviser la politique santé/bien-être, d'instaurer des services de première ligne accessibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept et de renforcer la première ligne par des groupes de médecine familiale. Elle proposait également que les CLSC coordonnent tous les autres acteurs et la mise en place de réseaux intégrés de services. Elle préconisait un seul Conseil d'administration pour trois catégories d'établissement de mission :

le centre hospitalier, le CLSC et les centres d'hébergement. Enfin, elle recommandait que les services soient hiérarchisés, des services primaires aux services spécialisés.

Le résultat a été un changement de la gouvernance. Dans les régies régionales, les directeurs généraux ont été remplacés par des présidents directeurs généraux, ne relevant plus du Conseil d'administration mais directement du ministre de la Santé. Un pouvoir accru de surveillance et d'enquête a été attribué à la régie régionale. Un plan stratégique triennal est devenu obligatoire ainsi que des ententes de gestion signées entre le ministère de la Santé et chacune des agences régionales. Les agences ont reçu pour mandat la création du modèle régional de territoire. Le Québec a été divisé en 95 territoires et 16 régions. Montréal compte 12 territoires en raison de sa densité de population. Ces territoires sont devenus des réseaux locaux de services. Chaque territoire comprend une nouvelle instance : le centre de santé et de services sociaux, né de la fusion entre hôpital, CLSC et centre d'hébergement.

Les projets de loi 90 et 50 ont eu un impact important en révisant le Code des professions faisant en sorte qu'il n'existe plus d'actes exclusifs pour chaque profession mais plutôt des activités réservées à certaines professions. Les objectifs communs (accessibilité, continuité, qualité) n'ont pas été modifiés, contrairement à leur contenu. La Commission de 1966 n'évoquait pas la chirurgie de la hanche ou de la cataracte. Des nouveaux défis d'accessibilité apparaissent au fur et à mesure que la technologie progresse.

Le cadre général du système de santé actuel du Québec relève d'une juridiction provinciale. Par ailleurs, le financement est largement public. La loi canadienne comporte 5 volets :

- une gestion publique ;
- un programme intégral, universel et transférable d'une province à l'autre ;
- des normes d'accessibilité.

La responsabilité de l'établissement de santé est d'organiser les services et le financement, de fournir une prestation de service et d'observer les lois professionnelles. Le système est donc public avec une intégration santé/social à tous les niveaux. La santé est le premier employeur du Québec. 44,5 % du budget total du pays sont alloués à la santé. Les coûts vont en augmentant. Un grand principe d'équité entre les régions est en vigueur concernant les ressources humaines et financières. Le financement est global mais tout nouveau budget fait l'objet d'une analyse par programme. Il est prévu d'améliorer la notion d'équité dans un délai de sept ans. Le réseau est composé du ministère, des agences et des centres de santé et services sociaux. Les centres universitaires fonctionnent par contrat de service.

Les programmes du ministère comprennent la dépendance, la santé publique, la santé mentale, la déficience intellectuelle et physique et les jeunes en difficulté. Il existe trois paliers de régulation : national, régional et local, ainsi qu'un réseau universitaire intégré de services. Le ministère exerce des fonctions centrales et stratégiques et répartit équitablement les ressources. Il est chargé de l'enseignement de la recherche, et de l'évaluation.

Les agences de santé et de services sociaux sont chargées :

- de la planification stratégique pluriannuelle,
- de l'allocation des ressources aux établissements,
- des services ambulanciers,

- de la santé publique,
- du soutien aux groupes communautaires,
- de la coordination des établissements régionaux,
- du soutien au développement des réseaux locaux,
- de la coordination des activités médicales particulières,
- de la certification des résidences pour les personnes âgées,
- de la protection des usagers,
- de la sécurité,
- de l'inspection et de la surveillance,
- et de l'évaluation des résultats.

Les agences jouent un rôle très important. La santé publique est traitée à tous les niveaux. Le programme national de la politique santé/bien-être se décline dans les régions en fonction des spécificités de chaque région. Toutes les régions se réfèrent à la politique nationale mais tiennent compte des particularités de la région. L'année prochaine sera introduite la notion de priorité locale et de priorité régionale. Les enjeux sont similaires à ceux de la France : faire face au vieillissement de la population. Le principal axe de développement est la prévention.

Les transformations en cours relèvent davantage d'un changement de culture que d'un changement de structures. Nous sommes passés de la maladie au bien-être, de la clientèle aux responsabilités populationnelles, de l'objectif de guérir à celui de soigner, de la réponse aux demandes à la connaissance des besoins, d'établissements à des réseaux, de la compétition à la collaboration, d'une production interne à un partenariat et de la multidisciplinarité à l'interdisciplinarité.

Le rôle du centre de santé consiste à fournir une vision claire des besoins, une offre de services complète et des modes d'organisation adaptés. Le moyen actuellement utilisé est le projet clinique. Tous les acteurs réalisent le portrait de leur population, mobilisent les partenaires, établissent des priorités, identifient les actions efficaces, organisent les services, s'engagent par des ententes, identifient les critères d'évaluation et évaluent leurs actions. Il s'agit d'une vaste gestion de projets à l'échelle du Québec. Les rencontres de terrain ont été nombreuses afin de démystifier la nouvelle loi, qui a été rapidement implantée. Une période de transition est nécessaire pour respecter le rythme de chacun des acteurs. Les réseaux locaux font l'objet d'évaluations. Un rapport sera prochainement publié. Le premier bilan est positif.

Des seuils et des cibles ont été introduits pour garantir un minimum de services à l'échelle du Québec, tout en laissant une place aux priorités régionales ou locales.

Les défis à relever seront :

- l'exercice de cette responsabilité avec tous les acteurs puisque certains rôles méritent encore d'être clarifiés ;
- construire l'organisation ;
- faire évoluer les mentalités ;
- développer les réseaux ;

- continuer de maintenir l'équilibre santé/social préventif et curatif ;
- mobiliser les acteurs et les reconnaître ;
- pérenniser la participation de la population.

Deux autres rapports ont été publiés sur la pérennité du financement. Mais la solution miracle n'a pas encore été trouvée.

Les pistes de discussion autour de la régionalisation abordent les niveaux d'autonomie, les leviers financiers, les types d'imputabilité, l'équilibre entre l'autonomie et l'harmonisation, la place des communautés urbaines, la notion d'équité, la mobilité de la population, la dimension optimale d'un territoire et le défi de faire évoluer l'offre de soins. La régionalisation vise une meilleure gouvernance et la mesure de la qualité et des résultats.

Il faut souligner certains paradoxes :

- changer tout en assurant la continuité ;
- agir rapidement mais se donner du temps ;
- fixer des objectifs à la mesure de ses moyens et se donner les moyens de ses objectifs ;
- avoir droit à l'erreur dans le changement mais imposer une tolérance zéro dans ce qui est évitable ;
- être rigoureux sans être rigide ;
- se référer aux meilleures pratiques et innover.

Nous devons nous rappeler que les échecs d'aujourd'hui préparent les succès de demain. Les échanges internationaux sont fort utiles pour se connaître et partager. Le défi est exigeant mais stimulant.

Gérard VINCENT

Votre exposé donne l'impression que le système de santé québécois est idyllique. Votre exposé enrichira très probablement le débat de demain sur les agences régionales de santé car vous nous avez présenté une certaine forme d'ARS.

Débat

De la salle

Comment les médecins sont-ils responsabilisés, notamment en termes financiers ?

Mark GOLDMAN

Les médecins sont responsables devant leurs supérieurs hiérarchiques s'agissant des responsabilités managériales. Les performances professionnelles des médecins sont appréciées par le directeur médical. Il existe donc deux lignes de responsabilité séparées.

Gyslaine SAMSON SAULNIER

Au Québec, l'implication des médecins est un défi. Nous avons envisagé de permettre aux médecins omnipraticiens et spécialistes de participer activement à l'échelle régionale à l'organisation des services. A l'intérieur des établissements, nous avons constitué des conseils de médecins, dentistes et pharmaciens. Les conditions de travail ont été améliorées pour les médecins s'orientant vers une médecine de famille. Nous avons encore beaucoup d'efforts à faire.

Philippe PERRET, enseignant à l'EHESP

Quels ont été les axes de découpages territoriaux au Québec pour former les 95 territoires ?

Gyslaine SAMSON SAULNIER

La densité de population dans un territoire est le principe clé. Un territoire de Montréal que je gérais comptait 80 000 personnes. Après la fusion de trois territoires, la population s'élevait à 200 000 personnes. En Gaspésie, les distances sont telles qu'il faudrait regrouper trois régions pour constituer un territoire de 200 000 personnes. Dans d'autres cas, la réalité naturelle de la région s'impose et la dynamique régionale est respectée.

Pierre-Paul LACHAPELLE

Les agences régionales déterminent le nombre de territoires dans la région. Le ministère reçoit les propositions des agences.

De la salle

Pourquoi un patient britannique choisit-il une *foundation trust* plutôt qu'un autre système de santé ?

Mark GOLDMAN

Le choix du patient est un élément crucial pour tenter de transformer le NHS. Le choix appartient au patient, qui cherche des conseils auprès de son médecin de première ligne. Ils font ensemble le choix de la *foundation trust* où le patient sera le mieux traité. Cela peut être l'équivalent d'un CHU à Londres, un hôpital local reconnu pour ses soins ou un hôpital de proximité. Le choix étant ouvert, il est parfois imprévisible et fait en fonction des critères que le patient estime importants. Nous apprenons que les critères du patient peuvent être la qualité des repas servis, le coût du parking, l'environnement dans lequel il est soigné et pas nécessairement les critères des médecins et des managers. Enfin, les patients peuvent choisir toute sorte d'hôpital : privé, public ou une *foundation trust*.

Gérard VINCENT

La proximité demeure un critère déterminant. Une *foundation trust* peut-elle abandonner des missions de service public telles que l'éducation ou les urgences ?

Mark GOLDMAN

Cela fait partie du processus de création d'une *foundation trust* d'établir une offre de services. Une fois cette offre déterminée, la *foundation trust* ne peut pas garantir une offre de services

inférieure. Elle peut toutefois élargir son offre. Elle ne peut pas offrir des services qui ne sont pas rentables. Certains services en subventionnent d'autres.

Gérard VINCENT

La Commission LARCHER étudie actuellement la possibilité d'imposer aux cliniques privées des missions de service public, notamment en terme de permanence.

Le territoire est-il l'avenir des établissements de santé ?

En préambule, les élèves directeurs d'hôpital de la promotion 2007-2009 jouent un sketch.

Emmanuel VIGNERON

Géographe de la santé, Professeur à l'Université de Montpellier

La question posée dans le titre est difficile à traiter. Il existe deux façons d'y répondre. Nous pourrions développer une réflexion académique et dialectique. La deuxième méthode, plus austère, se fonde sur l'examen des faits. Elle vise à donner des éléments de réponse concernant les conditions dans lesquelles les territoires de santé, instaurés par l'ordonnance de septembre 2003, peuvent constituer l'avenir des établissements de santé et les dangers qu'ils représentent. Je traiterai le sujet de cette manière.

La première condition est de reconnaître parmi tous les territoires de santé en France un objet commun au titre de la continuité républicaine et de la solidarité nationale.

J'observe que le nombre des territoires de santé est bien incertain. En effet, il n'existe pas de définition officielle à l'échelon national. Les découpages réalisés par les agences régionales d'hospitalisation n'ont pas été publiés de manière conforme au recueil des actes administratifs des préfetures de région. J'ai établi une carte de France des territoires de santé qui comporte 276 territoires de santé. Ce chiffre n'a toutefois rien d'officiel. Le travail des ARH n'a été guidé que par la circulaire du 5 mars 2004, qui recommandait de définir des niveaux de territoire. 7 des 22 agences situées en France métropolitaine ont laissé subsister les découpages antérieurs alors que l'esprit de l'ordonnance de 2003 imposait que les territoires de santé ne soient pas simplement reconduits. L'intérêt porté à ce nouvel objet a été très inégal. Le contenu et la nature des territoires de santé doivent être définis précisément par voie réglementaire ou législative.

Les découpages des territoires de santé sont aujourd'hui très hétérogènes car les territoires ont été instaurés pour remplacer les secteurs sanitaires et coller davantage aux réalités locales. L'hétérogénéité des territoires n'est pas gênante. La France est un pays très inégalement dynamique d'un point de vue économique et démographique. 40 territoires regroupent moins de 50 000 habitants tandis que certains territoires en comptent plus d'un million. La superficie et la densité de population des territoires sont également inégales. 10 territoires couvrent moins de 100 km² contre 23 autres couvrant plus de 5 000 km². 71 territoires de santé ont connu une croissance démographique négative au cours de la décennie 2000 tandis que 20 territoires ont connu une croissance de leur population de plus de 10 %.

La France connaît une très grande diversité des conditions s'agissant de l'évolution de l'offre en relation avec les restructurations. Ces dix dernières années, la densité de lits s'est réduite. Elle a conduit à une convergence des situations régionales. D'importantes inégalités infrarégionales de densité de lits se sont toutefois maintenues. La diversité des situations doit conduire à des restructurations mais également à apporter clairement un soutien sélectif à certains établissements au titre de la solidarité et de la continuité territoriale.

Pour conclure, un toilettage des territoires s'avère d'ores et déjà nécessaire. Pour autant, cela ne suffira pas à faire des territoires l'avenir des établissements de santé. Ils pourront l'être s'ils sont correctement dessinés et s'ils ne sont pas une simple reconduction de l'existant. Ils

doivent permettre de répondre aux besoins des populations. Les territoires sont l'échelon désigné du partenariat et de la concertation entre établissements de santé. Ils ne constitueront pas l'avenir des établissements de santé si la T2A engendre une concurrence exacerbée entre établissements et que les MIGAC ne sont pas suffisamment appréciées. Les territoires doivent être des lieux de vie cohérents et d'ouverture naturelle vers le médico-social.

Les territoires de santé sont une condition nécessaire mais non suffisante de l'avenir des établissements de santé. Ils peuvent être le berceau de l'avenir des territoires de santé. Ils sont en tout cas l'occasion d'une réflexion approfondie sur la nature et les objectifs du service public de santé.

L'établissement de territoire, « new deal » de l'hôpital public?

Benoît PERICARD
Directeur général du CHU de Nancy

L'établissement de territoire est pour moi un sujet d'action et de militantisme. Un état des lieux s'impose sur les tentatives d'émergence d'un établissement hors communal. Je ferai référence à l'ouvrage « *Santé et territoires, une nouvelle donne* » écrit sous la direction d'Emmanuel VIGNERON.

Les maires attachent une grande importance à leur hôpital. Le rattachement de l'hôpital à la commune permettait à l'origine d'asseoir la légitimité républicaine de l'hôpital public. Il est remis en question à partir des années 1970 avec la construction hors les murs de grands bâtiments. La psychiatrie demeure une exception car elle est confiée principalement aux départements. Il existait alors une inadéquation entre le périmètre administratif et la mission de l'hôpital public. Les trois niveaux (proximité, recours et référence) sont aujourd'hui une évidence. Les prises en charge par les professionnels de santé dépassent les limites de la commune. La mobilité des patients est un point extrêmement important.

Le secteur privé s'est emparé des territoires par le biais des groupes locaux ou régionaux et de quelques groupes nationaux.

L'intercommunalité existe depuis l'ordonnance de 1996 avec l'intégration dans les conseils d'administration de conseillers municipaux des communes voisines de la commune de rattachement. Cette évolution est toutefois limitée. Les fusions réussies doivent leur succès à leur pragmatisme et à l'élaboration d'un calendrier de réalisations. Une approche seulement administrative ou juridique est insuffisante.

Une première tentative d'établissement de territoire était le rattachement spécialisé en fonction de la nature de l'établissement : la commune pour l'établissement de proximité ; le département pour l'établissement de secteur ou de recours ; la région pour un CHU. Cette proposition ne peut cependant pas être généralisée à tout le territoire français. Une deuxième tentative était l'établissement de secteur, qui ne s'est pas réalisé.

L'établissement de territoire ne doit pas être défini par décret ou circulaire. Il doit être un projet managérial et non une norme. Les établissements n'auront ni les mêmes périmètres ni les mêmes missions selon les territoires. La bonne démarche passe par une bonne gouvernance du projet. Les établissements de territoire doivent être inscrits dans les SROS. Les rôles respectifs de l'autorité de régulation et des acteurs des établissements doivent être clairement définis.

Nous avons une chance historique de pouvoir créer l'établissement de territoire. Les pôles replacent les différents acteurs dans une posture comparable et les mettent en situation de dialoguer. La gouvernance de la stratégie doit être densifiée et doit reposer sur des équipes restreintes et compétentes. Les CHU sont particulièrement concernés par l'évolution vers l'établissement de territoire. Ils sont aujourd'hui écartelés entre des missions de proximité, de recours et de référence. Une AP régionale pourrait être une solution pertinente. Plus

vraisemblablement, des partenaires privés doivent être inclus. Un maillage universitaire d'une région confèrerait des caractères universitaires à certains services.

Nous avons la possibilité de nous emparer de cet objet qu'est l'établissement de territoire et qui est la condition de la pérennité de certaines de nos activités. Le métier de directeur d'hôpital trouvera une dimension davantage intéressante dans l'établissement de territoire. Le contenu des missions et l'intérêt des projets y gagneront certainement.

Gérard VINCENT

L'autonomie est moins importante que la territorialisation. L'hôpital est un établissement public largement autonome. L'avenir du service public est entre les mains des directeurs d'hôpital. La tutelle et les ARH ont certes un rôle à jouer mais les directeurs d'hôpitaux doivent être les moteurs d'une stratégie de groupe. Des cliniques privées se sont regroupées et sont devenues des groupes puissants tandis que le service public hospitalier se trouve désorganisé. Le métier de directeur d'hôpital sera demain aussi intéressant qu'aujourd'hui, voire davantage et les carrières seront différentes.

Conclusion

Annie PODEUR
Directrice de la DHOS

La fin de l'année 2007 a été marquée par le lancement de plusieurs réflexions sur la réforme des politiques de santé, au cœur desquelles se sont trouvés le territoire et l'autonomie des acteurs : la Commission LARCHER sur les missions de l'hôpital ; les Etats généraux sur l'organisation de la santé, autour de la structuration de l'offre de soins de premier recours en France ; les missions conduites par Philippe RITTER et Yves BUR sur les agences régionales de santé. A cet égard, les ARS ne doivent pas être considérées comme un simple outil mais être au service d'une politique globale territorialisée pour une population donnée.

Toutes les réflexions et contributions convergent vers le projet de loi de modernisation de l'accès aux soins. Ce projet sera, pour certains, stimulant, pour d'autres il sera une source d'inquiétudes et de malentendus entre les directeurs et le corps médical. Le devoir de l'administration générale est d'entendre les inquiétudes. Nous devons prendre une part active dans la synthèse des travaux pour en dégager une cohérence. Nous ne devons pas perdre de vue la responsabilisation des acteurs, qui renvoie à l'autonomie, et l'incitation à se mettre collectivement au service d'une population au sein d'un territoire de santé.

Ces chantiers poursuivent l'objectif de performance fixé par le ministre de la Santé, c'est-à-dire la qualité et l'efficacité. Notre système de santé doit être mieux gradué, avec une offre de soins mieux répartie sur le territoire national en fonction des besoins de santé. Il doit être centré sur le parcours du patient et doit permettre de dépasser les cloisonnements institutionnels et sectoriels entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. Il doit donner une part accrue à l'éducation à la santé et à la prévention. Il doit délivrer des soins de qualité au meilleur coût car l'accumulation des déficits fait peser une véritable menace sur notre système de santé.

L'autonomie et la territorialisation sont deux notions complémentaires qui demandent à être articulées. Les offreurs de soins ne peuvent plus raisonner de manière isolée. L'amélioration du système de soins et la réponse au vieillissement de la population et la chronicisation des maladies supposent d'organiser le parcours du patient. Le maintien d'un système de santé solidaire passe par une allocation de ressources qui privilégie les organisations performantes.

Concernant l'offre de soins de premier recours, nous nous orientons vers des SROS ambulatoires, la valorisation de l'exercice regroupé et une meilleure répartition des compétences entre les professionnels de santé. L'idée d'organiser une structuration des soins ambulatoires à l'échelle de chaque territoire de santé a d'emblée suscité un consensus.

L'autonomie peut être un atout pour le développement territorial. Les acteurs doivent être responsabilisés grâce à des mécanismes incitatifs et des garde-fous. Les GCS de territoire sont une coopération fortement encouragée mais non imposée. L'autonomie peut être un frein si elle signifie isolement, hégémonie, course à la production et irresponsabilité. Les parades possibles sont un véritable fonctionnement des conférences de territoire et une coopération volontariste au travers des GCS sans se priver d'un partenariat public/privé. La régulation régionale reste le meilleur outil d'optimisation du système de santé à l'échelon territorial. L'unification de la régulation est un atout pour la structuration de l'offre de soins et la

responsabilisation des acteurs. La régulation vise l'organisation des soins mais également la gestion du risque. Elle devra promouvoir une contractualisation généralisée avec les offreurs de soins. L'ARS devra détenir ses leviers financiers et ceux de l'organisation des soins avec une exigence de transparence et en fournissant un reporting régulier. Elle devra organiser la fongibilité entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social avec pour seul souci la qualité et l'efficacité.

En conclusion, le service de la population, la priorité donnée au patient, le développement de la prévention dans notre système de santé militent pour des approches territoriales et communautaires et plaident pour un renoncement aux cloisonnements institutionnels et aux corporatismes professionnels. La pérennité de notre système de santé solidaire et sa performance exigent un sens des responsabilités qui est l'apanage et la justification de l'autonomie. Les directeurs d'hôpital sont capables de relever ce défi. Le corps des directeurs d'hôpital doit s'ouvrir le plus possible et promouvoir la mixité culturelle.

Pierre Yves GILET, directeur du Centre Hospitalier d'Ariège Couserans

Vos services recensent-ils les actions innovantes de certains directeurs dans le sens d'une démarche nouvelle et nécessaire pour les hôpitaux ?

Annie PODEUR

Les expériences innovantes en matière de gouvernance peuvent être remontées sur le site www.creer-hopitaux.fr. Il ne concerne pas à ce jour les pratiques organisationnelles territoriales mais un espace pourra y être consacré.

Bruno FAUCONNIER, directeur du centre hospitalier du Haut-Anjou

La médecine de ville et l'hôpital doivent être fondus. Nous mettons actuellement en place un projet de ce type. Les modes de rémunération seront différents. S'agissant de la prévention, un contrat d'accompagnement en santé sera proposé aux habitants. Le système sera intégré à l'hôpital. Nous avons fédéré quatre bassins de vie et nous élaborons actuellement un tableau de bord des dépenses. Le cadre que vous avez exposé nous permettra de réaliser ce projet dans de bonnes conditions.

Laurent DONADILLE

Je crains que les GSC de territoire ne suffisent pas. Des acteurs internes, notamment les conseils d'administration, ne sont pas prêts à jouer le jeu de la coopération.

Annie PODEUR

Un établissement de territoire nécessite soit une fusion, soit une direction commune entre différents établissements, soit un GCS. Il n'est pas une catégorie juridique particulière.

Jean-Luc CHASSANIOL

Nous proposons qu'il existe un seul établissement public de territoire par territoire de santé avec un seul conseil d'administration et une seule CME. Nous suggérons une période transitoire de 18 à 24 mois.

Annie PODEUR

La forme juridique de votre modèle est une fusion. Dans certains territoires la fusion sera possible immédiatement. Dans d'autres, des reconversions seront indispensables, notamment la possibilité de mutualiser la gestion des ressources humaines dans un GCS. Nous devons créer une bourse aux emplois territoriale. La fusion sera impossible dans les territoires comprenant un CHU.

Frédéric BOIRON

Le pragmatisme est primordial. Les outils de coopération existent et sont entre les mains des hospitaliers depuis longtemps. Nous affichons un objectif clair de coopération. Des GCS seront nécessaires dans certains territoires pour une durée donnée. L'objectif peut être poursuivi grâce à une direction commune ou une fusion. L'incitation à la coopération doit être forte. Les acteurs ne doivent pas être prisonniers de la réglementation.

Annie PODEUR

Je m'efforce de réduire le nombre des circulaires.

Jean-Luc CHASSANIOL

Une des réussites du projet d'établissement est l'absence de décret d'application. Chaque hôpital a ainsi pu faire vivre son propre projet.

Session III

Catherine DARDE,
Présidente de séance, conseillère générale des établissements de Santé

Mesdames, Messieurs, bonjour.

Il ne se passe un jour sans qu'un article soit consacré aux ARS. Il s'agit donc d'un vrai sujet d'actualité. Il faut dire que la relation ville/hôpital est au cœur des agences régionales de santé. J'invite dès à présent les organisateurs de nos journées à se présenter.

Maryse LEPEE

En retraite depuis le 1^{er} octobre, je continue de m'occuper activement des ARS, tout en présidant l'Association des Cités du Secours Catholique consacrée à l'hébergement des Sans-abris et au logement social.

François GALARD

Je suis directeur régional des affaires sanitaires et sociales pour le temps qu'il reste au DRAS à vivre.

Christian ESPAGNO

Je suis neurochirurgien dans une clinique privée de la banlieue toulousaine, et vice-président de la CSMF, la confédération des syndicats médicaux français, qui regroupe à part égale des syndicats de médecins généralistes et des syndicats de médecins spécialistes. Nous avons à peu près 13 000 adhérents, répartis à part égale. La CSMF est une vieille maison. Nous fêterons nos 80 ans en décembre. Elle a été créée par des médecins libéraux en réaction aux premières mises en place des assurances sociales et aux premiers remboursements des actes médicaux.

Catherine DARDE

Je suis conseillère générale des établissements de Santé, chargée de la coordination des conseillers généraux à la DHOS. J'ai exercé par le passé des fonctions aux services déconcentrés du ministère. Avant d'être conseillère générale, j'étais directrice de l'ARH Languedoc-Roussillon.

Nouveaux enjeux : les Agences Régionales de Santé

Maryse LEPEE

Rappelez-vous l'an passé à pareille époque, l'ARS figurait dans tous les programmes électoraux, qu'ils soient de droite, de gauche ou du centre. En revanche, chaque candidat s'était bien gardé de nous dire ce qu'étaient le contenu et les objectifs des ARS. La mission de Philippe Ritter lorsqu'il a été nommé par Madame Bachelot, en juillet dernier, a donc été de définir, après concertation avec l'ensemble des partenaires, les objectifs, le contenu, le périmètre et les outils des ARS. L'ensemble du rapport a été clôturé à la fin du mois de décembre. Il a fait l'objet d'une présentation devant le comité national de la réforme des politiques publiques le 15 janvier. Il nous appartient à présent de le mettre en œuvre. Nous attendons la nomination d'un chef de projet de projet national, vraisemblablement au Conseil des ministres de mercredi prochain. Il nous faut désormais constituer les textes, mettre en place les groupes de travail technique, préparer la loi en relation avec l'ensemble des travaux sur l'hôpital et faire en sorte que tout ceci soit opérationnel en 2009, comme le ministre s'y est engagé.

J'ai rejoints Philippe Ritter au cours du mois d'août. Après avoir occupé des fonctions de DASS et de DRASS, j'ai déjà été son adjointe à la RH l'ARH d'Ile-de-France. La mission Ritter était constituée d'un conseiller technique auprès de la ministre, de moi-même, d'un MIGAS et de Philippe Ritter. Nous avons commencé à travailler à la mi-août, et nous avons déposé notre rapport fin décembre.

I. Constats

Nous pouvons dresser trois types de constats.

1. Des dépenses de santé importantes et des résultats de santé qui ne sont pas toujours là

Pour commencer, les dépenses de santé augmentent très vite : 11 % de notre PIB consacré aux dépenses de santé, des difficultés réelles en matière de déficit dans le domaine de l'assurance maladie. Et pourtant, nos résultats ne sont pas à la hauteur de cet engagement financier. Nous constatons des inégalités de santé entre le Nord et le Sud. J'ai travaillé à la Drass de Picardie. J'ai donc pu mesurer à quel point cette région souffrait de réels problèmes de santé publique. De plus, au sein d'une région comme l'Ile-de-France, les indicateurs de santé ne sont pas comparés entre l'Est et l'Ouest, entre le 93 et le 92 par exemple, pas plus qu'entre les cadres et les ouvriers.

Autre constat : la permanence des soins ne fonctionne pas bien, la mortalité évitable en-dessous de 65 ans est très élevée. Enfin, nous constatons de plus en plus des difficultés d'accès aux soins. Les missions régionales de santé ont estimé à près de 360 les zones déficitaires.

2. Un cloisonnement

Le cloisonnement intervient entre la prévention et le soin, entre le soin et le médico-social, d'une façon générale entre le sanitaire et le médico-social, et entre la ville et l'hôpital. Au niveau régional, nous vivons tous une autre source de cloisonnement entre l'Etat et l'assurance-maladie, les missions régionales, les DRASS, les CRAM, les URCAM. Même

moi, à la fin de mon mandat à l'ARH, il m'arrivait de me demander qui était responsable de la maîtrise médicalisée dans les hôpitaux.

3. Un pilotage non-unifié

La loi d'août 2004 a jeté de la perturbation, de l'ambiguïté dans notre paysage de santé. Cette loi, confiant à l'assurance maladie la régulation des dépenses dans le domaine de l'ambulatoire et de l'hôpital, a créé une véritable ambiguïté. L'articulation difficile entre le national et le régional est à l'origine de nombreux dysfonctionnements.

II. Objectifs de la réforme

Lorsque nous avons été conduits à rencontrer les fédérations et les différents professionnels de santé, nous avons fait le constat unanime que le statu quo ne pouvait plus perdurer, d'où la nécessité de la réforme. Celle-ci doit répondre à deux objectifs essentiels.

1. Améliorer l'efficacité des politiques de santé

L'amélioration des politiques de santé doit permettre de mieux répondre aux besoins de la population. Pour cela, il faut renforcer la prévention, puisque notre système de soin à cet égard n'est pas à la hauteur de nos ambitions. Il faut également renforcer la territorialisation. Nos rapports ne cessent en effet d'insister sur la notion de projets territoriaux de santé. Il faut également mieux organiser la permanence des soins et améliorer la fluidité du parcours de soin des patients. Ceux-ci se plaignent en permanence de l'absence de fluidité entre le sanitaire et le médico-social.

2. Améliorer l'efficacité économique du système de santé

Ces deux objectifs doivent être confiés au même pilote. Il ne peut pas y avoir dissociation entre l'organisation des soins et l'efficacité économique du système. Il faut recomposer l'offre de soin hospitalière au profit du médico-social car les problématiques démographiques de demain reposent sur une meilleure prise en charge des personnes âgées. Enfin, il faut mieux structurer l'offre de soin primaire.

3. Quatre idées majeures pour les ARS

- **Lier l'organisation des soins et la régulation des dépenses**

L'organisation des soins et la régulation des dépenses doivent être indissociables et être dans la main d'un même pilote.

- **La qualité des outils de l'ARS**

Arrêtons de dire que les URCAM n'ont pas été à la hauteur des moyens. Si demain on ne donne pas aux ARS les outils nécessaires de la maîtrise médicalisée et de l'organisation des soins, nous en serons alors aux mêmes constats. Les ARS n'auront des résultats que lorsque les outils seront là.

- **Une qualité de gouvernance exceptionnelle**

La bonne gouvernance des ARS est tout à fait essentielle.

- **Le renforcement de la démocratie sanitaire**

Ce renforcement renvoie au rôle des usagers et de tout ce que la loi d'août 2004 sur la santé publique a fortement valorisé dans le cadre des conférences régionales de santé.

La proposition de la mission Ritter est de faire entrer la santé publique, la sécurité sanitaire, l'offre de soin ambulatoire, l'offre de soins hospitaliers et le médico-social dans le champ de l'ARS. Nous devons donc réunir les soins ambulatoires et les soins hospitaliers au sein de l'ARS pour améliorer le parcours de soin du patient. Nous devons également encourager l'inclusion du secteur médico-social pour favoriser les restructurations hospitalières en faveur de ce secteur, grâce à la fongibilité asymétrique du secteur en question. De même, l'ARS devra inclure la santé publique, au titre de la politique régionale de santé et au titre de la sécurité sanitaire. Il faudra abonder les crédits en matière de politique de santé publique et de prévention, pour favoriser là aussi une fongibilité asymétrique en faveur de la politique régionale de santé publique. Il n'est pas question pour autant d'enlever au préfet de région la conduite de la gestion des crises de sécurité sanitaire. Il s'agit en revanche de réunir au sein de l'ARS l'ensemble des acteurs intervenants en matière de veille. Dans ce cadre, nous devons certainement revoir les objectifs quantifiés de l'offre de soin, qui ne sont pas pertinents. Enfin, nous devons créer des systèmes d'information performants.

4. Gouvernance

La bonne gouvernance doit reposer sur trois éléments : un exécutif fort et responsable à part entière ; un conseil d'orientation et de suivi, une instance de démocratie sanitaire. A cet égard, le chef de projet national devra être chargé de préparer la réforme et de continuer la concertation.

François GALARD **Directeur de la DRASS de Bretagne**

Le mécanisme en cours d'élaboration repose sur une intégration régionale forte. Il existe cependant un risque de confusion entre le contenu et le contenant, à savoir l'organisation de l'ARS et ses missions. Or, sans réelle régulation du système de santé, nous ne pourrions rien changer à l'incapacité de régler la question de la permanence des soins. Sans mécanisme de régulation qui confie à l'autorité unique tous les leviers d'action, nous resterons confrontés au problème de la permanence des soins.

Aujourd'hui, le budget du GRSP dans la région est de 9 millions d'euros. Or l'ensemble du budget de l'ARS atteindra 7,5 milliards d'euros. Cela ne nous dispensera pas de trouver de nouveaux mécanismes pour renforcer la santé publique et la place que l'usager y occupera.

A cet égard, je souhaite émettre 6 vœux, comme autant de pistes d'action :

- agir vite pour éviter de créer de l'impatience et de l'immobilisme ;
- faire simple *a contrario* de la loi de Santé Publique qui occupait 110 pages au journal officiel et qui fixait 100 objectifs ;
- être ambitieux pour nous donner les moyens de mener une vraie politique de santé publique et régler le lien entre la santé et le social ;
- adopter une politique lisible ;
- agir avec tous les acteurs.

Dr Christian ESPAGNO
Vice Président de la CSMF, Neurochirurgien

Nous partageons tous le même désir de décloisonnement. Par l'heure, nous devons bien faire un constat d'échec, ce qui prouve que le challenge n'est pas aussi facile. Si l'hôpital est essentiellement piloté par l'Etat, celui de la médecine de ville est également national pour une large part, même s'il est de nature différente. Il résulte en effet d'un partenariat entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs. A cet égard, la situation des établissements de soins privés est tout à fait représentative, car elle témoigne d'une dichotomie au sein même de la structure. Il n'est donc pas toujours aisé d'harmoniser ce double pilotage.

Il importe en outre d'harmoniser la permanence des soins de ville et la permanence des soins hospitaliers. Seuls 10 % environ des patients hospitalisés dans les services d'urgence publics ou privés sont hospitalisés. Cela prouve qu'une très large partie de ces patients pourrait être prise en charge par une meilleure permanence de soins de ville.

Je voudrais en outre insister sur l'importance de disposer de systèmes d'information performants, ainsi que sur la nécessité de mieux articuler nos réseaux. Je pense ainsi aux réseaux d'oncologie qui sont probablement ceux qui fonctionnent le mieux dans chaque région. Ils sont devenus indispensables et doivent donc continuer à s'améliorer.

Face au cloisonnement, nous sommes confrontés à une double exigence de la part des patients et de la société. Les patients réclament notamment une continuité des soins, assortie d'une meilleure gestion des risques. A ce titre, les malades nous demandent une obligation non plus de moyens, mais également de résultats. De son côté, la société réclame une meilleure efficacité du système, ce qui signifie maîtriser les dépenses et les inégalités.

Les ARS constituent-elles une réponse pertinente à tous ces problèmes majeurs ? Les rapports de Philippe Ritter et ceux d'Yves Bur apportent quoi qu'il en soit un élément de réponse. Par ailleurs, le syndicaliste que je suis partage l'essentiel des constats qui ont été faits. Nous sommes donc tous mûrs pour mettre en place une structure qui améliorera le système. Pour ma part, je fais toutefois une différence entre la veille et la sécurité sanitaire, la première étant une prérogative régaliennne revenant à l'Etat déconcentré, tandis que la veille sanitaire doit obligatoirement impliquer les professionnels que nous sommes. Les ARS doivent être responsabilisées avec des moyens étoffés. Cependant, pour constituer une réponse performante à tous nos besoins, les ARS doivent à tout prix disposer de systèmes d'information performants, permettant une bonne interopérabilité entre les différents logiciels métiers et entre les médecins. Il faudra également éviter une dérive autocratique et technocratique de ces ARS, à travers une régulation nationale efficace.

En conclusion, il apparaît que les ARS peuvent toutefois représenter un risque majeur si elles deviennent une structure technocratique de plus. Elles n'en constituent pas moins une chance que nous n'avons pas le droit de laisser passer, pour l'hôpital comme pour la médecine de ville, si elles permettent d'opérer un véritablement décloisonnement. Elles doivent également permettre d'assouplir le système actuel, tout en bénéficiant d'indicateurs pertinents et opposables aux différents acteurs.

Débat

Dominique COLAS, directeur d'hôpital à Lamballe

En matière de démocratie sanitaire, la prise en compte des avis exprimés par les conférences régionales, territoriales et des CROSS me paraît pouvoir être améliorée dans le schéma proposé par madame Lepée.

Maryse LEPEE

Il n'est pas question dans la gouvernance des ARS de remettre en cause la conférence régionale de santé. Nous sommes dans une période un peu difficile. Nous avons formulé des propositions et il nous appartient désormais de les travailler et de les mettre en œuvre de façon concertée avec l'ensemble des partenaires. Par ailleurs, je pense que les CROSS ne servent strictement à rien en l'état actuel des choses.

De la salle

Nous sommes face à un problème de transparence. Pourquoi n'y aurait-il pas de représentants des professionnels dans les Comex des cliniques et des hôpitaux ? Est-il prévu d'inclure les professionnels dans les processus prévisionnels ?

Maryse LEPEE

La composition du conseil délibérant reste très ouverte et répond précisément à ce besoin. Il est grand temps, en effet, de recommencer à creuser ce type de proposition parce que cela est totalement nécessaire pour mettre en place les ARS et les rendre opérationnelles au début de l'année 2009.

Catherine DARDE

Comment faire en sorte que ces instances soient représentatives d'une démocratie sanitaire et qu'elles puissent être opérationnelles et ne pas constituer de « grands machins » régionaux ?

Maryse LEPEE

Faire en sorte que la concertation soit réelle au sein de l'ARS pose un vrai problème au regard de l'importance de son périmètre. A cet égard, nous arrivons effectivement aux limites du système. Il faut parvenir à conjuguer les lignes verticales des différentes thématiques de la santé publique avec la nécessité de la cohérence transversale.

Christian ESPAGNO

Nous sommes tous d'accord pour reconnaître qu'il faut améliorer la démocratie sanitaire. Deux approches sont possibles : regrouper au sein de l'ARS l'ensemble des acteurs concernés ; faire de l'ARS un opérateur complété par des structures régionales regroupant l'ensemble des autres acteurs.

Catherine DARDE

Cela est prévu à l'égard de l'Assurance Maladie qui prône une démarche de contractualisation sur la base des grands objectifs de l'ARS.

Christian ESPAGNO

L'organisation de la neurochirurgie en Midi-Pyrénées est basée sur la concertation, avant que le directeur de l'ARH ne prenne une décision. Pourquoi pas essayer de mieux formaliser ce genre de procédure ?

De la salle

La démocratie sanitaire ne se fera pas sans identifier les moyens qui permettront de la faire fonctionner.

Yves MAMIE

Quelle peut être la forme de l'outil territorial ?

Maryse LEPEE

Voilà toute la dynamique qu'il nous appartient de mettre en œuvre. Il existe au niveau régional de grandes orientations dans le cadre d'un outil de programmation qui reste à inventer. L'enjeu de l'ARS est précisément de pouvoir mettre autour d'une table tous les partenaires concernés par un même sujet. Dans ce domaine, tout est à inventer.

Catherine DARDE

Pour créer une dynamique, les territoires de santé doivent être des lieux de proposition, de préconisation, pour l'organisation de la santé publique. A cet égard, les établissements publics ont vraiment leur rôle à jouer dans cette approche territoriale. Or les conférences de territoire sont encore largement insuffisantes.

De la salle

J'ai le sentiment de faire face à une grande hypocrisie, puisqu'on nous présente un système centralisé tout en se targuant de décentralisation.

Maryse LEPEE

Les ARS sont tout sauf de l'hypocrisie. Il s'agit véritablement d'un nouveau schéma de coopération entre l'Etat et l'Assurance maladie, avec un pilotage régional responsabilisé, unifié. C'est un véritable pari vers l'avenir. Osons le changement !

Quels statuts pour les établissements de santé ?

Paul CASTEL

Président de la CNDG-CHU, directeur général des Hospices civils de Lyon

Les établissements publics de Santé et les CHU sont en mauvaise santé financière et nous craignons fort que cela s'aggrave encore. Nous pensons d'ailleurs que le moment est venu de faire des propositions de changement, notamment pour avoir plus de réactions vis-à-vis de la concurrence.

Les 32 CHU occupent une très grande place dans l'hospitalisation publique, que ce soit du point de vue de la masse économique, de l'emploi, de la finance et de l'impact marchand, dans la santé publique, la recherche et l'enseignement.

Il est vrai que la situation ne cesse de se détériorer à mesure que la tarification à l'activité monte en charge. La situation financière des CHU s'effondre depuis 3 ans. 29 sur 32 d'entre eux sont en situation déficitaire, alors qu'ils étaient 7 voilà 3 ans, 15 l'an passé. A la fin de l'année 2007, 350 millions d'euros de déficit ont été constatés. Seul deux CHU dégagent un très faible excédent d'un million d'euros, alors qu'un seul autre était en équilibre.

Cette situation est probablement liée à des difficultés et à une gestion imparfaite. Je crois cependant que ces chiffres et cette évolution doivent susciter autre chose que des critiques vis-à-vis des directeurs chefs d'établissement. Il faut donc s'interroger sur le modèle de financement qui est en train d'être mis en place. Nous sommes favorables à la T2A, même certains de ses aspects doivent vraisemblablement être revus.

A ce titre, nous avons élaborés des propositions avec les présidents de CHU et de CME et les doyens dès 2003 à Nice, lors de nos Assises hospitalo-universitaires. A l'époque, Jean-François Mattei avait retenu celles qui présidaient à l'organisation de la nouvelle gouvernance. Nous les avons réitérées en 2005, lors des Assises hospitalo-universitaires de Strasbourg, ainsi qu'en janvier 2007, à Marseille. Nous considérons donc que le statut d'établissement public à caractère administratif est aujourd'hui inadapté et qu'il faut changer le statut de l'hôpital. Cela nous paraît absolument indispensable. Nous considérons qu'il s'agit de la dernière chance de sauver le service public. Notre mission est effectivement de recevoir tous les patients, 24h/24, sans carte de crédit, et non pas de faire des bénéfiques. Or nous pourrions améliorer considérablement l'efficacité de ce système en modifiant notre statut. Nous constatons en effet que le code des marchés publics induit des surcoûts, des lenteurs, une absence de réactivité qui n'est plus acceptable aujourd'hui.

Les règles statutaires concernant les personnels médicaux et non-médicaux sont sources de garantie, d'attractivité. Elles pénalisent ses salariés dans certains cas et contribuent au dysfonctionnement de l'hôpital. Nous avons fait appel à un professeur de droit, spécialiste des services publics. Il a donc rédigé nos propositions transmises à la commission Larcher.

Nous souhaitons faire évoluer l'organisation vers un schéma classique d'un conseil de surveillance, avec une représentation des élus et des collectivités territoriales, des personnalités qualifiées, des représentants des usagers, des personnalités qualifiées de l'université, du conseil économique et social régional, du conseil de l'ordre, complétée d'une représentation de chacune des deux catégories de personnels médicaux et non-médicaux. Dans ce cadre, le personnel de surveillance doit exercer une mission de contrôle et non de gestion.

Notre deuxième proposition consiste en la mise en place d'un directoire, sur un périmètre restreint. Nous ne sommes pas favorables pour autant à de la codirection, même si le copilotage avec les médecins est indispensable. Nous proposons que le directeur général du CHU soit nommé par décret du Premier Ministre, après avis du Conseil de Surveillance. Le lien avec les collectivités territoriales nous paraît souhaitable.

Nous proposons en outre, sans remettre en cause le statut du personnel médical, de préserver un droit d'option et d'avoir recours à de la contractualisation.

Pr. Didier TRUCHET
Président de l'Association française de droit de la Santé

Le singulier du libellé « Quel statut pour les établissements de Santé ? » me pose problème, comme s'il était évident que le statut des établissements de santé devait rester unique. J'aurais donc préféré l'emploi du pluriel. De même, je me sens embarrassé par le vocable « établissements de Santé », puisqu'il existe également des établissements publics de santé. Pour avoir une réflexion globale sur le ou les statuts des établissements de santé, il faut s'interroger sur la relation du statut de l'établissement public de santé avec le statut des établissements privés de santé.

Il ne faut pas trop attendre d'un statut, qui ne règle rien de lui-même s'il n'est pas au service de choix politiques antérieurs. Un nouveau statut n'apportera pas davantage d'argent, ni plus de fluidité que par le passé. Ce que l'on peut reprocher à l'accumulation législative de ses dernières années est d'avoir cru trop souvent que des modifications statutaires suffiraient à régler des problèmes de gouvernance interne à l'établissement.

Avant d'aborder des problèmes de statuts, trois questions doivent être tranchées :

- Le statut doit-il rester uniforme ?
- A quel niveau doit-il être déterminé ?
- Faut-il rendre ou donner aux établissements publics de santé une autonomie supérieure dans la définition même de leur statut ?

Si le premier choix n'est pas fait, tout nouveau statut se heurtera à des risques d'inadaptation. Par ailleurs, s'il ne faut plus parler de service public, il ne faut surtout pas renoncer à la chose, c'est-à-dire à la solidarité sociale. En revanche, le mot « service public » est devenu un obstacle aux évolutions, il n'a plus de véritable portée juridique et il n'est plus compréhensible.

Il faut se reporter pour cela au protocole n°9 du Traité de Lisbonne sur les services d'intérêt général. Sur ce point, des efforts considérables ont été faits en quelques années pour rendre notre théorie du service public eurocompatible et la théorie communautaire franco-compatible. Sur ce point, je crois que la synthèse est faite. Je crois donc que nous devons bannir de notre vocabulaire une expression bloquante au profit d'une autre expression qui soit libératrice, pour définir ce que doivent être vos missions d'opérateurs publics d'obligation d'intérêt général. Il n'y a pratiquement plus que dans l'éducation nationale et le monde de la santé que perdurent des définitions aussi inextricables de la mission de service public que celle que donne aujourd'hui le code de la santé publique. Si on ne fait pas l'effort de définir précisément les obligations d'intérêt général qui doivent être sauvées, la définition d'un statut sera artificielle.

Sans aucun doute, davantage de souplesse dans la gestion des biens est nécessaire. Le rattachement local ne me paraît pas en revanche essentiel. Faut-il que la solution soit uniforme sur l'ensemble du territoire ? Je n'en suis pas certain. Nous devons faire l'effort de raisonner de plus en plus au cas par cas, pour faire réellement du sur-mesure.

Catherine DARDE
Conseillère générale des établissements de Santé

Je pense effectivement que le statut ne doit pas être un préalable à l'évolution des établissements de santé, mais doit constituer la résultante des missions que l'on veut confier à ses établissements. Aujourd'hui, nous devons essayer de donner à notre hôpital public plus de souplesse pour lui permettre de répondre à toutes ses missions. Un récent rapport fait une analyse des obstacles qui se dressent devant nous. Il s'agit notamment de la rigidité dans la gestion du personnel. Les hôpitaux ont des modes de rémunération totalement dépassés, tout en témoignant d'une difficulté, voire une incapacité à se séparer ou à recruter la compétence médicale adaptée à tel ou tel projet. Le cadre de financement n'est pas suffisamment transparent, et le système global reste déresponsabilisant.

Pour dépasser ces obstacles, nous proposons de renforcer la contractualisation. A ce titre, il faut concevoir le contrat comme une façon de définir ensemble des objectifs, mais aussi des indicateurs de suivi de ces objectifs. Cela consiste à responsabiliser et à autonomiser des établissements publics en fixant avec eux des contrats. Il importe également de faciliter les coopérations entre les différents offreurs de soins sur les territoires. Pour faire évoluer les systèmes de santé, il faut parvenir à enlever certains cloisonnements. Nous pensons à ce titre que le GCS doit être construit à partir des projets de territoires et qu'il doit s'adapter à chacun des territoires. Il importe pour y parvenir de favoriser les synergies entre acteurs privés et publics. Le troisième axe d'amélioration consiste à renforcer le pilotage et l'évaluation des résultats. De façon générale, il faudra donner à l'hôpital une capacité d'adaptation et une souplesse de réaction nouvelle.

Pour mettre l'hôpital en situation de réussir, nous proposons la certification des comptes et la modification du code des marchés. Les hôpitaux doivent notamment être capables de répondre rapidement à des appels d'offre. Enfin, ils doivent impérativement être managés de façon moderne. A cet égard, nous devons nous interroger sur les modalités de recrutement des directeurs de demain. Le statut me paraît donc devoir être la résultante de ces réflexions.

Débat

De la salle

Selon moi, il existe un gouffre entre ce qui existe sur le terrain et la capacité à faire réellement évoluer le système. Le projet médical obligatoire n'a ainsi aucune force obligatoire. De la même façon, les contrats d'objectifs et de moyens sont souvent vides de contenus. Pour ma part, je reste un peu sur ma faim à l'issue de ces deux journées.

Catherine DARDE

Même si je partage votre constat sur les premiers contrats d'objectifs et de moyens, j'en ai pas moins envie de dire que nous devons mettre ensemble tous les acteurs volontaires pour le faire. La politique de contractualisation n'interviendra que si tous les acteurs du territoire ont réellement envie d'avancer ensemble. La réforme des ARS nous demande d'avancer dans ce sens. Je veux donc être optimiste.

De la salle

Les médecins libéraux ne sont pas inquiets de la mise en application de procédures industrielles et commerciales. Monsieur Truchet, pensez-vous que des pistes doivent être suivies dans le domaine du droit coopératif ?

Didier TRUCHET

Je l'ai cru, mais je ne le crois plus. Cela me semble trop tard pour réanimer une telle idée.

De la salle

Quelles sont les différentes positions entre la conférence des CHU et la conférence des hôpitaux ?

Alain TANGUY, directeur de l'hôpital de Saint-Malo

Pour la conférence des directeurs de centres hospitaliers, le changement de statut ne constitue en aucun cas une urgence. Selon nous, le territoire reste la principale problématique.

Un intervenant

Nous souhaitons recruter, délibérer, construire librement et rapidement. Or je ne pense pas que le statut d'établissement public administratif nous permette de le faire. J'en conclus donc que nous sommes face à un problème de statut.

Didier TRUCHET

Encore une fois, je pense qu'il faut agir au cas par cas.

Catherine DARDE

En guise de conclusion, je dirais que ce n'est pas tant le statut que la réglementation actuelle qui empêche aujourd'hui les hôpitaux d'évoluer.

**CONCLUSIONS GÉNÉRALES DES JOURNÉES (ET REMERCIEMENTS) PAR
JEAN-LUC CHASSANIOL, PRÉSIDENT DE L'ADH**

Partenaires ADH des VI^{èmes} Journées de Rennes :

