



---

---

## SPECIAL RÉFORME

---

---

**L**e temps des constats est terminé, le temps des réformes s'annonce.

En effet, depuis ces trois dernières années, de nombreux rapports ont été publiés visant, à analyser les différents maux dont souffre notre système de santé.

Cette effervescence s'est encore accentuée ces derniers mois, avec la mise en chantier de rapports concernant l'hôpital, l'organisation de l'offre des soins, la gouvernance du système, ou encore les inégalités territoriales.

Aujourd'hui, les constats sont faits, les propositions émises, il reste à mettre en cohérence l'ensemble de ces recommandations dans le cadre d'un projet de loi qui portera le nom de « santé, patients et territoires ».

Ce projet de loi sera discuté au Parlement, au cours du mois d'octobre, pour une mise en application des premières décisions dès le début de l'année 2009.

Roselyne Bachelot, ministre de la santé, de la jeunesse et de la vie associative, a déclaré, lors de l'ouverture d'Hôpital Expo, que *les*

*"principes de solidarité, de responsabilité et d'amélioration continue de la qualité détermineront clairement les orientations de cette réforme ».*

Alors, véritable changement de paradigme ou simple « énième » réforme de notre système ?

Les débats à venir nous le diront. L'Institution familiale, aux côtés des associations de malades et de personnes handicapées, participe d'ores et déjà activement aux réflexions qui ont lieu dans ce cadre.

Elle continuera cet effort dans les semaines à venir.

Afin de faciliter la compréhension de ces divers enjeux, nous vous présentons, dans ce Bloc-Notes spécial, un résumé des principaux rapports, dont les propositions devraient constituer le socle du projet de loi, ainsi que certains commentaires de l'Institution.

Nous espérons que ce dossier vous sera utile pour mener à bien vos propres réflexions.

Bonne lecture à tous.

# Réforme dans le domaine de la santé 2008

Rapport  
Ritter



EGOS



Rapport  
Larchet



Rapport  
Flajolet



Projet de loi « santé, patients et territoires »

## États généraux de la santé (EGOS)

### Pourquoi des États généraux de l'offre de soins ?

Deux articles du projet de loi de finances de 2008 (PLFSS) prévoyaient un certain nombre de mesures concernant la répartition des professionnels sur le territoire. Ces dispositions visaient à apporter une réponse au problème de démographie médicale que connaît, aujourd'hui (mais plus encore à l'avenir) notre pays. Ces articles ont suscité un tollé auprès des médecins et notamment des jeunes internes qui ont considéré que ces mesures violaient le principe de la liberté d'installation et que l'on ne pouvait changer les règles du jeu en cours de partie. Les internes se sont alors massivement mis en grève.

Pour sortir de la crise, le gouvernement a choisi de retirer les deux articles incriminés et a annoncé la tenue d'États généraux de la démographie médicale, afin de pouvoir dialoguer sereinement sur l'ensemble de ces sujets. Au cours des semaines, ces États généraux de la démographie médicale se sont transformés en États généraux de l'organisation des soins, puis en États généraux de l'organisation de la santé.

### Quelle organisation ?

Le ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a confié l'organisation de cette opération à Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et au professeur Yvon Berland, auteur de nombreux rapports concernant notamment la démographie médicale et président de l'Observatoire de la démographie médicale.

Ces co-pilotes ont animé une commission composée notamment de médecins libéraux et hospitaliers (Ordre, syndicats, professeurs d'université, chefs de clinique, internes, ...), des représentants des assurés sociaux (syndicats), d'usagers (dont deux représentants du CISS) et de l'Association des maires de France.

Cette commission a auditionné différents acteurs, dont notamment l'UNAF (le 4 janvier 2008), l'UNAFAM et France Alzheimer pour les associations.

La commission a établi, dans un premier temps, une série de propositions, concernant la médecine générale. Ces suggestions ont été soumises à discussion au cours de deux rencontres en province (Rennes le 25 janvier et Chalons-en-Champagne le 1<sup>er</sup> février) et d'une séance de restitution le 4 février 2008 à Paris.

Dans un second temps, la commission a continué de travailler sur l'avenir des autres spécialités de la médecine et des paramédicaux. Ce deuxième round de réflexion s'est terminé lors d'une rencontre à Paris, le 9 avril 2008.

Les sujets abordés au cours de cette mission, ont été l'accès aux soins, la permanence des soins, la liberté d'installation, les relations entre les différentes professions, la création de maisons de santé, le partage des tâches, la formation initiale et continue, les dépassements d'honoraires et bien entendu la démographie médicale.

Les thèmes sont donc vastes, divers, potentiellement conflictuels et se recoupent avec certains autres travaux menés dans le cadre des missions Ritter sur la revue générale des politiques publiques (RGPP) et sur la création des agences régionales de santé (ARS) dont les conclusions ont été rendues publiques à la fin du mois de janvier ; de la commission Larcher sur l'hôpital qui a rendu son rapport le lendemain de la fin des EGOS et du rapport du député André Flajolet, remis fin avril, sur le problème des disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

La cohérence de tout cet ensemble reste à construire dans le cadre du projet de loi sur la modernisation de l'offre de soins qui sera discuté au Parlement à l'automne.

### Le contexte

La France est en effet dans une situation paradoxale. Il n'y a jamais eu autant de médecins en activité<sup>1</sup> et pourtant, des zones entières de notre territoire se trouvent d'ores et déjà en déficit de professionnels de santé.

---

<sup>1</sup> au 1<sup>er</sup> janvier 2007 on recensait 213 995 médecins en activité inscrits à l'Ordre des médecins, parmi lesquels 104 585 généralistes et 103 606 spécialistes. En comparaison en 1979, on comptait 112 066 médecins. A la même date il y avait en moyenne 206 médecins pour 100 000 habitants contre 340 aujourd'hui

Certaines études publiées durant les dernières années font apparaître schématiquement, plusieurs problèmes qui se conjuguent pour expliquer ce phénomène :

- une répartition de l'offre de soins totalement incohérente avec des territoires où l'offre est surabondante et où d'autres (ruraux, mais aussi suburbains) se retrouvent avec un déficit important de professionnels de santé (rappelons que l'un des fondements de notre système est la liberté d'installation des médecins),
- un départ massif à la retraite de nombreux professionnels de santé dans les dix ans à venir,
- un encadrement strict, jusqu'à une période récente, du numerus clausus des étudiants en médecine.

A cela s'ajoutent des évolutions sociologiques où les jeunes médecins, aujourd'hui, ne veulent plus exercer de la même manière que leurs prédécesseurs. Ces professionnels aspirent, comme les autres individus en activité, à un exercice qui leur permet de concilier vie familiale et vie professionnelle, travail et qualité de vie. Par ailleurs, la profession médicale se féminisant, les modes d'exercice sont appelés à changer profondément et les notions comme la sécurité ou la qualité de vie deviennent prépondérantes.

La situation actuelle ne peut donc perdurer bien longtemps. Il est sans aucun doute temps de repenser notre offre de soins tout en gardant les valeurs fondamentales sur lesquelles s'est construit notre système de santé.

Le coût de la santé et de son organisation devient aujourd'hui un élément majeur de la réflexion sur notre système de santé, mais n'est pas la seule question. Doit-on faire tout partout ? La notion de proximité rime-t-elle toujours avec celle de sécurité ? Comment améliorer les complémentarités entre les différents professionnels et établissements au sein d'un territoire ? Quel contour donne-t-on à un territoire de santé ? Comment assurer une permanence de soins efficace et efficiente ? Comment inciter les médecins à s'installer dans des régions déficitaires en offre de soins ? Peut-on subsister un exercice individuel et solitaire de la médecine à un exercice plus collectif ? Les modes de rémunérations d'aujourd'hui sont-ils encore adaptés ? Peut-on laisser une totale liberté d'installation aux professionnels de santé ? Quelle organisation pour la formation initiale et continue sont quelques-unes des questions qui sont soumises au débat.

Voici en quelques lignes la synthèse des propositions qui ont été émises lors de ces débats :

### **La nécessité de faire évoluer les conditions de formation, d'installation et d'exercice des professionnels de santé, pour tenir compte de :**

l'évolution des effectifs des professionnels de santé (PS)

l'évolution des besoins médicaux de la population

l'évolution de la prise en charge des pathologies

l'évolution des attentes de la société, des jeunes professionnels de santé et des acteurs locaux.

### **Adapter le dispositif de formation :**

promouvoir la formation au métier de médecin généraliste de premier recours (MGPR)

faire connaître la médecine générale de premier recours, le plus tôt possible dans le cursus des études médicales

organiser une véritable filière de médecin généraliste de premier recours, adaptée à ses missions dans le cadre d'une filière universitaire à travers un DES ou un DESC

adapter le dispositif de formation aux besoins de santé des territoires

organiser un post-internat à la filière Médecine Générale de Premier Recours

pour les professions médicales : réformer l'organisation de la 1<sup>ère</sup> année des études, intégrer ces formations dans le système Licence Master Doctorat (LMD)

pour les professions non médicales : définir le niveau de reconnaissance universitaire dans le LMD

favoriser les stages dans le monde libéral pour toutes les professions de santé

développer et promouvoir les actions de formation continue dans un cadre inter-professionnel

assurer une double tutelle effective par les ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

### **Une coopération organisée entre professionnels de santé :**

réenvisager le cadre de la coopération entre les professionnels de santé : de nouvelles formes de coopération, des modifications profondes de la formation des professionnels de santé et du cadre juridique

donner un contenu concret à la fonction de coordination des soins au service du patient :

- fonction assurée principalement par le MG de premier recours

- nécessité d'une coordination autour du patient atteint de pathologie chronique ou de la personne âgée souffrant de polyopathie

## Une organisation territoriale pluri-professionnelle et pluridisciplinaire :

un ensemble de mesures incitatives pour :

- favoriser l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-dotées et fragiles : développement du guichet unique, développer les synergies avec les collectivités territoriales
- améliorer les conditions d'exercice du métier et des missions : développer des formes d'exercice regroupé, en privilégiant les maisons de santé ou les pôles de santé pluridisciplinaires dans les zones sous-dotées, faire évoluer les modes de rémunération.

La lecture de cette rapide synthèse montre que si la réflexion concernant l'amélioration de la qualité de la formation des professionnels de santé, ainsi que son organisation a fait l'objet de nombreuses propositions, des questions plus sensibles comme la liberté d'installation ont été mises de côté. Il reste néanmoins que l'on retrouve certaines propositions communes aux autres rapports. Ainsi le développement des formes d'exercice groupé, la valorisation du rôle du médecin généraliste désigné comme l'acteur central de la prise en charge de premier recours, ou encore une organisation de l'offre de soins composée autour d'un territoire sont des propositions qui seront sans aucun doute retenues dans le cadre du projet de loi.

---

## PRÉVENTION

---

### Disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire

Le Premier ministre a confié à André Flajolet, député du Pas-de-Calais, une mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

L'objectif de cette mission est de compléter l'analyse réalisée par les rapports Ritter, Larcher, et les États généraux de l'offre de soins (EGOS) en abordant la problématique de l'amélioration de l'état de santé des populations et l'accès de chacun à la santé.

Pour cela, Monsieur Flajolet constate la profusion d'initiatives en faveur de la prévention tout en regrettant que « l'entrée » dans la prévention se fasse quasi systématiquement par le soin ce qui induit une perte de chance pour ceux qui en sont éloignés.

Une analyse de la littérature existante ainsi que de nombreuses auditions conduisent l'auteur à dresser un constat mitigé de la politique de prévention de notre pays.

Si la France a pour résultat la deuxième espérance de vie après 65 ans dans le monde, ceci ne doit pas masquer que certains de ces marqueurs sont nettement moins bons et sont révélateurs de disparités de santé assez sensibles.

Il organise son constat autour de cinq axes principaux :

- une France en retard, comparée à ses voisins européens, sur certains indicateurs sanitaires.
- une médecine individualisée et une politique de prévention fondée sur le principe de la réparation.
- une connaissance fragmentée, dense et difficilement exploitable.
- des populations qui s'impliquent mal ou pas dans la prévention de leur santé.
- une absence de politique générale de prévention, avec cependant des axes d'amélioration que se dessinent.

### Une France en retard comparée à ses voisins européens sur certains indicateurs :

C'est ainsi que notre pays a une morbidité prématurée (décès avant 65 ans) évitable élevée, même si la situation, ces dernières années, semble quelque peu s'améliorer.<sup>2</sup> De plus, bon nombre de ces maladies frappent d'avantage les catégories

---

<sup>2</sup> Le taux de mortalité prématurée pour les trois causes principales (cancer de la trachée, des bronches et du poumon ; broncho-pneumopathies chroniques obstructives ; cardiopathies ischémiques) liées au tabagisme chez les hommes est passé de 61,6 pour 100 000 hommes à 51,1 en 2001-2003 en France métropolitaine soit une baisse de 17 % en 10 ans. Il est de 10,3 % chez la femme mais lui est en augmentation de 14 % en 10 ans (passant de 9 à 10,3 décès pour 100 000 femmes, c'est notamment les décès liés au cancer du poumon qui augmente chez les femmes). On estime que les trois causes de décès les plus directement liés au tabagisme sont responsables de 80 200 décès par an, dont 16 600 décès prématurés.

Les trois causes principales de décès liées à l'alcoolisation chronique (cirrhose du foie, psychose alcoolique et cancer des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage) sont responsables de 22 000 décès, dont 12 400 décès prématurés. Ces chiffres ne tiennent pas compte des décès par mort violente où l'alcool est impliqué. La mortalité prématurée par alcoolisation chronique représente 13 % de l'ensemble des décès masculins (35 décès pour 100 000 hommes) et de 7 % (8,5 décès pour 100 000) chez la femme.

socioprofessionnelles les plus défavorisées et leur incidence varie fortement d'une région à une autre. L'auteur du rapport souligne qu'*une partie de la mortalité prématurée est évitable par action, soit sur les facteurs comportementaux individuels, soit par la prise en charge. Chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels, alors que chez les femmes la moitié l'est par l'amélioration du dépistage* ».

Monsieur Flajolet constate également que les dépenses de santé croissent sans avoir pour corollaire une amélioration de l'état de santé de la population et rappelle le constat établi par la Conférence nationale de santé dans son avis du 22 mars 2007 « plus que son montant, c'est l'absence de stratégies évaluées en promotion de la santé, élaborées et organisées avec le système de soin et avec l'ensemble des acteurs concernés en dehors du soin qui réduit l'efficacité de la dépense globale de prévention ».

Le député souligne qu'au-delà, l'attractivité des grandes métropoles *prive progressivement les populations des zones suburbaines ou rurales écartées, d'accès aux soins car les professionnels s'y trouvent inexorablement attirés du fait d'infrastructures de meilleure qualité dans tous les domaines, culturels, transports, loisirs, sanitaires*.

Par ailleurs, certaines de ces zones géographiques sont dépourvues d'une offre de soins à tarif opposable. Tous ces phénomènes peuvent aboutir à ce que certains de nos concitoyens retardent ou renoncent à des soins.

Quant à la prévention et à la promotion de la santé, les campagnes sont souvent nationales et sont plus accessibles aux couches les plus éduquées de la population.

Une médecine individualisée et une politique de prévention fondée sur le principe de la réparation.

Le député observe que les hôpitaux et les professionnels de santé sont en général peu impliqués dans les projets locaux de santé insérés dans les politiques de développement ou de santé publique. Il cite certaines enquêtes qui feraient apparaître que les médecins estiment que les actions d'éducation à la santé ne rentreraient pas dans leur mission !

Les médecins pensent néanmoins qu'ils ont un rôle à jouer dans le cadre d'actions de prévention, mais reconnaissent ne pas pouvoir s'y investir autant qu'ils le voudraient en raison de l'empilement de leurs tâches et des effets de la démographie médicale. Faute de temps, ils privilégient donc le temps de la prescription et du traitement curatif, au détriment des actes de prévention.

Monsieur Flajolet regrette que les professionnels de santé travaillent chacun de leur côté, d'une manière isolée, ce qui rend là encore difficile la réalisation d'actions de prévention. Il cite néanmoins des exemples réussis d'exercice pluridisciplinaire comme les maisons rurales de santé et souhaite le développement de maisons pluridisciplinaires de santé. Il rejoint en cela les conclusions des EGOS et celles de la commission Larcher. De même, l'auteur relève, comme les autres missions, les dégâts du cloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine libérale. Cette situation rend difficile les échanges d'information, les coopérations et peut aboutir à une dégradation sensible de la qualité de la prise en charge des patients. Au-delà de ces cloisonnements, le député estime que le mode de rémunération à l'acte n'incite pas à l'exercice de la prévention dans la pratique quotidienne. Il déplore en outre, que le rôle du médecin généraliste ne soit pas valorisé dans le cadre des études médicales, alors que de par sa connaissance du patient et de son environnement, il est un rouage majeur dans le développement de la prévention.

L'élu souligne enfin le rôle que peuvent jouer les collectivités territoriales, notamment communales ou intercommunales dans le développement des politiques de prévention.

Une connaissance fragmentée, dense et difficilement exploitable.

Le député observe que la connaissance (épidémiologique, environnementale, comportementale, organisationnelle, socio-économique...) est éparpillée, cloisonnée et longue à mobiliser opérationnellement. Il existe pourtant de nombreux outils mais ceux-ci répondent aux besoins spécifiques des différentes institutions qui les utilisent sans avoir une approche globale des problèmes. Ils produisent *une masse inorganisée d'information tout azimut mais la construction de chaque outil de mesure ne permet pas de superposer les informations sans consentir à une analyse lourde et consommatrice de personnel*.

---

En 10 ans, le taux de mortalité prématurée a diminué de 26 % chez les hommes, passant de 47,7 à 35,1 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans en France métropolitaine et de 16 % chez les femmes passant de 10,1 à 8,4 pour 100 000 femmes. La moyenne de ces différents chiffres peut varier très sensiblement d'une région à une autre.

Source : Les addictions dans les régions de France. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé FNORS collection « les études du réseau des ORS » septembre 2007.

Les populations ciblées, l'échelon observé (quartiers, ville, arrondissement...), l'année considérée, la méthode employée diffèrent selon l'analyse.

Il n'existe pas d'outils de recensement et de diagnostic commun à l'ensemble des territoires qui permettent d'avoir une vision pertinente des réalités et des enjeux locaux, et puissent servir de socle à un plan d'action efficient.

Or il est capital de bien identifier les besoins de santé pour pouvoir orienter les opérateurs vers les actions nécessaires et pertinentes.

Il est enfin, primordial d'organiser la diffusion du savoir vers les professionnels. Ceci ne pourra se faire que difficilement sans la mise en place : d'un dossier médical informatisé ; la diffusion d'un savoir scientifique accessible et compréhensible par l'ensemble des professionnels ; une hiérarchisation des différents plans de santé publique qui se cumulent et s'accumulent ; une plus grande opérationnalité de ces plans, notamment pour les professionnels de première ligne ; la définition d'un référentiel métier du médecin généraliste définissant les missions, tâches et activités attendues de ce professionnel.

### **Des populations qui s'impliquent mal ou pas dans la prévention de leur santé**

Le député estime qu'aujourd'hui les patients adultes n'ont qu'une idée vague du moment où il est opportun de consulter. Ils agissent plus en consommateur de soins (automédication, surconsommation médicamenteuse...) qu'en individu conscient de la nécessité d'être attentif à la gestion de son capital santé. Ceci est sans doute le signe d'une absence d'éducation à la santé qui s'observe également vis-à-vis des plus jeunes, bien que ces derniers reçoivent de plus en plus, dans le cadre de l'école, des informations visant à leur faire acquérir des fondamentaux qui les aideront à agir dans la gestion de leur santé.

Le député ne mésestime pas le travail fait dans le cadre de ces apprentissages au sein de l'école (enseignement sur la biologie humaine, apprentissages des gestes qui sauvent, éducation à la sexualité...) et qui sont grandement utiles. Il pense cependant que des marges de manœuvre restent encore importantes (notamment dans la promotion de l'exercice physique) et que les lieux de l'éducation populaire (colonies de vacances, centre de loisirs etc.) sont encore trop peu exploités en ce domaine.

Le développement de ces apprentissages est indispensable pour remédier aux inégalités d'accès aux soins, liées soit aux contextes familial et social, soit à la localisation géographique. Il est capital de donner à tous une « culture » sur ces sujets.

Le défaut de connaissance concerne également l'organisation de l'offre de soins de premiers recours. Ceci conduit à privilégier le recours aux services des urgences des hôpitaux plutôt que d'aller voir en première intention un médecin de ville. Monsieur Flajolet constate ainsi que *l'accès à la médecine de premier recours, faute d'une organisation ad hoc qui autoriserait une régulation effective précéder le deuxième recours, est boudé par la population, qui lui préfère les urgences de l'hôpital, dont la localisation spatio-temporelle est pour elle limpide.*

Au-delà de ce déficit d'éducation et cette méconnaissance de l'organisation de l'offre de soins, le député Flajolet met en avant le problème particulier des populations laissées pour compte qui cumulent souvent les difficultés sociales économiques, scolaires, professionnelles et psychologiques et habitent généralement dans des territoires sensibles qui souffrent le plus d'une insuffisance d'offre de soins. L'addition de ces « handicaps » fait que ces populations sont les plus éloignées sociologiquement, culturellement, économiquement du soin.

Parallèlement, il n'est pas toujours aisé de mettre en place un suivi médico-social qui peut être d'autant plus lacunaire qu'il est lui-même confronté à des cloisonnements entre les différents opérateurs. Une nouvelle fois, Monsieur Flajolet estime que les communes ont un rôle important à jouer en ce domaine, bien que la santé ne fasse pas partie des compétences réglementaires des villes.

A tous ces obstacles s'ajoutent ceux qui peuvent être liés à la difficulté de trouver au sein de certains territoires, des professionnels exerçant en secteur 1 et ne pratiquant pas des dépassements d'honoraires. Cette situation peut dissuader certains d'avoir recours aux soins ou de retarder ce recours.

De même, comme cela a déjà été souligné, ces populations habitent parfois des territoires où l'offre de soin est raréfiée et nécessite de la part des populations des déplacements plus importants, alors même que ces zones défavorisées sont souvent confrontées à une offre de transport insuffisante. Ainsi, à tous les obstacles énoncés, s'ajoute celui de la mobilité.

## Une absence de politique générale de prévention avec cependant des axes d'amélioration que se dessinent.

L'auteur identifie d'autres obstacles au développement d'une politique générale de prévention.

Il souligne que la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) a aggravé, à l'hôpital, le déficit de prévention et les inégalités de santé. *Le mécanisme du financement à la tarification à l'activité porte intrinsèquement des possibilités de dérives au détriment de certaines activités liées à la prévention, dont le geste technique ne justifie pas un tarif élevé qui serait cependant défendable du fait du temps d'écoute indispensable à y consacrer. Il existe donc un risque de dérive de l'activité dans les hôpitaux au regard des besoins réels de santé de la population et singulièrement des personnes les plus fragiles. Ces actes permettant de réduire les disparités de santé pourraient ne pas être considérés comme suffisamment rentables et se trouver négligés au profit d'autres plus valorisants. En outre, les personnes qui arrivent tard dans le système de soins sont plus lourdement atteintes, donc coûtent plus cher. Or, le tarif est, par construction un tarif moyen et une deuxième inégalité se fait jour qui serait la moindre rémunération de l'activité d'un établissement accueillant des personnes défavorisées.*<sup>3</sup>

Par ailleurs, la multiplication des plans qui se sont succédés<sup>4</sup> a manifestement impulsé des dynamiques, mais n'a pas toujours simplifié le pilotage des actions et a rendu parfois perplexes les professionnels de santé qui ne sont pas toujours des « experts » des politiques de santé publique. Par delà, la multiplication des messages auprès de la population n'a pas rendu toujours perceptible la cohérence de cette communication.

Cet éparpillement a abouti à ce que le système de santé se prive du bénéfice d'une action massive sur la santé de la population par concentration des efforts

L'auteur reprend à son compte un avis de la Conférence nationale de santé qui constatait que les cent priorités de santé publique doublées par les cinq plans nationaux contenus dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé, affectent la cohérence d'ensemble du système de santé et que l'implication des acteurs de terrain n'a pas été optimum. L'avis en conclut que « Des progrès sont donc à accomplir pour lier les fins aux stratégies, lier la prévention aux soins dans un continuum efficace et impliquer l'ensemble des acteurs ».

A cela s'ajoute le fait que les plans régionaux de santé publique (PRSP) et les schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS) ne recourent pas forcément les mêmes territoires. Il en est de même pour les différents financements. Tout ceci rend le système complexe, où l'identification d'axes stratégiques forts et partagés est difficile, ce qui risque d'aboutir à une démotivation des acteurs de terrain.

Il reste cependant que l'auteur pointe des éléments porteurs d'espoir et d'amélioration.

Pour illustrer ce sentiment, le député du Pas-de-Calais cite l'organisation des ateliers santé ville (ASV) qu'il considère comme la première étape vers la mise en œuvre d'une démarche cohérente de promotion de la santé sur le plan local, même si ces ASV sont sur de nombreux points perfectibles.

De même, l'auteur observe, que dans certaines régions, un rapprochement opérationnel des dispositifs entre les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les groupements régionaux de santé publique (GRSP).

L'existence de plans transversaux (Plan national nutrition, Plan national santé environnement, politique de lutte contre la violence routière, etc.) préfigurent, sans doute, une politique de prévention qui permettrait aux responsables politiques et aux professionnels de première ligne de faire converger leurs actions en direction d'objectifs clairs et bien identifiés.

Il existe, enfin, des coopérations intéressantes émanant des opérateurs de terrain et souvent non connues des administrations centrales.

Fort de ces différents constats, Monsieur Flajolet émet un certain nombre de propositions en prenant bien soin d'indiquer que les recommandations qui vont suivre sont pensées dans une perspective à vingt ans pour fixer l'orientation générale de la réduction des inégalités de santé par le développement de la prévention, une prévention orientée non plus sur la réparation, mais sur la gestion de son capital santé.

Ces recommandations s'articulent autour de trois principes :

- fixer le cap,
- favoriser l'accès à la santé,
- concentrer les moyens.

---

<sup>3</sup> Monsieur Flajolet rejoint en cela l'analyse qui a été réalisée dans l'avis n° 101 « santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier. » par le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. juin 2007.

<sup>4</sup> Actuellement la direction générale de la santé recense 20 plans actifs dont le nouveau plan cancer en cours de finalisation, 13 plans qui ont pris fin et 11 plans pilotés par d'autres ministères en lien avec celui en charge de la santé.

## A. Fixer le cap de la santé pour la communauté nationale

### **i. La prévention : gestion active et responsabilisée du patrimoine santé dans tous les aspects de la vie pour un continuum prévention soin.**

Recommandation Ai1

#### **Définition de la «prévention globale» entendue comme la gestion de son patrimoine santé**

Gestion active et responsabilisée par la personne de son patrimoine santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par un ou des professionnels. Une participation active de la personne, ou du groupe ciblé, est systématiquement recherchée.

Quatre actions-types sont retenues pour une «prévention globale» :

- par la lutte contre les facteurs de risques, qui est celle mise en oeuvre actuellement et concerne le champ sanitaire
- par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement (développement d'opérateurs professionnalisés de qualité)
- par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables (développement de l'évaluation d'impact sanitaire)
- par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations (développement de projets locaux de santé)

Recommandation Ai1bis

#### **Lier les déterminants de santé et le financement de l'assurance maladie**

Affectation à l'assurance maladie de taxes nutritionnelles et environnementales

#### 1. Diffuser la culture de santé pour tous :

##### a. importance de l'éducation santé aux âges pertinents,

Recommandation Ai1a

#### **Diffuser une culture santé aux âges pertinents**

Promotion de l'éducation physique et sportive

Instruction relative à l'hygiène corporelle, de vie, alimentaire...

Education sanitaire, critères de recours aux soins

Initiation aux premiers secours puis secourisme

##### b. association parents enfants pour renforcer et actualiser les messages

Recommandation Ai1b

#### **Priorité aux actions à destination des enfants**

#### 2. S'appuyer sur, ou recréer, les liens sociaux avec associations de proximité et élus locaux autour du mieux vivre en bonne santé

Recommandation Ai2

#### **Développer localement des activités communes, vectrices de messages de santé**

Favoriser ou susciter la création d'associations regroupant des publics à réinsérer, ou à insérer, dans le système de soins.

Associations de proximité immédiate. Critères de réussite : nombre de personnes touchées par rapport à la population visée, nombre de personnes réinsérées dans le système de soin, amélioration de la santé de la population visée.

Former les membres de ces associations pour des actions de qualité.

### **ii. La politique nationale de « prévention globale » :**

#### 1. Les lignes de force de la politique de « prévention globale »

##### a. qui bénéficie de toute la logique de l'association santé, jeunesse et sport, éducation nationale

Recommandation Aii1a

#### **Eduquer à la santé les jeunes dans le cadre extrascolaire comme scolaire**

Former l'encadrement à la promotion de la santé dans les actes de la vie quotidienne en collectivité.

Déterminer une politique de promotion de la santé et de prévention en cohérence avec la politique nationale.

Imposer une continuité entre dépistage à l'école et prise en charge dans le système de soins.

Intégrer les programmes de prévention au sein de l'ARS :

- définir les modalités d'un fonctionnement partenarial entre les ARS et les académies
- organiser des collaborations entre les collectivités territoriales et l'éducation nationale via les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

b. grande cause de la santé appuyée sur le sport, sur l'alimentation, sur l'éducation, sur le lien parents enfants ;

Recommandation Aii1b

**Favoriser la pratique populaire du sport**

Définir horaire et jours de sport dans les écoles primaires  
Doter les élèves d'un équipement de sport entretenu à l'école  
Imposer des règles permettant de faire aimer l'exercice physique  
Distinguer exercice physique et sélection des futurs athlètes  
Organiser des séances de sport parents enfants  
Ouvrir les équipements sportifs à la population en dehors des heures ouvrables

c. qui définit les priorités majeures (nutrition, activité physique, lutte contre le tabac, lutte contre l'abus d'alcool...)

Recommandation Aii1c

**Thèmes et cibles prioritaires de santé**

Les priorités de santé publique par une « prévention globale » pourraient être :

- la lutte contre la sédentarité par l'activité physique et sportive.
- l'amélioration de l'alimentation et de la qualité nutritionnelle des produits de consommation courante.
- la promotion des fruits et légumes comme élément de plaisir et de modernité comportementale.
- la lutte contre l'abus d'alcool et les substances psycho actives, y compris sur les lieux de travail (impact accidents du travail).
- la lutte contre le tabac.

L'action majeure est à entreprendre contre la surconsommation d'alcool et les substances psycho actives.

Les enfants sont la cible prioritaire et la relation parents enfants systématiquement utilisée.

2. Traiter tous les aspects de prévention (santé scolaire, santé au travail, santé environnementale, social, médico-social) au sein de l'ARS

Recommandation Aii2

**L'ARS guichet unique pour les politiques de prévention de l'Etat**

L'ARS garantit la mise en oeuvre des politiques de prévention portées par l'Etat et favorise l'émergence d'initiatives territoriales ou de thématiques spécifiques.

Plan santé environnement.

Plan santé au travail.

Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et la toxicomanie.

Politique de la ville. Contrats urbains de cohésion sociale.

Politique de prévention de la dépendance.

a. Prévention de la dépendance

Recommandation Aii2a

**Favoriser le maintien à domicile ou dans des structures associatives légères**

Logement adapté en ville.

Régime fiscal adapté pour les accueillants et pour les associations de maintien à domicile ou en structure légère.

Reconnaissance des métiers d'aidant.

Activités manuelles et intellectuelles de participation à la vie collective.

b. Médecine du travail en lien avec la santé environnement

Recommandation Aii2b

**Réorganiser la médecine du travail sur une mission de «prévention globale» collective en lien avec la santé environnementale**

a- Gouvernance des services de santé au travail :

- transférer leur gestion depuis les entreprises vers les CRAM.
- régionaliser et unifier le pilotage des services de MT, informatisation pour partage de données et d'information.
- labelliser dans chaque branche d'activité les entreprises qui innovent pour assainir le milieu de travail.

b- Réorganiser les services de santé au travail en tirant parti de la baisse du nombre de médecins :

- recruter des infirmières, éducateurs... et création de nouveaux métiers pour renforcer la «prévention globale».
- repenser la formation des professionnels de médecine du travail, dont les médecins du travail :
- lieux et maîtres de stage.
- connaissance de l'entreprise, des services des risques professionnels.

- « prévention globale » en entreprise.
- articulation avec la médecine ambulatoire et hospitalière.

c- Recentrer les médecins du travail sur la préservation de la santé en cas de risques forts, rétablir la santé dégradée des salariés ou les réinsérer au retour de maladie :

- passer du curatif à la «prévention globale» en lien avec les 1300 ingénieurs de prévention des risques professionnels (IPRP) et avec les médecins traitants.
- cibler les visites sur les personnes qui en ont le plus besoin (comme les actions CRAM ou MIRTMO vers les entreprises les plus à risque).

d- Approche de «prévention globale» collective en fonction des besoins en santé à substituer à l'approche individuelle :

- réaffirmer des objectifs de santé prioritaires de la loi relative à la politique de santé publique.
- intégrer les données de la santé environnementale et mutualiser les études sur les polluants potentiels.
- créer le lien avec le médecin traitant en réintégrant le médecin du travail, maintenant gérés par la CRAM et non plus par l'employeur, dans le partage des informations médicales.
- désigner l'opérateur national compétent pour mutualiser et diffuser les bonnes pratiques de prévention au travail.
- intégrer la médecine du travail dans la «prévention globale» sous l'autorité des ARS.

3. Réarticuler les rôles des différents professionnels de santé et des autres professionnels concernés (social, médico-social...) pour dégager du temps médical et reconstruire la motivation.

Recommandation Aii3

#### **Répartition des rôles en «prévention globale»**

a. Acteurs responsables de la prévention primaire et collective, « action sociale de santé » :

- l'État, central comme déconcentré, et les collectivités, territoriales comme locales, avec une approche par déterminants de santé. Définition des objectifs généraux d'amélioration de la santé des populations ; action sur les milieux et sur les comportements ;
- les acteurs publics, dont l'assurance maladie, avec une approche par pathologie.

b. Acteurs responsables de la prévention individuelle :

- les professionnels de santé : le médecin appuie la promotion de la «prévention globale» auprès de ses patients, les responsabilise, les guide dans le parcours de prévention, élabore les protocoles de prévention secondaire et tertiaire ; les autres professionnels de santé (chirurgiens dentistes, pharmaciens...) promeuvent la prévention, détectent les besoins, mettent en œuvre les protocoles ;
- les professionnels des services à la personne, orientent vers les professionnels de premier recours.

## **B. Favoriser l'accès à la santé**

**i. Promouvoir l'exercice pluridisciplinaire en « communauté de santé » permettant de tisser des liens. Santé prérogative locale car action sur les milieux de vie, d'où cohésion sociale.**

Recommandation Bi

#### **Maillage du territoire pour l'accès à la santé**

Instaurer une concurrence efficace à l'exercice en secteur II.

Mettre en place un maillage du territoire en accès de premier recours.

1. Un exercice tourné vers les personnes

a. Utiliser les synergies des domaines clés pour la santé : sanitaire, social, prévention, médico-social ; construire la confiance entre les professionnels ; décloisonner les acteurs au contact des populations.

b. Utiliser les différentes professions pour recréer, chez les personnes éloignées du soin, la confiance envers les soignants.

c. Permettre aux professionnels de première ligne d'exercer leur rôle de conseil en gestion de patrimoine santé et d'assurer un continuum : prévention, soins, réinsertion post maladie, soins palliatifs.

2. Une technicité renforcée pour la santé de première intention.

a. Préparer l'accueil de stagiaires en médecine générale, et des autres disciplines représentées, pour : dispenser une formation solide valorisante pour le professionnel comme pour le stagiaire, susciter des vocations d'installation.

Recommandation Bi4

**Rééquilibrer vers la «prévention globale» la formation initiale en santé**

Renforcer la place des sciences humaines dans les matières sélectives en première année.

Cours d'éthique, de sociologie des populations avec l'intervention d'acteurs de terrain.

Enseignement de la «prévention globale» et du premier recours tôt dans le cursus et tout au long de celui-ci.

b. Communiquer (télémédecine, échange de données...) avec un centre de référence hospitalier pour : diffuser les compétences, partager les expériences.

c. Développer et organiser la coopération avec les opérateurs locaux associatifs professionnalisés.

Recommandation Bi

**« Communauté de santé » pour un accès à la santé élargi et un renforcement de la permanence sanitaire sur le territoire**

a. Projet de territoire

Mise en place précédée du projet santé de territoire issu d'un diagnostic partagé (santé prérogative locale car action sur les milieux de vie d'où cohésion sociale).

Territoires de santé inclus dans le territoire du SROS.

Rattachement de la « communauté de santé » à une communauté hospitalière de référence avec liaison de télémédecine.

Contrat entre la ou les collectivités territoriales concernées et l'ARS.

Aide renforcée en zone défavorisée.

Secrétariat partagé et informatisation de l'ensemble des services.

b. Caractéristiques adaptées aux besoins du territoire

Exercice pluridisciplinaire (prévention, sanitaire, social, médico-social).

Permanence du secours garanti par les acteurs de santé du territoire (privés ou publics) en liaison avec la communauté hospitalière de référence.

Agrément, donné puis renouvelé par l'ARS sur la base d'un cahier des charges national posant les principes, déclenche puis poursuit la participation financière des partenaires.

c. Missions de service public

Maillage du territoire et participation à la permanence des soins.

Accueil de tous les patients.

Orientation des patients, y compris pour l'accès aux urgences.

Terrain de stage en médecine générale.

Consultations médicales de spécialité.

d. Services de santé à domicile : favoriser le maintien à domicile ou dans des structures associatives légères.

Consultations rurales occasionnelles.

Télétransmission entre prescripteurs et pharmacie..

Mesures de prévention bucco dentaires prescrites par le chirurgien-dentiste effectuées par auxiliaires de vie.

**ii. Faire émerger les nouveaux métiers nécessaires pour systématiser la prévention afin d'obtenir un effet massif sur la santé et confier un rôle clair à chacun générateur de motivation.**

1. Renforcer la coopération entre professions.

a. mandat de santé publique et rémunération forfaitaire, casser la logique de distribution de soins.

Recommandation Bi1

**Mandat de santé publique**

Reconnaissance spécifique des professionnels engagés dans la permanence des soins.

Participation à la veille sanitaire.

Missions d'exercice à temps partiel en zone sous-médicalisée, proche du lieu d'installation principal, permettant la liberté d'installation et le conventionnement dans les zones sur denses.

Accès au secteur I et tiers payant.

Recommandation Bii1bis

**Rémunération au forfait avec une part liée au résultat**

Pour certaines pathologies lourdes ou ALD, sur un champ précis de patients, avec mesure du résultat de la prévention tertiaire.

Pour des missions de présence en zone désertifiée, avec mesure du résultat de la réinsertion des populations dans le système de santé.

b. métier de coordination locale des actions de préventions menées sur le territoire, considéré par les différentes institutions (école, entreprise, communes, communautés, associations...)

2. Renforcer le contact avec les personnes

a. métiers d'éducateur santé (débouché filière STAPS)

b. métiers d'écoute, d'orientation... (sélection sur des critères de patience, d'empathie, de fermeté ; formation brève et ciblée des bacheliers santé médico-social)

c. santé mentale en ville, assurée par des équipes d'infirmiers spécialisés après validation de leur pratique en hôpital psychiatrique

Recommandation Bii5

**Renforcer le suivi en ville des malades psychiatriques**

Organiser la visite, par des professionnels de santé aux compétences adaptées, des patients lourds de la file active des hôpitaux psychiatriques.

Prise en charge des toxicomanes par les équipes en psychiatrie.

Organiser la réponse à l'urgence psychiatrique en ville.

d. renfort d'internes pour les visites annuelles d'aptitude au sport, moyen de réinvestir le domaine de la santé.

Recommandation Bii6

**Les nouveaux métiers de la « prévention globale »**

a- en prévention collective :

- éducateur médico-sportif, étudiants de la filière STAPS avec une option adaptée à cet emploi.

- animateur territorial de santé, de niveau mastère, destiné à coordonner les actions de promotion de la santé et de prévention des diverses institutions sur le territoire du projet de santé (PTS).

b- en prévention individuelle :

- professionnel de prévention sanitaire, reconversion de soignants seniors.

- professionnel de prévention en santé mentale, par validation des acquis de l'expérience (VAE) après cinq années d'exercice soignant en établissement psychiatrique.

- agents sanitaires de prévention, dont des assistants dentaires, chargés de promouvoir la santé ainsi que de détecter et d'orienter précocement les personnes nécessitant d'accéder aux soins, niveau Bac SMS avec formation par alternance.

- Auxiliaire de vie, BEP avec formation par alternance, handicap, gérontologie, formés au « nursing » et à la toilette.

**iii. Formation à la « prévention globale »**

Recommandation Biii

**Formations adaptées aux métiers de « prévention globale »**

Formation aux actions collectives de santé.

Formation initiale en promotion de la santé des personnels de l'éducation nationale appelés à être en contact avec les élèves pour en faire des personnes relais.

Organiser la diffusion initiale et continue des connaissances en « prévention globale » : cours communs à des étudiants en médecine et de secteurs différents, qui seront appelés à travailler ensemble en « communauté de santé ».

### **C. Concentrer les efforts de réduction des disparités**

#### **i. Connaissance de l'état de santé de la population et des personnes, de l'état de la science : fondements d'une prévention ciblée**

##### 1. Connaissance des personnes

a. Associer les élus locaux et utiliser les compétences des organismes dont la mission est de connaître finement la population (CAF...) pour identifier les populations particulièrement vulnérables

b. Disposer d'un système d'information intégré, inter opérable, centralisé, en réseau, pour une épidémiologie moderne

##### Recommandation Ci2

#### **Désigner le chef de file de la collecte et de la diffusion des informations en santé**

Confier à un opérateur unique, même si elles sont collationnées par différents opérateurs spécialisés (SNIIRAM, DREES, InVS, missions diverses), l'assemblage et la diffusion des informations en santé

##### 2. Connaissance de la science

a. Diffusion organisée d'information scientifique vers les acteurs de première ligne : canal unique alimenté par l'ensemble des opérateurs : outils de prévention ; recommandations

##### Recommandation Ci3

#### **Diffusion des recommandations en «prévention globale»**

Définir une charte graphique pour les outils de «prévention globale».

Développer des messages à usage opérationnel spécialement adaptés aux professionnels de premier recours.

Confier à un opérateur unique, même si elles sont rédigées par différents opérateurs spécialisés (AFSSAPS, INPES, missions, sociétés savantes...), la diffusion des recommandations :

- aux professionnels de santé : Haute Autorité de santé

- au grand public, aux patients et aux professionnels de la promotion de la santé : Institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES).

b. Organiser la masse d'information disponible pour des échanges montant et descendant d'information sur les pratiques médicales ou de prévention.

#### **ii. Concentration des moyens de prévention : définir les priorités de prévention pour la résorption des disparités régionales de santé et identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional)**

##### 1. Au niveau central :

a. une loi quinquennale de réduction des disparités territoriales de santé ;

##### Recommandation Cii1a

#### **Inscrire dans la loi quinquennale relative à la politique de santé publique la résorption des disparités territoriales de santé**

Révision périodique de la pertinence des priorités initialement définies.

Observatoire national de suivi centralisé des indicateurs remontant des territoires prioritaires.

b. maîtriser les bilans pour juger de la pertinence des priorités initiales de la loi ;

##### Recommandation Cii1b

#### **Identifier les territoires prioritaires à la résorption d'inégalités de santé**

Mobiliser et exploiter les données existantes pour identifier les inégalités territoriales de santé.

Mettre en place des systèmes automatisés, qui permettent le recueil passif des données existantes à partir du dossier médical informatisé reposant sur une norme unique et partagée.  
Mettre en place le cadre d'évaluation de la résorption des inégalités territoriales.

2. Concentrer les moyens dédiés aux politiques de prévention sur les territoires et les populations en butte à des disparités de santé majeures :

Recommandation Cii2

**Formation initiale et continue des professionnels de premier recours**

Terrain de stage pour étudiants et jeunes professionnels, notamment médicaux

Stage d'internes en médecine générale en septembre octobre. A l'occasion de la délivrance des certificats médicaux exigés pour la pratique de certaines activités, mise en oeuvre de visites de prévention individuelle ciblées.

Contrats de trois ans pour jeunes professionnels sortis de la faculté.

a. fixer des objectifs chiffrés de réduction des disparités

Recommandation Cii2a

**Concentrer temporairement les politiques de «prévention globale»**

Identifier nominativement les régions prioritaires (les territoires en infrarégional) : concentrer, pendant une période de temps limité, les moyens dédiés aux politiques de «prévention globale» et ciblés sur les risques jugés prioritaires.

Fixer des objectifs, chiffrés et datés, de réduction des disparités : diagnostic partagé entre collectivités territoriales et ARS ; plan régional de résorption des disparités sanitaires locales.

Soutenir les initiatives locales en matière de résorption des inégalités sanitaires, objet d'un volet spécifique du PRSP, sur la base d'une convention signée avec l'ARS.

Mobiliser des crédits interrégionaux pour résorber significativement les disparités d'espérance de vie par une politique de « prévention globale » sur les territoires concernés, objet d'une convention d'objectifs et de moyens.

b. à l'hôpital, pour corriger les effets pervers de la T2A, instaurer un critère de certification obligatoire de réduction des disparités en échange de crédits MIGAC et d'autres enveloppes spécifiques

Recommandation Cii2b

**Bonus d'atteinte des objectifs de résorption d'inégalités de santé**

L'atteinte de ces objectifs, suivie à l'occasion des audits diligentés par la Haute autorité de santé (HAS) et par la nouvelle Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, déclencherait l'attribution de bonus au titre de l'allocation des moyens des structures concernées.

3. Agence régionale de santé (ARS) et politique de réduction des disparités

a. décide des quelques priorités complémentaires

b. responsable de l'évaluation

c. garante du suivi des indicateurs représentatifs des inégalités les plus caractéristiques

d. budget « prévention globale » sanctuarisé dans l'ARS, et principe de fongibilité asymétrique du soin dans la prévention

Recommandation Cii3

**Rôle de l'ARS**

Planifier les mesures de « prévention globale » afin d'assurer une couverture équitable de la région.

Assurer une vision intégrative (continuum prévention soins) par la mise en place d'outils unifiés (territoires de santé communs, projets territoriaux de santé avec dimension curative et dimension préventive).

Répartir l'allocation des ressources par une simplification et une lisibilité des procédures (enveloppes globalisées sur projet et contrat pluriannuels).

Evaluer efficacité et performance.

Etre partenaire des collectivités territoriales sur des contrats d'objectifs et de moyens spécifiques.

A la suite de ces recommandations, Monsieur André Flajolet a proposé à Madame Roselyne Bachelot-Narquin d'expérimenter dans la région Pas-de-Calais un certain nombre de ces propositions dans le cadre d'un projet de préven-

tion globale dans les territoires. Madame la ministre a donné son accord pour la mise en place d'une telle expérience. Ce projet expérimental et partenarial se fera sur le fondement d'une convention d'objectifs et de moyens entre le Conseil régional et l'État dans le domaine de la réduction des inégalités territoriales de santé.

---

## HÔPITAL

---

### Organisation et missions de l'hôpital : les projets en cours

Le 16 octobre 2007, lors d'un déplacement au CHU de Bordeaux, Nicolas Sarkozy, président de la République, a confié à Gérard Larcher, sénateur-maire de Rambouillet, la présidence d'une commission chargée de réfléchir aux missions de l'hôpital.

Le terme « hôpital » est dans ce cadre pris dans son sens générique, puisque sont concernés tant les établissements publics de santé, que les établissements privés à but non lucratif (PSPH) ou encore les établissements privés à caractère lucratif. La commission a demandé à réfléchir également à l'articulation, avec le champ du médico-social, cette proposition a été retenue par le chef de l'État.

La commission était composée de 23 membres représentant des élus locaux, des professionnels de la santé issus tant du milieu hospitalier que du milieu libéral, des chefs d'établissements publics et privés, un sociologue et des représentants des usagers. L'un de ces représentants était un chargé de mission de l'UNAF.

Du mois d'octobre jusqu'à la fin de l'année 2007, le groupe a auditionné un grand nombre d'acteurs du monde hospitalier. A la suite de ce premier tour d'audition, la commission a établi un état des lieux qui a été rendu public à la fin du mois de décembre 2007.

Cet état des lieux reconnaît l'importance des réformes qui se sont succédées durant les dernières années (mise en place de la tarification à l'activité, réforme de la gouvernance hospitalière, mise en place de la certification...). L'ensemble de ces réformes a eu un caractère structurant et doit être mené à terme. L'objectif de cette mission n'était donc pas de procéder à « la réforme des réformes », mais bien d'approfondir les éléments qui permettront de mener à bien l'indispensable transformation et adaptation du paysage hospitalier de notre pays.

En effet, si chacun s'est accordé pour dire que notre système de santé est performant, de bonne qualité, rendant un service reconnu et apprécié par la population, de nombreuses personnalités auditionnées ont également reconnu que notre système de santé était caractérisé par une fragmentation et un cloisonnement entre les soins de ville et les établissements de santé, mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales. Ces situations pouvant conduire à une mauvaise organisation des prises en charge et être source d'augmentation du coût global du système de santé.

La commission a également mis en valeur la nécessité de définir une offre de soins graduée dans chaque territoire. Ceci suppose que l'organisation institutionnelle soit repensée au sein des territoires et que les coopérations public-public, mais aussi public-privé évoluent.

L'objectif est que les besoins de la population soient mieux pris en compte, tant en terme d'accès aux soins que de niveau de recours et ceci dans le cadre d'une meilleure efficacité.

Quant au pilotage de l'hôpital public, il est également à repenser. Si la mise en place de la nouvelle gouvernance dans le cadre du plan « hôpital 2007 » a semble-t-il apporté des évolutions intéressantes, il reste que les pouvoirs au sein de l'hôpital public sont encore éclatés.

Autre point mis en évidence par ce premier constat, celui concernant l'importance de rendre attractif l'hôpital pour les médecins et les soignants. Il s'agit de maintenir l'attractivité des hôpitaux publics et PSPH à l'égard des médecins et des soignants, quel que soit le statut de l'établissement, sur la durée de leur carrière. Ceci doit également s'apprécier au regard du problème de démographie dans le champ sanitaire.

Enfin, l'état des lieux a mis en évidence la nécessité de renforcer les missions d'enseignement et de recherche.

C'est sur le fondement de ce constat que la commission a continué ses travaux et repris ses auditions autour de 7 axes spécifiques :

1- Pertinence des recours à l'hôpital.

- 2- Hôpital et fonctions sociales et médico-sociales.
- 3- Organisation territoriale.
- 4- Hospitalisation privée à statut commercial.
- 5- Pilotage des communautés hospitalières et des centres hospitaliers régionaux.
- 6- Attractivité des établissements publics de santé et des établissements participant au service public.
- 7- Recherche et enseignement.

A la suite de ces auditions, des débats publics en région ont eu lieu du 15 au 30 mars 2008 afin de « tester » certaines propositions.

L'ensemble de ces travaux a permis à la commission de définir principalement **16 propositions** :<sup>5</sup>

### **Aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge.**

L'importance des besoins sociaux, notamment en termes de gériatrie et de handicap, impose de revoir **l'organisation de la chaîne de soins autour du parcours du malade**. La mission de l'hôpital, en termes de coordination des soins, doit être réaffirmée.

1. Favoriser **l'adéquation des prises en charge** en développant une offre d'aval adaptée : **redéploiement** de l'offre vers le moyen séjour et le médico-social.
2. Assurer la **continuité du parcours de soins** entre hôpital, médecine de ville, moyen séjour, institutions sociales et médico-sociales : affirmer cette mission de l'hôpital dans les référentiels (certification, EPP) et faciliter la communication entre acteurs (messageries, secrétariat...) mieux intégrer la **dimension sociale et médico-sociale de l'hospitalisation** (aménagement du retour au domicile, organisation de la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles).
3. Développer les formes **d'exercice pluridisciplinaire** en ville : en fonction des réalités locales, permettre aux hôpitaux, notamment aux hôpitaux locaux, d'apporter un support aux formes d'exercice innovantes.
4. Améliorer **l'organisation des soins non programmés** : confier à la future ARS une mission d'organisation globale (régulation, transport, PDS, urgences) ; améliorer la régulation ; mutualiser la permanence entre les praticiens des différents établissements de santé ; organiser les consultations non programmées à l'hôpital ; veiller à l'égalité des chances dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC).

### **Au niveau des territoires, organiser l'offre de soins hospitalière pour offrir une qualité de service au meilleur coût.**

L'importance majeure de l'organisation des soins au niveau des territoires doit être affirmée pour permettre un égal accès à des soins de qualité et garantir l'efficacité des financements publics. La planification doit promouvoir des rapprochements d'activité entre hôpitaux publics sur la base d'exigences de qualité et de pertinence économique et prendre en compte le rôle de l'hospitalisation privée.

5. Favoriser le développement de **complémentarités entre hôpitaux publics** sous la forme de **communautés hospitalières de territoire** : projet médical commun intégrant le court séjour, le moyen et long séjour ; incitation forte à des rapprochements volontaires.
6. Aménager les **conditions de prise en charge de l'offre de soins par les cliniques privées** : développer de nouvelles **formes contractuelles** pour la participation aux missions de **service public**, garanties par un cadre ferme et intégrant l'accessibilité financière, préciser les conditions d'adhésion des médecins à ces missions (convention tripartite ; nouvelle compétence pour la CME) et mieux objectiver les coûts de ces missions ; veiller au respect du **droit de la concurrence** lors des opérations de concentration par une meilleure définition des segments de marché.

### **Préserver l'avenir de l'hôpital public en garantissant son dynamisme**

L'hôpital public a besoin de plus de souplesse et de responsabilité pour lui permettre d'améliorer significativement sa performance.

7. Faire évoluer les **règles de gouvernance interne** de l'hôpital public pour améliorer son pilotage : transformer le conseil d'administration en conseil de surveillance ; dans le cadre d'ARS compétentes sur la globalité de la gestion du risque, diversifier sa composition en intégrant notamment un directeur de caisse d'assurance maladie ; resserrer le

<sup>5</sup> Rapport de la commission de concertation sur les missions à l'hôpital, présidée par Gérard Larcher. Avril 2008

conseil exécutif et le transformer en directoire dont le président serait le directeur et le président de la CME le vice-président.

8. Dynamiser la **gestion des directeurs d'hôpitaux** : diversification des viviers de recrutement, accompagnement des carrières, nomination par le directeur d'ARS (sauf pour les DG de CHU) après sélection par le CNG sur des critères managériaux.

9. **Moderniser le statut de l'hôpital public** : liberté d'organisation, assouplissement des procédures (en matière de marchés publics, application du régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, fin de la séparation des fonctions d'ordonnateur et de comptable).

10. **Développer l'efficacité** : centrer le contrôle des hôpitaux sur l'efficacité et la qualité en valorisant les outils de la performance, certifier les comptes.

11. Offrir aux **médecins des cadres d'exercice souples et valorisants** : outre le statut actuel, développer un cadre statutaire aménagé (rémunération tenant compte de l'activité et de valences) et unifier le cadre contractuel pour le rendre attractif et favoriser les exercices mixtes.

12. Développer les **perspectives des professionnels non médicaux** : dans le cadre du statut, mise en place du LMD (Licence, Maîtrise, Doctorat), développement de nouveaux métiers (coordination), délégation d'actes .Développer l'intéressement.

### **Développer l'enseignement et la recherche**

L'enseignement et la recherche conditionnent le dynamisme du système de demain. Ils sont également un puissant facteur d'attractivité pour l'hôpital public. Ils doivent être confortés et dynamisés.

13. Renforcer le pilotage de l'enseignement et de la recherche : pilotage national par un comité interministériel, mise en place d'une agence de moyens et évaluation par l'AERES ; pilotage interrégional en lien avec les ARS ; articulation entre les conventions hospitalo-universitaires et les conventions quadriennales des universités et directeur scientifique au niveau local.

14. **Labelliser les équipes** d'enseignement et de recherche, y compris des équipes exerçant hors des CHU.

15. **Adapter la formation médicale et paramédicale** : passerelles entre filières par le biais du LMD ; adaptation des flux aux besoins régionaux ; enrichissement des contenus et diversification des profils des étudiants ; renforcer la formation médicale continue hospitalière.

16. **Conforter le dynamisme de la recherche** : développer l'appui à la recherche ; simplifier son cadre juridique ; développer les collaborations avec l'industrie ; élargir les champs de la recherche.

Lors d'un déplacement à Neufchâteau (Vosges) le 10 avril 2008, le président de la République a présenté les points principaux qu'il retenait du rapport Larcher et a confié à Madame Bachelot le soin de les intégrer dans le projet de loi « Santé, patients et territoires » qui sera débattu au Parlement d'ici la fin de l'année.

Ainsi, si l'on reprend les éléments contenus dans le discours du chef de l'État, le projet de loi devrait prévoir que :

### **Les appels d'urgence et la permanence des soins soient désormais régulés par un numéro unique.**

Précisions et commentaires de l'UNAF : en 2003, l'UNAF avait participé à une commission présidée par le sénateur Charles Descours, sur l'organisation de la permanence de soins. A cette occasion, elle avait rappelé l'importance de simplifier l'accès à la régulation de la permanence de soins et de l'urgence médicale. Cette mission avait proposé la création d'un numéro unique afin que la population n'ait plus à s'interroger, en cas d'urgence ou dans un moment de stress, pour savoir quel est le bon numéro ou le bon interlocuteur à appeler. Nous avons affirmé alors que ce n'était pas à

l'usager de s'adapter au système, mais au système de s'adapter à la situation des usagers. Depuis, d'autres rapports ont également indiqué l'intérêt de la création d'un numéro unique.<sup>6et7</sup>. Cette régulation aura pour objectif d'apporter une réponse cohérente concernant l'aide médicale incluant un conseil téléphonique, une orientation vers une consultation de médecine générale ou vers une maison pluridisciplinaire de santé, un envoi de médecin, un envoi d'équipe SMUR, une orientation vers un service d'urgence, par le moyen de transport adapté. L'efficacité d'une telle organisation sous-tend que les permanenciers aient une parfaite connaissance de l'offre de soins disponible au sein d'un territoire, ce qui actuellement n'est pas toujours le cas. La commission Larcher a également suggéré que l'organisation des urgences et de la permanence des soins soit confiée à la future ARS. Enfin, les représentants des usagers au sein de la commission, ont insisté pour que la population ait une information réitérée afin qu'elle puisse comprendre et s'approprier l'organisation proposée.

- Les **maisons de santé pluridisciplinaires** seront développées. Le président de la République annonce la création d'une centaine de structures de ce type dès 2008 et autant pour 2009.

Précisions et commentaires de l'UNAF : la création de maisons de santé pluridisciplinaires n'est pas une idée nouvelle dans un contexte de désertification de l'offre médicale au sein d'un territoire. Il existe d'ailleurs ici ou là ce type de maisons qui peuvent prendre différentes formes (maisons de santé rurales, centres de santé mutualistes pluridisciplinaires, ...). Ce modèle est intéressant car il permet de rassembler, autour d'un même projet, des professionnels, médecins ou paramédicaux, de différentes disciplines et pourquoi pas avec des statuts différents (libéral, salarié, mixte). Ceci contribuera à améliorer la coordination de leurs actions. Cela devrait permettre également à ce que chacun connaisse le travail et le rôle des autres. Cette organisation répond également, aux aspirations, notamment des jeunes médecins de mieux coordonner la permanence des soins, mieux réfléchir ensemble sur des cas difficiles, assurer une meilleure sécurité de leur exercice. Certaines maisons de santé pluridisciplinaires pourraient même avoir quelques lits de moins de 24h ou de moins de 48h, afin de développer l'observation avant de prendre une décision d'hospitalisation ou non. Ces maisons devront bien entendu être en relation avec les autres professionnels et structures du territoire. Les États généraux de l'offre de soins (EGOS) ont également repris cette idée. Cependant, le développement de ces maisons doit se faire, en priorité, dans les zones dites « défavorisées » (notamment celles ayant une démographie médicale déficitaire). C'est pourquoi nous avons été étonnés que dans son discours, le président annonce la création d'une centaine de ces structures en 2008 et autant en 2009. La création de ce type d'organisation doit se faire en partant d'une analyse des besoins et de la volonté des acteurs de travailler ensemble et non d'une simple approche quantitative. Enfin, la création de ces maisons est l'une des solutions, mais sans doute pas la seule et ne doit pas devenir une « norme unique ». Il est important de laisser s'organiser les professionnels sur le terrain et de tenir compte des spécificités locales, tout en veillant à ce que des réponses aux besoins de la population soient trouvées au sein de chaque territoire. En outre, le financement de ces structures est encore pour le moins assez flou. La commission Larcher a suggéré que la palette des services rendus par ces maisons soit à géométrie variable selon les contextes (cabinets médicaux et paramédicaux ; éléments de plateaux techniques, permanence des soins, HAD, SSIAD, services à la personne, et en cas de carence avérée, avec l'accord des Ordres professionnels, biologie, pharmacie). Ces structures devront s'impliquer dans les programmes de prévention, d'éducation thérapeutique, d'éducation et de promotion à la santé et ainsi renforcer l'organisation et l'offre en services en santé primaires.

- Une véritable **gestion informatisée des lits** au sein des établissements hospitaliers.

Précisions et commentaires de l'UNAF : tout représentant qui prend ses fonctions dans un établissement de santé est souvent interloqué par la méconnaissance de l'établissement des lits disponibles ou non au sein de ses murs. Ceci conduit parfois à transférer des malades vers un autre établissement, alors même que des lits sont disponibles. Il est difficilement compréhensible que des structures hôtelières puissent suivre en continu leur taux de remplissage et qu'il soit parfois quasi-impossible de le faire dans certains hôpitaux. L'un des objectifs du plan « Hôpital 2012 » est d'améliorer l'informatisation des données dans les établissements, la gestion des lits en est une de ses composantes.

- Un **renforcement des liens entre la médecine de ville et la médecine hospitalière** par la création de permanences téléphoniques dans les services afin que les liens et les coopérations entre les hospitaliers et les libéraux s'établissent réellement autour du patient. L'existence et l'effectivité de cette organisation seront validées par les experts visiteurs lors de la visite de certification de l'établissement.

<sup>6</sup> « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » Jean-Yves Grall, août 2007.

<sup>7</sup> « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire », Philippe Blanchard, Marc Dupont, Rolland Ollivier, Catherine Ferrier, Xavier Pretot, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, 2006, rapport IGAS n° 2006-019 IGA n° 006-07-02.

Précisions et commentaires de l'UNAF : l'amélioration des relations entre la médecine libérale et la médecine hospitalière est un leitmotiv que l'on entend dans toutes les réformes depuis des dizaines d'années. Pourtant, et les conditions qui ont été faites dans le cadre des EGOS ou de la commission Larcher peuvent en témoigner, le manque de communication entre ces deux modes d'exercice existe toujours et peut être parfois très préjudiciable à la qualité de la prise en charge du malade. Peut-on aujourd'hui se permettre de financer deux médecines qui s'ignorent, voire parfois se déignent ? Peut-on accepter cette situation, alors même que nous sommes confrontés à un problème de démographie médicale qui nécessite la coopération de tous ? La réponse est évidente, un chantier s'ouvre, mais nous devons être tous conscients que cette coopération doit se construire au quotidien dans le respect de tous. Il est évident de le dire, il sera sans doute plus difficile de le réaliser tant cette dichotomie entre les deux médecines est ancrée. La commission Larcher a par ailleurs proposé qu'il puisse y avoir une identification pour chaque malade hospitalisé d'un médecin référent en charge des contacts avec la famille et le médecin traitant. Là encore, le chemin risque d'être long et semé d'embûches, cette demande avait déjà été exprimée par l'UNAF lors de son Assemblée Générale de 1991 consacrée à la santé... Ces différents points, s'ils sont repris dans les référentiels de la prochaine version de la certification, devront être étudiés avec attention par les représentants des usagers au sein des différentes structures où ils siègent. Nous devons nous assurer de l'effectivité de cette relation et de cette coopération entre la médecine de ville et la médecine hospitalière (et également le secteur médico-social) car elle est un point essentiel de la qualité de la prise en charge, surtout au moment où les patients passeront de plus en plus régulièrement d'un secteur à un autre.

- Réaffirmation du **rôle central des hôpitaux locaux** dans la prise en charge des patients, notamment âgés.

Précisions et commentaires de l'UNAF : si tous les établissements ne pourront pas tout faire, il est important que tous les besoins dans la population soient couverts. Tel n'est pas le cas. Le développement des maladies chroniques<sup>8</sup>, le vieillissement de la population<sup>9</sup>, les évolutions des techniques médicales, le problème de la démographie médicale sont autant d'éléments qui nécessitent que l'on se réinterroge sur l'organisation et la fonction des différents types d'établissements. L'hôpital local a sans aucun doute, dans ce cadre, une belle carte à jouer et doit prendre toute sa place dans une nouvelle organisation de l'offre de soins au sein d'un territoire donné. L'hôpital local ne doit en aucun cas être une simple variable d'ajustement, mais bien être l'interface entre le monde hospitalier et le monde libéral, entre le milieu sanitaire et le médico-social. Par exemple, certains hôpitaux locaux pourront se transformer, et lorsque cela sera nécessaire, en maisons pluridisciplinaires de santé.

- **Repenser l'admission des personnes âgées** dans les hôpitaux afin qu'elles ne passent pas systématiquement par le service des urgences, mais qu'elles puissent aller directement dans le service adéquat. Cela permettrait également de désengorger les services des urgences.

Précisions et commentaires de l'UNAF : cette organisation, si elle est bien réalisée, devrait permettre de mieux gérer la prise en charge des soins non programmés et d'éviter, en particulier, qu'une personne âgée passe parfois des heures à attendre sur un brancard ou dans un couloir d'un service d'urgence, alors que son cas relève d'une prise en charge dans un service où elle est généralement connue ou dans un service spécialisé. Cette mesure implique néanmoins une bonne coordination entre les différents acteurs (ce qui suppose qu'ils se connaissent préalablement) une bonne gestion des lits disponibles et une bonne organisation au sein de l'hôpital de la prise en charge des soins non programmés.

- Création d'un nouveau métier (même si de fait de nombreux infirmiers, notamment en ville, l'exercent déjà et que cette fonction est prévue dans le plan Cancer et dans le dernier plan Alzheimer) celui de **coordonnateur de soins**. Ce professionnel sera chargé de coordonner, dès l'admission de la personne, les conditions de sa sortie.

Précisions et commentaires de l'UNAF : cette fonction de coordination est importante car elle peut éviter que de nombreuses personnes, en particulier âgées, restent dans les services hospitaliers car les services n'ont pas une véritable vision des solutions disponibles pour les faire sortir. Pire encore et la lecture des lettres de réclamation que nous faisons dans les CRUQPC montre que ces pratiques sont courantes, le patient sort (la T2A pousse d'ailleurs à une durée médicale de séjour courte) sans qu'une véritable analyse des conditions de sortie soit réellement faite. Ceci peut aboutir à des catastrophes.

<sup>8</sup> 8 millions de malades sont actuellement recensés en affections de longue durée et ce nombre augmente de 5 % par an depuis 10 ans.

<sup>9</sup> L'effectif des 75 ans ou plus passera de 4,2 millions à 8,3 millions de personnes entre 2000 et 2030, et celui des 85 ans ou plus de 1,2 million à 2,4 millions. En 2050, les plus de 65 ans seront 19 millions soit 28 % de la population contre 16 % aujourd'hui.

trophes, ou tout du moins à des réhospitalisations en urgence, alors même qu'une meilleure prévision et organisation de la sortie aurait pu éviter ces situations. Il est indispensable que cette analyse de la situation de la personne prenne en compte bien entendu sa situation médicale, mais intègre également les conditions de logement et les besoins d'accompagnement ou de facilitation de la vie quotidienne, tenant compte par exemple de l'existence ou non d'aidants familiaux ou professionnels auprès de la personne. Cette analyse doit être menée dès l'entrée en hospitalisation. Sans une analyse de ce type, les conditions de sortie des personnes les plus fragiles risquent d'être difficiles. Le développement de cette fonction nécessite qu'elle soit parfaitement intégrée dans l'organisation interne de l'établissement et risque de dépendre fortement de la manière dont elle sera valorisée, en particulier financièrement. Néanmoins, une telle organisation et coordination correspondent à de véritables évolutions des missions de l'hôpital, ce qui sous-tend, une fois encore, que l'hôpital ne soit pas recroquevillé sur lui-même, mais s'ouvre à toutes les organisations qui existent dans son territoire d'intervention.

- **Recentrage de l'hôpital sur la prise en charge de la phase aiguë** tout en prenant également en charge la phase « post aiguë » de la maladie et la prise en charge du grand âge et de la dépendance. « La **recomposition** de l'offre de soins au sein de chaque territoire **ne se traduira pas par la fermeture des hôpitaux** ».

Précisions et commentaires de l'UNAF: cette affirmation du président de la République fera sans doute couler beaucoup d'encre. En effet, de nombreux élus, personnels, habitants craignent que cette réforme de l'offre de soins ne se traduise par la fermeture de petits établissements, sans tenir compte des spécificités (géographiques, sociales, ...) des territoires et que ces fermetures ne se fassent que sur une analyse purement économique, comme cela put être le cas lors de la refonte de la carte judiciaire. Le président s'engage à faire différemment. L'UNAF, comme beaucoup d'autres partenaires, restera néanmoins attentive à cela. Nous avons d'ailleurs accepté de travailler dans le cadre de la mission Larcher, qu'à la condition que ces travaux n'aboutissent pas à la rédaction d'une carte sanitaire visant à réduire fortement le nombre d'établissements. Néanmoins, si la fermeture doit être l'exception, l'UNAF est cependant consciente de la nécessité de partir des besoins de la population et de transformer, si cela est nécessaire, l'orientation de tel ou tel établissement ou de redéployer des lits de MCO<sup>10</sup> vers les SSR. Par ailleurs, le recentrage des missions de l'hôpital sur la phase aiguë de la prise en charge implique, là encore, que les structures d'amont et d'aval (médecine de premiers recours, prise en charge ambulatoire, alternative à l'hospitalisation, structures de soins de suite, services à la personne, lits en maisons de retraite médicalisées...) existent en nombre suffisant et fonctionnent d'une manière cohérente, ce qui n'est pas toujours le cas. Aujourd'hui, des hospitalisations ont lieu parce que justement il y a carence de ces services en amont et en aval. La faiblesse des soins de suite par exemple, conduit à des hospitalisations non appropriées, en court séjour et donc à des défauts de qualité et à des surcoûts. Le recentrage des missions de l'hôpital sur la phase aiguë ne peut donc être envisagé qu'en développant parallèlement les autres organisations. La création des nouvelles ARS avec des champs couvrant à la fois l'offre hospitalière, libérale et le médico-social devrait contribuer à cela. Il sera, par ailleurs, sans doute nécessaire de développer, aux côtés des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) centrés sur l'offre hospitalière, des schémas régionaux de l'offre libérale pour aboutir à une véritable complémentarité.

- **Création de communautés hospitalières de territoire.** Les établissements publics au sein d'un territoire seront « incités » à constituer de telles communautés **sur la base d'un projet médical commun**.

Précisions et commentaires de l'UNAF: cette communauté sera une nouvelle catégorie d'établissement public. L'objectif est d'avoir une stratégie médicale cohérente et de favoriser les complémentarités entre les établissements publics d'un même territoire et d'éviter que les établissements publics se concurrencent inutilement entre eux. Ces communautés (la commission Larcher a pris comme modèle l'intercommunalité) devront définir un projet commun pour leurs activités, définissant clairement les complémentarités et les spécialisations d'activités recherchées. Le projet de loi précisera les fonctions qui feront obligatoirement partie de la communauté (selon le rapport Larcher : une équipe de direction commune, des programmes d'investissement, la stratégie médicale, la gestion des médecins et des cadres, les systèmes d'information, les fonctions logistiques support, la politique de qualité et la gestion des risques, la certification, la gestion des comptes) et celles qui seront, par convention, de compétences optionnelles. Le type de communauté pourra donc différer d'un territoire à l'autre. Le président de la République a demandé à son ministre de la santé que les 10 milliards de l'enveloppe « hôpital 2012 » soient pour partie utilisés comme moyen d'« incitation ». La création de ces communautés sera sans aucun doute l'un des gros morceaux de la réforme. Leur contour reste pour le moment assez flou. De même, la notion de l'étendue du territoire n'est pas définie par le président de la République (ni d'ailleurs par la commission Larcher). Mutualiser certaines fonctions devrait permettre plus de souplesse dans la gestion. De même, définir un projet médical de territoire est cohérent avec une meilleure organisation de l'offre de soins. Il n'en demeure pas moins que la réalisation d'un projet médical de territoire n'est pas un objectif nouveau puisque c'est justement le rôle des conférences

<sup>10</sup> MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et SSR : service de soins de réadaptation.

sanitaires de territoire qui ont été mises en place par l'ordonnance du 4 septembre 2003, il reste donc à voir comment tout cela va s'articuler. Le représentant des usagers au sein de la commission Larcher a par ailleurs insisté pour que le découpage territorial (qui se fera dans le cadre des SROS) prenne en compte les données géographiques et sociologiques locales, tout en restant d'une taille compatible avec le jeu de solidarités locales. Il n'est pas question de mettre en place des petites « AP/HP » de territoire. Le rôle en la matière des futures Agences régionales de la santé (ARS) sera à ce titre déterminant. Le projet de santé de territoire devra également définir les relations entre les communautés hospitalières et les établissements privés et répartir les missions de service public entre les différents établissements. Il devra aussi être cohérent avec le champ social et médico-social, cette mise en cohérence fera d'ailleurs l'objet d'une convention entre l'ARS et les conseils généraux.

- « Il est indispensable de renforcer les **collaborations entre établissements publics et privés** en modernisant les groupements de coopération sanitaire<sup>11</sup> et en offrant la possibilité de signature d'un **contrat de service public** entre les cliniques privées et l'ARS ».

Précisions et commentaires de l'UNAF : la commission Larcher n'a pas voulu partir d'un idéal où l'offre publique existerait sur tout le territoire, mais plutôt faire preuve de pragmatisme. Aujourd'hui, dans certains lieux, dans certaines spécialités, la part du privé a pris une place considérable (70 % de la chirurgie ambulatoire se fait dans des établissements privés), il est donc indispensable que les populations de ces territoires puissent bénéficier de ces interventions. Ce contrat doit cependant contenir des engagements (définis dans un cahier des charges comportant des clauses dont la nature sera fixée réglementairement) précis concernant notamment la participation à la permanence des soins, des obligations relatives au secteur 1 (accueil en urgence, CMU, prise en compte des situations de précarité...), modération du secteur 2 et évaluation. Si les obligations de ce contrat ne sont pas respectées, il sera nécessaire qu'une clause prévoie le remboursement par l'établissement des financements éventuellement distribués pour assurer ces missions de service public, avec des pénalités lourdes. Par ailleurs, une clause d'ordre public de respect de ces obligations devra figurer dans les contrats individuels des médecins qui exercent dans ces établissements afin qu'ils soient engagés et responsabilisés vis-à-vis de ces obligations. Si l'on veut participer aux missions de service public il faut en accepter les avantages (éligibilité à des subventions, à des investissements...), mais également toutes les contraintes. Le président de la République n'a pas repris dans son discours un point important du rapport Larcher, que nous souhaitons relever : si nous pouvons comprendre l'importance d'un partenariat public/privé, il faut veiller à ce que des monopoles de groupes privés ne s'installent pas dans certains bassins. Le rapport Larcher préconise ainsi que les futures ARS puissent saisir la DGCCRF pour l'examen des règles de concurrence en matière d'offres de soins sur un territoire de santé pouvant aller jusqu'à une appréciation par discipline médicale. Nous devons veiller à ce que cette disposition apparaisse bien dans le projet de loi de modernisation.

« **La gouvernance** de l'hôpital public doit être **réformée** autour d'un directeur assumant pleinement ses responsabilités, la transformation du conseil exécutif en **directoire** et du conseil d'administration en **conseil de surveillance** ».

Précisions et commentaires de l'UNAF : dès la mise en place de la commission Larcher, le président de la République avait indiqué son désir de ne voir qu'un seul « patron » à l'hôpital public et que ce patron devait être le directeur. Le directeur serait nommé sur proposition du conseil de surveillance par le directeur de l'ARS. La durée de son mandat est à durée limitée (a priori 5 ans) sur la base d'une lettre de mission. Son activité sera évaluée par l'ARS. Le conseil d'administration et le conseil exécutif seront donc remplacés (au moins pour les CHR-U et les communautés hospitalières de territoire) par un conseil de surveillance et un directoire. Le conseil de surveillance aura pour mission de valider la stratégie et de surveiller les équilibres économiques et financiers. Il sera composé de trois collèges (1/ élus représentant les établissements membres de la communauté ; 2/ représentants du personnel médical et non médical des établissements membres ; 3/ personnes qualifiées, représentants des usagers et représentants des professionnels libéraux désignés). Le président du conseil sera désigné par le collège 1 et 3 parmi les élus et les personnes qualifiées. Le président du conseil de surveillance pourrait donc ne pas être un élu. Un représentant (sans doute un administratif et non un membre du conseil comme cela était le cas avant la réforme de 1996) de l'assurance maladie pourrait également siéger pour évoquer l'application par l'établissement de la politique de gestion du risque défini sur le territoire. Le directoire serait, quant à lui, présidé par le chef de l'établissement et co-présidé par le président de la commission médicale d'établissement (CME) et composé de représentants des responsables de pôle et le directeur des soins. Certains commentateurs regrettent que l'on n'ait pas

<sup>11</sup> Le groupement de coopération sanitaire (GCS) peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé publics, privés ou médico-sociaux. Il réalise et gère pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, tels que les blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'une organisation commune qui permet l'intervention des professionnels médicaux et non médicaux mis à la disposition du GCS. Le GCS n'est pas un établissement de santé, il est doté de la personnalité morale selon sa composition de droit public ou privé. Cette structure est créée par une convention constitutive approuvée par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation. Elle est tenue de se soumettre à la procédure de certification.

attendu de dresser un bilan de la nouvelle gouvernance mis en place en 2005 dans le cadre d' « hôpital 2007 » avant déjà de la réformer, ce qui risque de développer une certaine confusion et entraîner une lassitude vis-à-vis du rythme des réformes. La transformation du conseil d'administration en conseil de surveillance ne devrait pas changer fondamentalement le rôle de ce conseil car, il faut bien le reconnaître, la capacité « d'administration » du conseil était assez limitée. La place de représentants des usagers dans le nouveau conseil n'est pas remise en cause. Il reste que l'on peut s'interroger sur la capacité d'autonomie de manœuvre du directeur vis-à-vis de l'ARS.

A tous ces points s'en ajoutent d'autres concernant :

- des évolutions du statut des praticiens hospitaliers avec une possibilité de contractualisation de droit privé sur la base du volontariat ; une diversification des rémunérations de ces praticiens (avec une part de rémunération fixe et une part de rémunération variable contractuelle en fonction de valences fondées sur la prise de responsabilités au sein de l'hôpital, niveau d'activité pénibilité, enseignement-recherche...).
- une modernisation de la gestion des hôpitaux avec une modification de leur statut leur permettant de pouvoir bénéficier de certains assouplissements quant aux règles de marchés publics (et permettra ainsi aux établissements publics de pouvoir mener à bien des politiques d'investissements dans des délais comparables à ceux de l'hospitalisation privée).
- des mesures favorisant le développement de la recherche biomédicale et une meilleure structuration de l'enseignement et de la recherche.

Le projet de loi « Santé, patients et territoires » devrait donc reprendre, dans le chapitre consacré à l'offre hospitalière, la plupart des éléments que nous venons de présenter. Cette partie suscitera un grand nombre de réactions car elle sous-tend une véritable réorganisation de l'offre hospitalière au sein des territoires de santé. Elle conduira inmanquablement à la réorientation de l'activité d'un certain nombre d'établissements. Nous devons, quant à nous, veiller à ce que cette recomposition, sans doute nécessaire, se fasse sur le fondement d'une analyse réelle des besoins de la population tenant compte de certaines spécificités populationnelles, géographiques, sociales et pas uniquement sur l'efficacité, même si cette variable est aujourd'hui incontournable. Nous pouvons néanmoins craindre que cette marge de manœuvre soit des plus réduites, d'autant plus que ni la commission Larcher, ni le président de la République n'ont fait état de la situation financière très précaire de certains établissements de santé. Ce débat ne sera sans doute pas déconnecté des mesures qui seront prises dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances 2009 qui s'effectuera durant la même période.

---

## **LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)**

---

### **Les rapports Ritter et Bur**

#### **I. Contexte :**

La création d'agences régionales de santé figurait dans le programme du candidat Nicolas Sarkozy. Durant l'été 2007, Roselyne Bachelot a confié au préfet Philippe Ritter, une mission chargée de faire des propositions pour la création de ces agences en s'appuyant sur une large concertation des acteurs concernés.

Parallèlement, une mission d'information de l'Assemblée nationale a été mise en place sous la présidence d'Yves BUR.

Les différents acteurs concernés (médecins, assurance maladie, hôpital...) s'accordent sur la pertinence d'un niveau régional déconcentré pour l'organisation du système de santé. Il est important de souligner qu'il s'agit bien de déconcentration et non de décentralisation.

Les deux rapports ont été rendus publics début 2008. Ils dressent un état des lieux similaire et prônent la régionalisation. Les modalités de mise en œuvre diffèrent cependant.

Un avis de la Conférence nationale de Santé (CNS) a également été rendu fin novembre 2007.

#### **II. L'avis de la conférence nationale de santé :**

La conférence nationale de santé a rendu un avis favorable à la création des ARS qui doivent jouer un véritable rôle de réorganisation du système de santé en région.

La CNS fixe huit critères pour juger de l'utilité et de l'intérêt des conditions de mise en œuvre des ARS.

Ainsi, pour la CNS les ARS :

- ne doivent pas affaiblir le rôle de l'État
- doivent assurer une régulation régionale effective du système de santé (en favorisant notamment l'égalité d'accès à l'offre de soins)
- doivent promouvoir la démocratie sanitaire
- doivent simplifier le système existant
- devront être capables de pallier les carences du système de soins actuel en permettant le développement et la promotion de la santé et de la prévention
- devront être capables de décloisonner le sanitaire et le social
- devront permettre la promotion des soins de santé primaire
- devront participer à l'évaluation régionale du système de santé

## II. Présentation des rapports :

### 2.1 Etat des lieux du système de santé français :

*P. Ritter et Y. Bur établissent un constat quasiment identique :*

- des dépenses de santé élevées
- des réformes qui ont donné des résultats positifs mais insuffisants
- une organisation du système de santé éclatée et cloisonnée
- un manque de lisibilité de l'organisation de la santé au niveau régional
- une répartition peu lisible entre les acteurs et notamment entre l'Etat et l'assurance maladie
- une prévention des soins pénalisée
- une efficacité et une efficacie qui méritent d'être améliorées
- des inégalités importantes entre les régions
- des inégalités au sein d'une même région

La régionalisation du système de santé est donc inéluctable, afin d'unifier le pilotage au niveau régional en le rendant plus efficient et plus efficace.

### 2.2 Les principaux points d'action communs aux deux rapports :

S'agissant de l'efficacité, les principaux points d'actions mis en avant sont :

- le renforcement de la prévention
- l'amélioration de l'organisation de la permanence des soins
- la structuration de l'offre de soins primaires
- l'amélioration du parcours de soins des patients
- le renforcement de la territorialisation des politiques de santé

S'agissant de l'efficacie, les principaux points d'actions mis en avant sont:

- une meilleure structuration et une maîtrise de l'offre ambulatoire
- un renforcement des restructurations et de l'efficacie à l'hôpital
- une recomposition de l'offre hospitalière au profit du médico-social.

S'agissant du périmètre des futures agences, P. Ritter, et Y. Bur convergent vers un périmètre d'intervention large dans les domaines :

- de la prévention des soins
- de l'éducation à la santé
- de la veille et de la sécurité sanitaire
- des soins ambulatoires et des soins hospitaliers
- du secteur médico-social
- de la formation sanitaire et sociale
- de la politique de santé publique
- de la gestion des crises...

Les deux rapports demandent la création d'un ORDAM (objectif régional des dépenses d'assurance maladie) mais différent dans sa mise en application.

Ils demandent également que les futures ARS aient accès aux informations de l'assurance maladie et qu'un système d'information cohérent et transversal soit mis en place.

Enfin, les ARS devront être, selon P. Ritter et Y. Bur, organisées en pôles de compétence, dont un pôle transversal, afin d'éviter le cloisonnement et le manque de coordination du système tel qu'il existe aujourd'hui.

### **2.3 Les points de divergences :**

#### **La gestion du risque :**

Les deux rapports s'accordent sur la nécessité d'une gestion régionale de la gestion du risque. Néanmoins, P. Ritter ne fait pas de distinction entre organisation des soins et gestion du risque, qui doivent selon lui être gérés par le même organisme.

Pour Y. Bur, la distinction est importante : il propose de confier aux ARS la charge de l'organisation de l'offre de soins et de la santé publique.

Et à une nouvelle direction régionale de l'assurance maladie, la régulation des dépenses de santé (DIRAM : direction régionale de l'assurance maladie régulatrice des dépenses). Les deux instances devant bien entendu travailler ensemble mais leurs missions ne doivent pas être confondues.

#### **La gouvernance des ARS :**

Les deux rapporteurs insistent sur la nécessité que les ARS soient dirigées par un directeur nommé en Conseil des Ministres ayant de véritables pouvoirs.

Aux côtés du directeur, P. Ritter imagine la création d'un conseil ayant voix délibérative et une conférence régionale de santé (avec des représentants des collectivités territoriales, des patients, des professionnels de santé...). Yves Bur, lui, propose un conseil de surveillance d'une douzaine de personnes, présidée par le préfet, qui serait un intermédiaire entre le directeur de l'ARS et la conférence régionale de santé.

#### **Le pilotage régional :**

Compte tenu de leur vision différente vis-à-vis de la gestion du risque, le système de gouvernance prôné est différent.

Pour Philippe Ritter, il y a nécessité d'un exécutif fort et resserré :

- une nomination du directeur de l'ARS qui garantisse son autorité
- une instance de concertation avec les partenaires du secteur de la santé. Le développement des ARS entraînera la disparition des ARH (agences régionales d'hospitalisation), des URCAM (unions régionales des caisses d'assurance maladie), des MRS (missions régionales de santé), et des GRSP (groupements régionaux de santé publique).

La nouvelle organisation va également conduire à une profonde reconfiguration des DDASS et des DRASS et du niveau régional des trois régimes obligatoires d'assurance maladie.

Yves Bur envisage, quant à lui, une gouvernance territoriale en renforçant la démocratie sanitaire et propose notamment de modifier la composition des conférences régionales de santé et des conférences territoriales (compétences devraient être égales à celles des ARS : le médico-social sera donc représenté au sein des ARS).

#### **Le pilotage national :**

La réussite des ARS nécessite la mise en œuvre d'une structure nationale.

Aucun des deux rapports ne tranche cette question puisque ce pilotage sera fonction des options prises au niveau des ARS elles-mêmes.

Cependant, les deux rapports proposent des pistes.

Yves Bur envisage deux scénarios :

- soit les ARS cumulent les fonctions d'organisation de l'offre de soins et celles de la régulation des dépenses de santé, sous le contrôle d'une agence nationale de santé (étatisation de l'assurance maladie)
- soit les fonctions d'organisation du système de santé et celles de régulation des dépenses de santé sont séparées. Les 1ères confiées aux ARS sous la responsabilité du ministère en charge de la santé et les secondes à l'assurance maladie. Dans cette 2<sup>ème</sup> solution, une clarification entre le rôle de l'Etat et celui de l'assurance maladie sera nécessaire.

Philippe Ritter propose quant à lui trois scénarios :

- création d'un conseil de l'organisation des soins (créé sur le modèle du conseil de l'hospitalisation actuel)
- création d'un opérateur unique central de santé (qui rassemblerait l'ensemble des compétences de l'Etat et celles de l'assurance maladie)
- création d'un service rattaché au ministère de la santé chargé de l'animation des ARS et doté de pouvoirs propres.

#### IV. Les options retenues par les pouvoirs publics :

La ministre de la santé a indiqué le 18 mars 2008 au Médec, que la réforme concernant la mise en place des ARS se fera et se concrétisera dans le projet de loi présenté au parlement à l'automne, cette réforme sera menée dans la concertation.

Le Conseil de modernisation des politiques publiques du 4 avril, présidé par Nicolas Sarkozy, a confirmé la mise en place des ARS en 2009.

*“Une réforme ambitieuse de l'administration régionale de la santé sera conduite, précise le CMPP, en regroupant au sein d'agences régionales de santé, les services déconcentrés actuels de l'Etat (la partie santé des DDASS et des DRASS), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les Missions régionales de santé (MRS), les Groupements régionaux de santé publique (GRSP) et une partie des services régionaux des trois régimes d'assurance maladie“.*

Le périmètre des ARS sera large, incluant la prévention et l'éducation à la santé, les soins de ville, les soins hospitaliers et le médico-social. Par contre, concernant la veille sanitaire, leurs compétences devront s'articuler *“avec le rôle du préfet dans la gestion des crises notamment sanitaires“.*

Compétentes en matière d'organisation des soins, les ARS le seront aussi pour la gestion du risque et la régulation des dépenses, mais, comme le précise le CMPP, *“dans le respect des compétences et de l'organisation de l'Assurance maladie“.*

En matière de régulation des dépenses, elles pourront passer des conventions avec les caisses d'assurance maladie.

Le CMPP n'a donc pas vraiment suivi les recommandations du député Yves Bur qui préconisait de distinguer le métier d'organisateur, confié aux ARS, de celui de gestionnaire du risque qu'il proposait d'attribuer à l'assurance maladie.

Les ARS seront pilotées par une structure *“additionnant“* les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie. *“Les services de l'Etat et ceux de l'Assurance maladie seront ainsi rapprochés au sein d'une coordination forte, note le CMPP, afin d'assurer la plus grande cohérence des objectifs fixés aux ARS et à leurs partenaires“.*

Nicolas Sarkozy a précisé que le préfet de région devrait être également le président du conseil de surveillance de l'ARS afin de ne pas créer deux administrations distinctes.

Cette réforme nécessite cependant encore beaucoup d'arbitrages, notamment sur le rôle de l'assurance maladie au sein des ARS.

---

---

## DERNIÈRES NOUVELLES

---

---

Depuis la parution de ces rapports et l'allocution du président de la République à Neufchâteau, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot-Narquin a précisé un certain nombre de points, ainsi le projet de loi devrait comporter 5 titres traitant respectivement de :

- L'amélioration de l'accès aux soins des populations vulnérables et des plus démunis. La ministre de la santé a souligné, sur ce point, qu'elle souhaitait faire évoluer la tarification à l'activité afin que cette dernière tienne mieux compte de la situation sociale des patients. La prise en charge des patients en situation de précarité étant souvent plus longue, les établissements les prenant en charge sont actuellement pénalisés.

Cette situation avait d'ailleurs été pointée par le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. La ministre a donc annoncé, lors de son allocution à Hôpital Expo, son intention d'accroître les ressources allouées aux établissements ayant une proportion importante de patients en situation de précarité, cette précarité étant mesurée par le nombre de patients bénéficiaires de la CMU, de l'AME, du RMI ou sans solution de logement stable.

- Un accès aux soins plus égalitaire sur le territoire.
- Des établissements de santé piliers du système de soins « qui soient plus souples dans leur gestion et plus performant dans leurs activités afin qu'à la graduation des besoins correspondent la graduation des soins et la graduation des structures ».
- Un pilotage unique et performant par les agences régionales de santé (ce sujet pourrait l'objet d'une ordonnance).
- Une réforme globale de la biologie médicale (sujet qui pourrait à terme être traité dans le titre 2).

