

3 questions à :

Patrick LE JEUNE *Consultant en stratégie des établissements de santé*

Quelles sont, selon vous, les avancées essentielles portées par le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » ?

« Chacun sait désormais que le système de santé doit garantir la sécurité en maîtrisant les coûts. L'hôpital voulait jusqu'à aujourd'hui être très autonome. Il était dans l'idée que l'hôpital n'était pas un véritable hôpital s'il ne faisait pas tout... Certains établissements se sont ainsi dispersés en ressources. La complémentarité devrait permettre à chacun d'avoir une activité recentrée, de se renforcer, en lien avec l'autre. Les communautés hospitalières sont pour moi une bonne réponse à la fois aux besoins de santé et aux impératifs de gestion. Enfin, la notion de besoin de santé est pertinente à l'échelle du territoire. Car, si la région est un point d'observation pour déterminer des objectifs de santé publique, un bon point de pilotage, elle est pour la majorité des pathologies un champ trop large pour agir. L'échelle idéale de l'action serait l'échelle des établissements, mais elle est trop limitée. L'échelle d'un territoire regroupant plusieurs établissements semble vraiment idéale pour prendre en compte des besoins et y répondre. »

Pensez-vous qu'il y ait des écueils à la mise en œuvre de ces principes ?

« Oui, et pour moi, le premier écueil est financier : la tarification à l'activité (T2A) pousse plus les établissements à la concurrence qu'à la collaboration. Le dispositif de financement actuel doit s'adapter à un financement territorial. La réforme devra ensuite se faire avec les hommes en place ; les anciens réflexes, les anciennes concurrences risquent de freiner la mise en place d'une réelle collaboration à l'échelle des territoires. Selon moi, la démographie médicale est plutôt un accélérateur, car la rareté favorise la concentration. Le modèle culturel d'exercice médical a changé : les jeunes praticiens préfèrent être dans les 10 premiers collaborateurs d'une forte équipe plutôt que le premier d'une équipe trop restreinte. »

Quelles implications la loi pourrait-elle avoir dans la région Nord – Pas-de-Calais ?

« Le Nord – Pas-de-Calais devrait bien se prêter à la mise en place des communautés hospitalières de territoires d'une taille réaliste de 300 à 900 millions d'euros. Les hôpitaux de la région pèsent 2,5 milliards d'euros. Imaginez qu'à elle seule l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris représente près de 6 milliards d'euros, le modèle d'une Assistance Publique Régionale n'est pas adapté à notre situation ! Les communautés hospitalières auront dans le Nord – Pas-de-Calais une bonne taille critique : il n'y aurait pas de « monstres » difficiles à gérer. Mais il faudrait revoir les territoires actuels qui sont parfois de « faux territoires », si on considère qu'un territoire est un ensemble qui offre une réponse homogène. Prenons le Littoral par exemple : selon moi, Dunkerque ne peut être relié, de ce point de vue, avec le CHAM de Rang du Fliers. Pour le bassin Métropole, il y a plutôt un territoire du Nord-Est avec Roubaix et Tourcoing notamment, et un autre avec Armentières, Lille, jusqu'à Seclin, voire un territoire Flandres-Lys. Carvin est « attiré » par la Métropole mais il est dans l'Artois car situé dans le département du Pas-de-Calais. À Douai, il n'y a pas de flux vers Lens et pourtant c'est le même territoire. On pourrait imaginer qu'il y ait ici entre 6 et 8 communautés hospitalières. A priori, il s'en dessine 2 sur le territoire maritime, 2 en Métropole, l'Artois resterait inchangé, sauf Douai dont la place est à définir peut-être avec le Cambrésis. Bien sûr, tout dépend de ce que l'on veut faire. Pour moi, il s'agit d'associer des hôpitaux publics et parfois privés pour répondre de façon coordonnée et répartie aux besoins sanitaires et sociaux d'une population donnée. Le cahier des charges de chaque communauté hospitalière devra permettre de répondre à la question suivante : qui faut-il coordonner pour répondre au mieux à ces besoins ? »

50/51° NORD

Le territoire et la santé : une nouvelle approche ?



Le territoire a toujours été l'objet d'espérances pour ce qui est de l'organisation des soins.

Aujourd'hui, la façon d'appréhender le territoire évolue : c'est, du moins, ce qu'annonce le document d'avant-projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Ce document ne fait pas que s'inscrire dans une continuité mais va plus loin, prenant, semble-t-il, de l'avance sur les mentalités. Être en avance et provoquer des avancées : n'est-ce pas là l'objet d'une politique ? Dans le Nord – Pas-de-Calais, la thématique « territoire et santé » n'est pas sous-estimée.

La recomposition de l'offre a été engagée depuis la fin des années 1990 impliquant notamment le développement de coopérations entre les établissements de santé.

Parce qu'elle est déjà engagée dans cette dynamique, la région Nord – Pas-de-Calais ne devrait pas être prise au dépourvu par la loi en projet. Mais, pour autant, quelles transformations impliquerait-elle dans le cas où le texte en projet serait voté tel quel par les institutions nationales ?



« HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES » : VERS UNE ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ

Après avoir beaucoup circulé alors qu'il n'était qu'un avant projet, le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a été présenté au Parlement le 22 octobre dernier. Avant le vote de la loi prévu en janvier 2009, quelques points clés du projet de loi annoncent des changements importants qui méritent que l'on s'y intéresse de près.

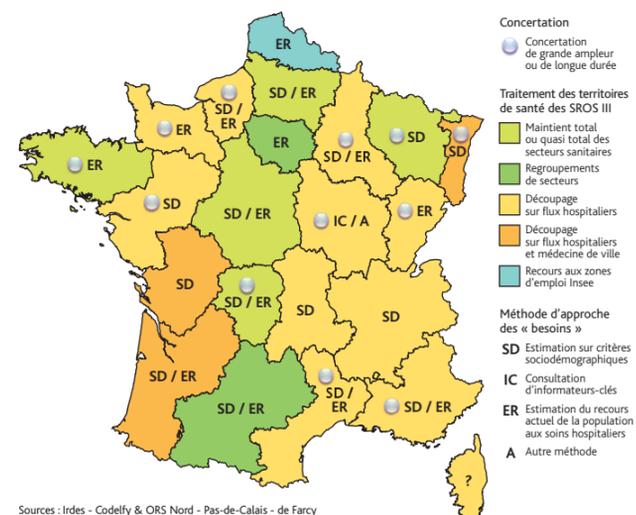
DEPUIS 1999, LE TERRITOIRE DÉCRIT COMME UN ENJEU POUR L'ORGANISATION DES SOINS

Le projet de loi s'inscrit dans une continuité de réformes, engagées depuis 1996. Régionalisation, organisation territoriale sont des notions qui se sont appliquées à l'hospitalisation au travers des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) II et III.

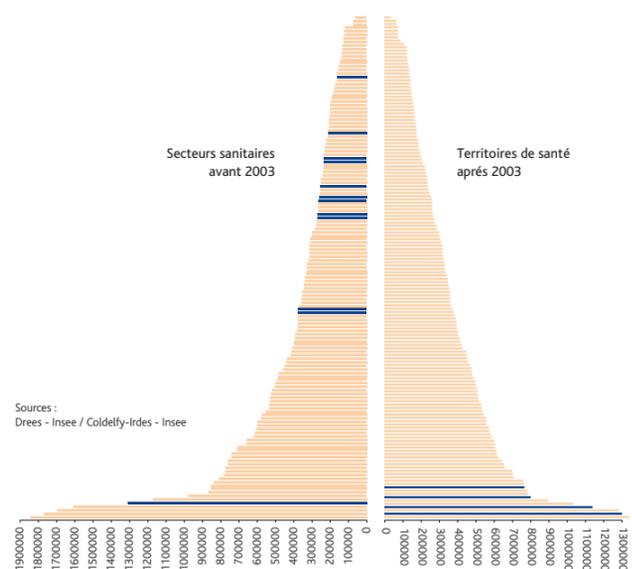
Dans le Nord – Pas-de-Calais, le SROS 1999-2004 a amené, sur la base d'une étude des besoins de soins, la création de bassins de vie, l'augmentation de la production de soins, le début de l'implication des élus locaux dans la politique de santé. En 2006, les textes produits par le ministère pour la construction des SROS III prévoyaient ensuite la définition de nouveaux territoires de santé, une concertation entre tous les acteurs de soins – hospitaliers, professionnels de ville –, la présence renforcée des élus locaux et une place pour les représentants des usagers, d'abord reconnus dans la loi d'avril 2002 (droits des usagers). L'idée des projets médicaux de territoire ainsi élaborée reposait sur la nécessité de décloisonner l'offre de soins le plus possible et d'adapter la réponse au plus près des besoins de santé.

Toutes les régions se sont vu reconnaître la capacité de mettre en place le découpage territorial le plus approprié, les modes de concertation et l'estimation des besoins de santé, selon des approches qu'elles étaient libres de définir. Le succès dans l'application de ces principes a été très variable selon les régions, en partie parce que, pour la première fois, il ne s'agissait pas d'appliquer une méthode dans 26 régions. 26 méthodes, somme toute, ont été mises en œuvre, dont certaines ont été plus probantes que d'autres, en Bretagne par exemple.

BILAN DE SYNTHÈSE DES APPLICATIONS RÉGIONALES DES OBJECTIFS DU SROS DE TROISIÈME GÉNÉRATION CONCERTATION, CRÉATION DES TERRITOIRES DE SANTÉ, ESTIMATION DES BESOINS



POPULATIONS COUVERTES PAR LES ANCIENS « SECTEURS SANITAIRES » ET LES NOUVEAUX « TERRITOIRES DE SANTÉ »



L'extrême variabilité des secteurs sanitaires était un fait connu avant la conception même des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire en 2003. L'écart a été considérablement diminué entre les plus peuplés et les plus restreints. Dans le Nord - Pas-de-Calais, les écarts entre les populations des quatre Bassins de vie, mis en place en tant que « territoire de santé » n'est plus aussi étendu. Les populations desservies placent dans les premiers rangs des « territoires de santé » existants à ce jour.

VERS UNE ORGANISATION TERRITORIALE DE LA SANTÉ

Le projet de loi contient d'abord la notion d'organisation territoriale de la santé, et plus seulement du soin.

Les Agences Régionales de Santé (ARS), rassembleront sous une même autorité le volet préventif et curatif. Concrètement, les ARS auraient pour mission d'accompagner la définition d'un Schéma régional d'organisation des soins ambulatoires, autour de la notion de soins de premiers recours, qui comprendraient la prévention, l'éducation à la santé, la médecine de ville, le médico-social et plus seulement l'hospitalisation. Tous les acteurs concernés devraient être impliqués dans la définition du schéma. Ceci concernera non seulement les services de l'État, les élus locaux, la totalité des métiers de santé mais aussi, la nouveauté est importante, la médecine du travail, la santé scolaire, la protection maternelle et infantile, et également les acteurs de l'aménagement du territoire qui travailleront de concert. C'est la première fois que les acteurs de l'aménagement du territoire sont cités dans un texte du ministère de la Santé ; il sera donc hautement nécessaire que ces acteurs soient identifiés et se fassent connaître.

Le projet prévoit la création d'une nouvelle conférence régionale de santé, qui aura la possibilité de mettre en place autant de délégations territoriales que de besoin.

La conférence pourrait donc avoir des implantations locales, d'autant plus importantes que leur participation ira au-delà du champ de la prévention et qu'elles donneront leur avis sur la politique régionale de santé.

L'ESSENTIEL DU PROJET DE LOI POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ D'UNE POPULATION : LA COLLABORATION DE TOUS LES MÉTIERS DE SANTÉ

- Les soins de proximité, appelés soins de premiers recours, dispensés par tous les professionnels de santé, dont les médecins généralistes relèveront des schémas régionaux d'organisation des soins et de santé ;

- L'hôpital, le médico-social, la médecine de ville, les réseaux, du préventif au curatif, n'auront qu'une seule tutelle, l'Agence Régionale de Santé ;

- Les communautés hospitalières de territoires se fonderont sur un projet bâti en commun par des établissements hospitaliers publics alliés ;

- Le Groupement de coopération sanitaire instaure un dispositif juridique clarifié et élargi pour permettre des coopérations entre secteur public et privé, médico-social et soins de proximité ;

- Entre professionnels médicaux et paramédicaux, la généralisation des transferts de tâches s'effectuera en fonction de protocoles établis par la Haute autorité de santé.

DES OUTILS POUR DES COOPÉRATIONS RENFORCÉES

Dans le cas où le projet de loi serait voté tel quel, il mettra au centre la notion de territoire plus que la notion de statut. Pour mettre en œuvre cette vision, le projet comporte de nouveaux modes d'organisation :

La coopération entre les professionnels serait facilitée, offrant l'opportunité de décloisonner les métiers de santé et de les organiser selon une approche fonctionnelle plus que sectorielle. En clair, des coopérations devraient être possibles entre les différentes spécialités et entre les métiers médicaux et paramédicaux. Ceci s'accompagne de nouveaux modes d'exercice possibles dans le cadre de protocoles qui seront définis par la Haute autorité de santé (cabinets pluridisciplinaires par exemple).

La reconnaissance des maisons de santé, qui pourraient être des pôles de santé, est un point important dans la construction du SROS ambulatoire, qui pourrait favoriser la mise en place de nouvelles formes juridiques d'offre de santé.

Les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT), qui concernent essentiellement le soin, impliqueraient que les hôpitaux publics s'organisent pour répondre ensemble et en complémentarité aux besoins de santé de la population d'un territoire. À noter que l'ARS aurait le pouvoir d'imposer aux établissements publics de coopérer. Les CHT semblent vouloir être un moyen de répondre à la raréfaction des professionnels, à une optimisation des moyens.

Les Groupements de coopération sanitaire seraient simplifiés et élargis pour étendre la coopération entre établissements publics et privés mais aussi avec le secteur médico-social et la médecine de ville.

Les missions de service public hospitalier seraient assurées sur tous les territoires, par des établissements, quel que soit leur statut : public, privé participant au service public ou privé à but lucratif.

POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ D'ENSEMBLE

La vision du projet de loi est innovante, car elle comprend une vision précise de la santé et de son organisation, et contient des outils pour la mise en œuvre. Le système de santé y est appréhendé dans son ensemble, dans l'optique de réponse aux besoins de la population. L'approche du territoire y est pragmatique : le territoire est perçu en fonction de ce qui s'y passe et pas en fonction de ce qu'il est ou n'est pas. Car le territoire n'a de sens que dans l'intention déclarée des acteurs d'y agir en commun, bien plus que dans la façon de le délimiter.

Le texte, s'il est voté, offre donc une véritable opportunité pour les professionnels et pour tous les acteurs régionaux de co-construire. Ceci n'exclut pas que les territoires coordonnés au niveau régional doivent respecter des normes définies au niveau national. Néanmoins, le succès ou l'échec de cette nouvelle donne reposera avant tout sur la capacité de la totalité des acteurs locaux à mettre en place et à faire fonctionner une politique de santé au bénéfice de la population. Les acteurs locaux dans leur ensemble porteront donc la responsabilité de la politique de santé menée localement et régionalement, y compris dans le cas où ils n'auraient pas pris part au débat.

Chaque territoire, chaque région devra donc bâtir et mettre en place un projet commun à partir de la diversité des points de vue et attentes de chacun. Voici une belle occasion au fond de débattre de la politique de santé et de remettre en question des fonctionnements, des acquis et des modes de faire passés et existants. La porte est ouverte à l'innovation, qui implique que l'on soit capable de s'opposer, de passer d'un regard technique ou gestionnaire à une vision d'avenir.

Quelle politique de santé voulons-nous ? C'est en somme le chantier qui pourrait enfin s'ouvrir pour chaque région.