



LE PACTE DE CONFIANCE POUR L'HOPITAL

GROUPE DE TRAVAIL SUR Le service public hospitalier

Bernadette DEVICTOR

Présidente

Christian DUBOSQ

Vice-Président

Bertrand FENOLL

Vice-Président

Paul CASTEL

Rapporteur

- Février 2013 -

• **Remerciements :**

L'équipe d'animation formule tous ses remerciements à l'égard de tous les membres du groupe qui ont fait preuve tout au long de ces semaines de travail de beaucoup de civilité, de constance et de détermination dans l'élaboration de propositions pour le retour d'un service public hospitalier rénové .

L'équipe d'animation adresse également tous ses remerciements aux intervenants lors des séances (voir annexe 1).

Préambule :

Les travaux du groupe 1 sur le « Service Public Hospitalier dans le système de santé », dans le cadre de la réflexion-concertation « Pacte de Confiance » se sont inscrits dans les orientations définies par la feuille de route que constitue la lettre du 6 Septembre 2012 adressée par la Ministre de la Santé à Edouard COUTY, chargé de coordonner cette démarche.

Le diagnostic formulé par la Ministre dans sa lettre de mission fait clairement apparaître une régression au sein de l'hôpital public des dimensions de solidarité, d'égalité d'accès, d'engagement collectif des acteurs qui y exercent. Ce même diagnostic ministériel note une évolution vers une prise en charge segmentée du patient et une perte de confiance des usagers à l'égard du service public.

La Ministre indique ensuite qu'elle souhaite une évolution vers un « Service Public Hospitalier moderne », pièce maîtresse du système de soins, qui réponde à l'attente des malades, avec une continuité assurée dans la prise en charge des patients.

Les trois volets de la démarche destinée à « promouvoir le Service Public Hospitalier » définis par la lettre de mission de la Ministre ont positionné le groupe 1 comme devant faire des propositions sur les évolutions de la place du SPH, ses missions, en lien avec les acteurs du système de santé : médecine de ville, établissements privés de soins, secteur médico social,

L'équipe d'animation du groupe s'est attachée à organiser les travaux en lien avec cette demande dans le cadre de neuf séances plénières auxquelles ont participé chaque fois en moyenne soixante personnes. Elles ont donné lieu pour huit d'entre elles, à des interventions de deux ou trois experts, suivies d'échanges, voire de débats, puis à une synthèse en fin de réunion. Chaque séance a fait l'objet d'un compte rendu soumis à validation en début de séance suivante.

Les huit premières séances plénières, espacées d'environ une semaine à dix jours, se sont respectivement articulées, **à partir du SPH**, autour des thèmes suivants :

- Contenu, valeurs, acteurs, obligations
- Parcours de l'utilisateur
- Responsabilité populationnelle, territoire
- Rôle de l'utilisateur
- Vulnérabilité
- Recherche, enseignement, qualité
- Modalités actuelles des financements
- Évolutions possibles des financements

Au cours de la cinquième séance, une présentation intermédiaire a permis au groupe de prendre conscience des grandes orientations qui se dégagent de ses travaux.

Outre les interventions d'une vingtaine d'experts, le rapport s'inspire de la production d'une vingtaine de contributions écrites des composantes membres du groupe plénier ou d'experts non auditionnés.

La dernière et neuvième séance plénière a été consacrée à une présentation des grandes orientations, des préconisations majeures, envisagées par le groupe d'animation, pour le rapport du groupe 1, à partir des travaux en séances et des contributions parvenues.

Le groupe d'animation a souhaité disposer d'éclairages sur l'existant en Europe en particulier pour les aspects juridiques et financiers des systèmes hospitaliers de l'UE.

La démarche du groupe, et cela est à souligner, a délibérément consisté à privilégier les besoins de l'utilisateur, et à faire de la satisfaction des besoins et attentes du patient le premier objectif du SPH dans un parcours de soin coordonné, où l'hôpital public, l'Espic, voire, sous certaines conditions, les

établissements privés lucratifs, sont bien des acteurs déterminants, essentiels, mais pas uniques et isolés. Ils doivent s'inscrire au sein de territoires dans un parcours de santé, avec les autres partenaires que sont par exemple la médecine de ville, les soignants, les structures médico -sociales...

Les propositions auxquelles le groupe est parvenu sont en majorité consensuelles, tant la volonté d'améliorer la réponse apportée aux besoins de santé des usagers est très largement partagée par tous les acteurs. Mais sur certains sujets, les positions ne sont pas convergentes et cela sera indiqué.

La rédaction et la relecture du rapport s'est faite de façon collective, partagée au sein de l'équipe d'animation complétée des personnalités qualifiées, avec une répartition des « segments » rédigés en fonction des « spécialistes » concernés constituant le groupe d'animation (représentant des patients, médecins, juristes, managers publics...).

Enfin, pour le développement des analyses le groupe d'animation a choisi pour chaque item la structure suivante : constats/enjeux et préconisations, avec le souci de faire évoluer les situations constatées à la lumière de certaines des critiques et propositions exprimées lors des débats ou dans certaines des contributions écrites des composantes membres du groupe plénier.

Membres du groupe d'animation	Personnalités qualifiées
Bernadette DEVICTOR (Pdte)	Pierre ALEGOET
Christian DUBOSQ (V-Pdt)	Dr Yves AUROY
Pr Bertrand FENOLL (V-Pdt)	Jean-Noël CABANIS
Paul CASTEL (Rapporteur)	Pr Marie Christine HARDY-BAYLÉ
	Catherine WEBER-SEBAN

L'équipe d'animation tient également à souligner les contributions importantes de Natacha LEMAIRE et d'Adrien DEBEVER de la DGOS.

Sommaire

REMERCIEMENTS :	3
INTRODUCTION :	9
1. La disparition récente du service public hospitalier	9
2. Les attentes de l'usager à l'égard du système de santé.....	10
3. Les enjeux de santé publique.....	11
3.1. Des inégalités qui augmentent.....	11
3.2. Une prévention insuffisante.....	12
3.3. Le poids croissant de certaines maladies.....	13
RAPPORT :	15
1. POUR UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER RENOVE.....	15
1.1. S'appuyant sur des valeurs réaffirmées	15
1.2. Respectant les obligations du service public	15
1.2.1. L'égalité devant le service public : l'accessibilité aux soins.....	17
1.2.2. La continuité du service public : la permanence des soins.....	19
1.2.3. L'obligation de coopération	19
1.2.4. Transparence	20
1.3. Aux missions définies plus largement.....	21
1.4. Ayant un cadre juridique renouvelé.....	21
1.4.1. Une définition du service public hospitalier permettant de dépasser l'opposition entre conception organique et conception matérielle	22
1.4.2. Une association par voie de délégation du secteur lucratif limitée et encadrée : focus sur certaines activités où l'ouverture est pertinente.....	23
1.5. Une organisation rénovée.....	24
1.5.1. Une participation des usagers renforcée*.....	24
1.5.2. Le développement des coopérations territoriales inter-établissements	25
2. UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER INSCRIT DANS UNE MISSION TERRITORIALE DE SERVICE PUBLIC	29
2.1. Une mission territoriale de service public pour la santé de tous	29
2.1.1. Les constats sur la situation actuelle de l'offre en santé sont convergents : ..	29
2.1.2. Une approche de responsabilité populationnelle.....	31
2.2. Des modalités de mise en œuvre concertées dont le maître mot est coopération33	
2.2.1. Dans la complémentarité des missions et des acteurs respectant les obligations de service public 33	
2.2.2. Avec une gouvernance par les acteurs eux-mêmes	34
Les facteurs de réussite pour la mise en place d'une mission territoriale de service public sont multiples :	34
2.2.3. Disposant des outils nécessaires.....	35
2.2.4. Inscrite dans un « contrat territorial de santé »	35
2.2.5. Soumis à avis de la démocratie sanitaire.....	36
2.3. Une approche de complémentarité des missions	36
2.3.1. Enseignement et formation médicale : une responsabilité partagée.....	36
2.3.2. Recherche médicale	38
2.4. Rôle d'incitateur, de facilitateur et au final de décideur des ARS.....	40

42	3. UN MODE DE FINANCEMENT AU SERVICE DE LA RÉNOVATION DU SPH	
	3.1. La tarification à l'activité	43
	3.1.1. Principaux constats favorables à la T2A	44
	3.1.2. Principaux constats critiques sur la T2A.....	45
	3.2. Les missions d'intérêt général (MIG) et d'aide à la contractualisation (AC)...	49
	3.2.1. Faire évoluer le périmètre des activités et des missions financées sous la forme d'une dotation MIG	49
	3.2.2. Assurer une meilleure adéquation entre le coût de la mise en œuvre des activités et les montants alloués.....	50
	3.2.3. Focus sur les MERRI	51
	3.2.4. Les AC	52
	3.3. Expérimentations d'un financement au parcours de soins	55
	RÉCAPITULATIF DES PRÉCONISATIONS :.....	128
	ANNEXE 1 LISTE DES INTERVENANTS	60
	ANNEXE 2 BIBLIOGRAPHIE	62
	ANNEXE 3 RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	63
	LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL	141
	1. Equipe d'animation	141
	2. Membres du groupe (titulaires)	141
	3. Autres participants.....	142

• Introduction : les déterminants de la réflexion

Dans sa lettre de mission à Edouard COUTY, Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé indiquait : « je souhaite promouvoir un service public hospitalier moderne à hauteur des enjeux de santé publique du XXIème siècle, répondant aux attentes des malades ».

Trois déterminants ont ainsi très fortement orienté la réflexion du groupe :

- la disparition récente du service public hospitalier
- les attentes des usagers à l'égard du système de santé
- les enjeux de santé publique auxquels notre système de santé doit faire face

Le groupe a également souligné d'emblée l'intérêt d'une réflexion tenant compte des caractéristiques nationales (notamment, la diversité des acteurs hospitaliers publics et privés), mais également des expériences étrangères et du contexte européen avec lequel les changements souhaités doivent être compatibles, tout en sachant que ce contexte peut évoluer selon la demande des pays membres.

• LA DISPARITION RÉCENTE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Traditionnellement, la notion de service public renvoie aux missions d'intérêt général (critère matériel), poursuivies à titre principal par des établissements publics (critère organique), régis par un régime exorbitant de droit commun (critère fonctionnel).

Bien que le service public (SP) soit ancré dans la tradition française, sa déclinaison dans le champ de la santé est récente.

Le Service public hospitalier (SPH) issu, notamment des ordonnances de 1958 et de la loi portant réforme hospitalière de 1970, était constitué jusqu'en 2009, pour l'ensemble des missions de soins, par les établissements publics de santé (EPS) et les établissements privés non lucratif « participant au service public hospitalier » (PSPH). Les établissements privés à but lucratif avaient toutefois la possibilité d'être « associés par voie de concession » au SPH en cas de carence de l'offre publique de soins.

En rupture avec cette législation antérieure, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) a mis en œuvre une approche matérielle du service public à travers 14 missions de service public (MSP), renvoyant à une part modeste de l'activité des établissements de santé, et pouvant être exercées par tout établissement public ou privé, moyennant le respect des obligations de service public (notamment, l'application des tarifs opposables).

Cette évolution s'est traduite par :

La suppression *de facto* de la notion de SPH dans le code de la santé publique (CSP). Les anciens PSPH sont d'ailleurs, de ce fait, devenus des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Malgré la disparition de la notion, les obligations du service public ont continué de s'appliquer aux EPS et aux ESPIC pour l'ensemble de leurs activités ;

L'exclusion de 80 % de l'activité d'hospitalisation et de soins des EPS et des ESPIC du service public. Les activités non comprises dans les 14 MSP ne relèvent plus du SPH ;

La possibilité de diviser les missions de service public alors qu'auparavant le SPH reposait sur un bloc de compétences. Certains ont parlé de « service public à la carte », voire de « self service public » (Professeur DEMICHEL).

La loi HPST est donc venue rompre le lien entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent. Cette disparition du service public hospitalier a été très mal vécue par les acteurs hospitaliers.

Les membres du groupe ont très fortement exprimé leur attachement au service public dont la réintroduction est attendue même si tous ont conscience que le SPH doit être modernisé.

Les acteurs expriment néanmoins dans le même temps le besoin d'une pause réglementaire. Si donc une évolution législative est souhaitée, il faut souligner que l'acceptabilité des réformes engagées reposera très largement sur leur opérationnalité ainsi que sur la confiance et la marge de manœuvre qu'elles laisseront aux acteurs.

Préconisation n°1 : changer le cadre législatif mais limiter les réglementations

Réintroduire dans la loi le service public hospitalier et sa rénovation mais avec une certaine économie de réglementations traduisant la marge de manœuvre laissée aux acteurs et ainsi la confiance qui leur est faite

• **LES ATTENTES DE L'USAGER À L'ÉGARD DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Dans sa contribution, le CISS (collectif inter associatif sur la santé) indique : « Différentes enquêtes récentes du CISS et d'autres partenaires montrent que la population est aujourd'hui inquiète quant à sa possibilité de pouvoir accéder aux soins et à l'ensemble des services de santé sur tout le territoire, à un coût accessible à tous. Il y a quinze ans, les questions qui étaient abordées lors des débats que nous organisons au sein de nos associations étaient axés sur des problématiques liées aux droits individuels (information, consentement, qualité du dialogue, participation à son traitement, etc.). Aujourd'hui, même si ces thématiques n'ont pas disparu, les questions qui émergent des débats concernent systématiquement l'accès aux soins, l'égalité de traitement, l'accessibilité aux professionnels de santé sur l'ensemble des territoires. Les enjeux dépassent la question du sanitaire, et se prolongent avec le médico-social et le social, soulignant ainsi qu'une question de santé ne se pose jamais seule aux usagers mais s'entrecroise avec leur parcours de vie. »

Le CISS souligne qu'aucune réforme ne devrait se faire sans prendre en compte les attentes des usagers qui ne sont pas nouvelles, mais qui s'expriment plus fortement.

Les attentes des usagers de la santé sont ainsi très clairement exprimées. La priorité concerne l'**accessibilité** à l'offre en santé qu'elle soit géographique (présence d'une offre sur tous les territoires) ou financière (tarifs accessibles à tous). Il s'agit d'une accessibilité pour tous à une **offre de qualité**. Derrière le terme de qualité, il faut inclure la **sécurité** mais aussi la **continuité** au sens où les usagers sont en attente d'un accompagnement ou d'une prise en charge sans rupture, sans segmentation tout au long de leur parcours de santé.

A cette inquiétude sur l'accessibilité à l'offre en santé, s'ajoute l'absence de lisibilité de cette offre et de l'objectif qu'elle poursuit. Le public a de grandes difficultés à comprendre les rôles de chaque structure ou de chaque professionnel, les logiques qu'ils mettent en œuvre, les coopérations ou concurrences dans lesquelles ils s'inscrivent et les raisons de celles-ci. L'utilisateur est ainsi empêché de contribuer utilement à la continuité et à la qualité de son parcours de santé. Il est bien souvent, trop souvent, livré à lui-même, ayant à gérer par ses propres ressources « l'après » de la prestation de l'un ou l'autre des intervenants.

Le premier objectif à fixer à la rénovation du SPH est l'amélioration du service rendu à l'utilisateur, avant de penser au devenir des structures. Le SPH doit être un service public au service du public. De ce fait, le groupe est bien conscient de la nécessité pour les structures d'évoluer, afin de tenir compte et des attentes et des nouveaux modes de prise en charge ou d'accompagnement, au domicile notamment

La fluidité des parcours, la coordination des acteurs, la coopération entre les différents professionnels et les structures quel que soit leur statut, la lisibilité par le public des logiques mises en œuvre, la cohérence et l'accessibilité des parcours doivent être les maîtres mots de toute politique visant à la mise en place de l'organisation de l'offre de soins au sein des territoires.

De plus, si la place dévolue à l'utilisateur a très fortement évolué au cours des récentes décennies, celui-ci acquérant progressivement la légitimité de devenir acteur de sa santé, sur un plan personnel et du système de santé, sur un plan collectif, il reste encore beaucoup à faire pour lui permettre de jouer pleinement ce rôle d'acteur.

Le deuxième objectif à fixer à la rénovation du SPH est de conforter le rôle d'acteur de l'utilisateur tant sur un plan individuel (pour sa santé) que collectif (pour l'évolution du système de santé vers plus de qualité et une meilleure réponse aux besoins des usagers).

- **LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE**

La réflexion sur le système de santé, la place de l'hôpital public et le renouveau du SPH doit intégrer les enjeux de santé publique et les défis qu'ils devront l'un et l'autre relever dans les vingt ans qui viennent. Certes, au sein de l'Union Européenne, la France se place en bonne position pour l'espérance de vie à la naissance. Pourtant son système de santé doit corriger des inégalités qui apparaissent ou se creusent, faire plus de place à la prévention et préparer le principal défi de l'avenir que sont les conséquences du vieillissement de la population.

- *Des inégalités qui augmentent*

Les inégalités de santé au sein de la population française sont manifestes, entre les sexes, les régions et les revenus des habitants.

- **Inégalités entre l'homme et la femme**

Si elles ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, les femmes vivent aussi plus longtemps avec des incapacités.

- **Inégalités sociales**

La France demeure un pays dont les inégalités de santé sont fortes, souvent plus fortes que dans d'autres pays comparables au nôtre et ces inégalités se creusent. Les écarts d'espérance de vie entre régions et départements ont de nouveau, tendance à augmenter depuis le début des années 2000. L'écart d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier en France est de 6 ans. Au cours de la période 1988-1992, l'espérance de vie masculine était de 10 ans de moins dans la zone d'emploi la plus mal classée que dans la mieux classée.

En 2008, 15 % des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, plus le niveau de vie est élevé, plus faible est la mortalité prématurée évitable, quelle qu'en soit la cause mais notamment en ce qui concerne les maladies cardio-vasculaires et les cancers des voies aéro-digestives supérieures, ceux liés à l'alcool.

- **Inégalités territoriales**

Si les inégalités sociales de santé sont assez bien connues, il n'en va pas de même des inégalités territoriales qui sont pourtant au moins aussi fortes que les inégalités sociales. De nombreux travaux, depuis une trentaine d'années, ont mis en évidence l'ampleur des inégalités territoriales de santé en France, en partie liées à d'importantes recompositions géographiques et urbaines depuis les années 1980.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) rappelle d'ailleurs que la réduction des inégalités de santé est un objectif central confié aux Agences Régionales de Santé. C'est la première loi qui prend en compte les inégalités territoriales et souligne que leur réduction est un objectif central confié aux ARS.

- **Les difficultés d'accès aux soins**

Si la santé ne se réduit pas aux soins, l'accès aux soins, notamment aux soins primaires, reste un élément essentiel de l'état de santé d'une population. Pourtant, deux aspects rendent cet accès aujourd'hui plus difficile qu'hier, en particulier, dans certains territoires.

La démographie médicale (et surtout l'inégalité de répartition des professionnels de santé avec constitution de déserts médicaux, non seulement ruraux mais également urbains) ;

L'isolement géographique.

- ***Une prévention insuffisante***

Les inégalités de santé que l'on observe reposent plus sur des inégalités d'accès à la prévention que sur des inégalités d'accès aux soins. Les démarches de prévention ne représentent que 7% de nos dépenses de santé. Cette insuffisance de prévention induit une mortalité prématurée en partie évitable.

La France demeure très mal placée par rapport aux pays Européens comparables en termes de mortalité survenant avant 65 ans. Cette mortalité prématurée s'enracine dans certaines régions (Bretagne, Haute Normandie, Picardie, Nord, Lorraine et dans une diagonale des Ardennes au Cantal) mais plus surprenant elle augmente de façon spectaculaire dans le midi-méditerranéen et en Corse. Cette mortalité prématurée diminue l'espérance de vie globale et pose la question de l'insuffisance de la prévention primaire dans notre pays.

- ***Le poids croissant de certaines maladies***

Les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs malignes et le diabète représentent, avec les maladies psychiques plus des 3/4 des personnes en affection longue durée (ALD).

En France, comme dans la plupart des pays développés, l'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'un changement progressif de la prévalence des principales causes de morbidité. **70% des décès sont désormais imputables à des maladies chroniques.** De plus les progrès de la prévention et du traitement de certaines de ces maladies ont permis une diminution importante de leur incidence et de la mortalité qui en découle mais entraînent une augmentation de la prévalence de certaines conséquences à long terme de ces maladies chroniques. A cela s'ajoutent les nouveaux risques liés aux interactions entre de multiples pathologies ou altérations fonctionnelles liées à l'âge. Les troubles cognitifs sévères (maladie d'Alzheimer et autres démences) peuvent interférer avec la prise en charge des maladies chroniques.

Ainsi, le cancer est devenu une pathologie chronique majeure dans la population âgée, du fait des progrès de la cancérologie.

L'enjeu n'est plus seulement la prévention et le traitement des maladies mais aussi la **préservation de la qualité de vie** des personnes ayant atteint un très grand âge.

La redéfinition du SPH doit s'inscrire dans l'objectif de réduction des inégalités de santé et d'amélioration de la réponse aux besoins de santé (maladies chroniques, avancée en âge en particulier, ...). Cet objectif nécessite une approche concertée des acteurs de santé et une coopération avec les acteurs du social...

Préconisation n°2 : retenir trois objectifs prioritaires à la réintroduction du SPH

Améliorer l'état de santé de la population : faire face aux enjeux de santé publique, contribuer à la réduction des inégalités de santé, développer la prévention

Améliorer le service rendu à l'utilisateur (service public au service du public) en répondant mieux à ses attentes tout en favorisant son rôle d'acteur pour sa santé et pour la santé

Penser la réintroduction en termes de service et non de structure

Rapport :

- **POUR UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER RENOVE**

Les travaux du groupe 1 ont montré qu'il y a consensus sur les valeurs, les obligations et les missions qui doivent être celles du SPH. En revanche, la question de la conception organique ou matérielle du SPH a été amplement débattue. Le présent rapport propose de dépasser cette opposition en préconisant une approche mixte qui permette d'affirmer les spécificités du SPH tout en tenant compte du droit communautaire des services d'intérêt général, droit qui laisse néanmoins une certaine marge de manœuvre certaine et qui peut être amené à évoluer en fonction de la demande des pays membres.

- ***S'appuyant sur des valeurs réaffirmées***

Le constat a été fait d'une perte de sens de leur action ressentie par les acteurs du service public hospitalier.

Les membres du groupe et les personnes auditionnés dans le cadre du Pacte de confiance ont souhaité mettre en avant plusieurs valeurs relatives au SPH, qui sans être exclusives au SPH, le caractérisent singulièrement et donnent du sens tant à sa réintroduction qu'à l'action menée au quotidien par les professionnels :

Service et écoute des usagers ;

Éthique du « juste soin au juste coût » ;

Solidarité : cette notion concerne l'accessibilité aux soins pour tous qu'elle soit géographique, financière ou en droits. En ce sens, cette valeur rejoint celle de **responsabilité** à l'égard d'une population sur un territoire ;

Coopération : cette notion concerne à la fois les professionnels et les établissements. Il s'agit de deux formes de partage d'organisations et de pratiques ;

Absence de sélection des patients en fonction des risques : cette valeur suppose une véritable coordination des professionnels autour du patient et dans son seul intérêt ;

Transparence : cette notion concerne les usagers au premier chef, et a pour objet de corriger l'asymétrie d'information entre professionnels et patients (tarifs, modalités de prise en charge). Elle concerne aussi la transparence sur les projets d'établissements, les comptabilités et les rémunérations des dirigeants ;

Participation des usagers à la prise de décision dans les établissements.

- ***Respectant les obligations du service public***

De la même façon, les obligations du service public contribuent à donner du sens à sa réintroduction.

Préconisation n°3 : redonner du contenu aux valeurs et obligations du service public

les valeurs

Service et écoute des usagers ;

Éthique du « juste soin au juste coût » ;

Solidarité et **responsabilité** à l'égard d'une population sur un territoire ;

Coopération

Transparence

Participation des usagers à la prise de décision dans les établissements

les obligations

Egalité d'accès : accessibilité géographique, financière et en droits

Continuité : permanence des soins 24/24, 7/7

Mutabilité : adaptation de l'offre aux besoins de santé, en particulier au travers des coopérations

Neutralité : non discrimination, même accueil pour tous

Il est important de rappeler les obligations qui doivent être respectées par tout acteur contribuant au SPH même s'il convient de distinguer les obligations qui sont à la charge de tout acteur de santé et celles qui relèvent du seul SPH.

Ainsi, c'est l'ensemble des acteurs de santé qui doivent fournir des soins de qualité, répondant aux besoins de la population :

- qu'ils soient strictement médicaux, ce qui recoupe l'obligation de moyens retenue par le droit de la responsabilité médicale : assurer des soins pertinents conformes aux progrès de la science, par des professionnels bien formés, sécurité des soins ;
- ou « non médicaux » : respect des droits des patients (consentement éclairé grâce à une information de qualité, respect de la confidentialité des données personnelles de santé...) et des principes éthiques (bien-traitance, respect de l'autonomie...).
-

Il faut également ajouter à ces obligations qui pèsent sur l'ensemble des acteurs de santé, l'interdiction de discrimination dans l'accès aux soins et à la prévention (article L. 1110-3 du CSP).

En revanche, le SPH se doit de respecter des obligations spécifiques qui sont la traduction, dans le secteur de la santé, des « lois du service public » définies en 1934 par Louis Rolland.

Ces « lois du service public », constituent les règles essentielles de fonctionnement des services publics : égalité, continuité, mutabilité. Identifier un SPH renvoie donc aux questions suivantes :

Comment et dans quelle mesure ces principes théoriques trouvent une application au domaine de la santé ?

Ces principes peuvent-ils trouver une application à un seul secteur public ?

In fine, le SPH se définirait ainsi :

- assurer l'accessibilité géographique et financière des soins (égalité) ;

- assurer une permanence des soins (continuité) ;
- adapter l'offre de soins aux besoins de santé (mutabilité).

Ces trois obligations essentielles s'accompagnent d'obligations complémentaires et notamment les obligations de neutralité et de transparence qui complètent donc les lois de « Rolland ».

- **L'égalité devant le service public : l'accessibilité aux soins**

Dans le domaine de la santé, le principe d'égalité correspond à l'obligation de garantir l'égal accès de tous à des soins de qualité. Cette notion recoupe :

- L'accessibilité géographique des soins ;
- L'accessibilité financière des soins.

- **Concernant l'accessibilité géographique aux soins, cette notion est multiple.**

Cette accessibilité géographique recouvre une conception très extensive (« assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire ») que l'on peut traduire en définition plus opérationnelle : « permettre une répartition des ressources adaptée qui évite les zones sous-denses, sous le contrôle des ARS ». Ceci entre en effet dans leurs responsabilités, puisqu'elles sont compétentes pour définir les « zonages » professionnels et inter-professionnels sur leurs territoires, outils obligatoires des PRS soumis à l'avis des CRSA:

- Permettre une répartition des ressources adaptée ...

Cela renvoie (en partie) à la notion de maillage territorial (dont l'objectif final est le maintien d'un établissement dans une zone de sous densité médicale tant ambulatoire qu'hospitalière et populationnelle), aujourd'hui exprimée dans le SROS. Cela n'est donc pas spécifique au SPH. Pour autant, ces activités sont majoritairement assumées par le secteur public dans le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique, la plupart des établissements isolés se situant dans ce secteur. Il existe également quelques établissements privés isolés, qui complètent ce maillage territorial. Dans les faits, cette notion renvoie pour partie à une réalité financière, celle des dotations finançant les activités isolées.

- ... qui évite les zones sous-denses, sous le contrôle des ARS.

Cet objectif renvoie notamment au maintien d'un établissement dans une zone de sous densité médicale tant ambulatoire qu'hospitalière et populationnelle. Il y a là une spécificité du secteur public. En effet, les articles R. 6141-11 et R. 6121-12 du CSP démontrent la prégnance du respect de ce principe d'accessibilité dans la gestion interne des EPS. Pour tout ce qui a trait à la fermeture de son établissement public, un directeur général d'établissement est formellement sous tutelle du DG d'ARS. Contrairement aux établissements privés, **le secteur public doit assurer un égal accès aux soins et ne peut décider seul de son retrait**. In fine, ce sont les pouvoirs publics via l'ARS qui régulent la « vie » des EPS dans le respect et l'application du principe d'accessibilité géographique.

Devant les besoins non couverts, les EPS doivent maintenir leurs activités sur le territoire. A contrario, le privé peut contribuer au maintien de l'accès aux soins (c'est d'ailleurs le cas – même s'il est minoritaire), mais cela relève de son choix propre : l'ARS ne peut lui imposer de rester sur le territoire.

Il faut souligner que la participation du secteur privé au SPH n'est pas consensuelle, certaines composantes considérant que cela devrait être exclus.

Préconisation n°4 : garantir l'accessibilité géographique

Tenir compte de la gradation des soins dans l'organisation de l'accessibilité géographique ; majoritairement assumée par le secteur public et les ESPIC, en réalité et en droit, le secteur privé peut y participer, lorsqu'il contribue à assurer le maillage territorial de l'accès aux soins. C'est à l'ARS de le définir au travers de ses autorisations.

Identifier les modalités de coopération et le mode de financement les plus adaptés pour assurer le bon fonctionnement et l'équilibre financier des établissements isolés nécessaires au maillage territorial, compte tenu de leurs caractéristiques (nature des activités, type de clientèle, spécificités territoriales...).

• **Concernant l'accessibilité financière :**

L'accessibilité financière, corolaire du principe d'égalité, correspond à l'application des tarifs opposables dans le domaine de la santé. Il s'agit d'un des marqueurs essentiels du SPH.

Les EPS et les ESPIC sont explicitement tenus, d'appliquer à leurs patients les tarifs définis par l'autorité administrative ou l'assurance maladie (et pas seulement pour les MSP qu'ils exercent).

L'obligation générale d'accessibilité financière pèse donc uniquement sur les EPS et les ESPIC (ainsi que sur les établissements lucratifs tributaires d'une MSP, dans le strict cadre de l'exercice de cette mission). A contrario, un praticien libéral exerçant dans un établissement privé est tout à fait libre, en dehors de l'exercice d'une MSP, d'appliquer des dépassements d'honoraires (en fonction de son secteur conventionnel et des règles présentes dans la convention).

A ce jour, il n'existe pas d'outil juridique (non conventionnel, l'avenant 8 de la convention des médecins pourrait être à même de répondre à cette question) permettant, dans les zones où l'accessibilité financière ne serait pas assurée (prédominance d'une offre privée pratiquant des dépassements d'honoraires), d'augmenter la part de l'activité réalisée aux tarifs opposables. Néanmoins, l'ampleur de ces situations reste encore insuffisamment mesurée et mériterait de l'être.

L'accessibilité financière comme obligation de SPH soulève néanmoins la problématique de l'activité libérale au sein du secteur public. L'existence du secteur 2 avec dépassements d'honoraires en ville conduit au maintien d'une activité privée à l'hôpital public, dans la mesure où elle induit un déséquilibre important de rémunérations et donc d'attractivité entre la ville et l'hôpital. En effet, l'activité libérale à l'hôpital ne concerne que certaines spécialités : la chirurgie, l'anesthésie, la radiologie, la cardiologie alors qu'elle est exceptionnelle en hématologie, en néphrologie, en neurologie, en pédiatrie, en diabétologie, en infectiologie et en médecine interne. Elle est interdite pour les urgentistes, les réanimateurs, les transplantateurs.

En termes quantitatifs, l'exercice libéral au sein des établissements de santé est certes l'exception à la règle mais l'existence même de l'exercice libéral au sein du SPH peut légitimement apparaître comme incompatible avec les obligations du service public : l'accessibilité temporelle (temps d'obtention d'un rendez-vous) est souvent nettement plus rapide en clientèle privée et les tarifs s'éloignent parfois

fortement du « tact et de la mesure ». Or, la loi permettant de réguler l'activité libérale ne semble pas appliquée. Les instruments de régulation interne à l'hôpital (commission d'activité libérale) et externes (conseil de l'ordre) ne jouent pas (ou pas suffisamment) leur rôle de régulateur.

Même si certains membres du groupe se sont exprimés dans le sens d'une suppression de l'activité libérale à l'hôpital public, le consensus s'est formé autour de la nécessité d'être plus rigoureux à l'égard de l'activité libérale à l'hôpital.

Dans l'attente des conclusions de la mission confiée à Madame Dominique Laurent, plusieurs suggestions ont néanmoins été formulées :

- Faire appliquer la loi sur la limitation et le contrôle de l'activité libérale ; s'assurer par ailleurs de la neutralité de l'orientation de l'utilisateur vers la clientèle publique ou privée et de l'information des usagers sur les tarifs pratiqués.
- En complément :
 - demander aux praticiens de fournir ou déclarer leur planning d'activité pour un meilleur contrôle du temps passé en activité privée.
 - Plafonner les dépassements d'honoraires via un seuil réglementaire de dépassement d'honoraires annuel ;
 - Améliorer la lisibilité du système en renforçant les droits des usagers contre les pratiques abusives (publicité des dépassements)
 - Confier la présidence de la commission d'activité libérale à un représentant des usagers)

Préconisations n°5 : garantir l'accessibilité financière

Identifier les zones au sein desquelles l'accessibilité financière n'est pas assurée (prédominance d'une offre ne respectant pas les tarifs opposables) ;

Conférer à l'accessibilité financière une valeur opposable au sein des schémas régionaux d'organisation des soins, permettant ainsi de réguler l'offre libérale en établissements privés lucratifs.

Mieux encadrer l'activité libérale à l'hôpital public :

- **La continuité du service public : la permanence des soins**

Il s'agit de permettre la permanence des soins. Il convient de distinguer cette obligation, propre au service public, de la permanence d'accueil et d'orientation qui s'applique à tout établissement de santé, lequel est tenu de répondre aux obligations générales de secours et de soins aux personnes en danger qui s'adressent à lui pendant ses horaires d'ouverture.

En pratique, la permanence des soins implique d'assurer des services en cas d'urgence, la nuit, le week-end et les jours fériés.

L'obligation d'assurer une permanence des soins ne s'applique pas de façon homogène aux établissements du SPH et s'apprécie généralement à l'échelle d'un territoire. C'est une des raisons qui ont conduit à associer ponctuellement le secteur privé lucratif à la permanence des soins, devenue d'ailleurs une mission de service public.

La perception qu'ont les acteurs des modes d'exercice de cette mission conduit à la préconisation d'un meilleur contrôle.

Préconisation n°6 : s'assurer du respect des obligations de service public

Dès lors qu'un établissement est en charge d'une permanence de soins (qu'il soit public ou privé), l'ARS doit contrôler qu'il respecte son obligation d'accueil de tous les patients, sans prise en compte de considérants sociaux, pathologiques ou financiers.

- **L'obligation de coopération**

Le service public doit s'adapter aux besoins et aux circonstances, en procédant aux réorganisations ou aux mutations qui s'imposent pour satisfaire les demandes des usagers tout en respectant une bonne utilisation des deniers publics.

Ainsi, le service public doit adopter des modes d'organisation appropriés et efficaces, ce qui recouvre (liste non exhaustive) :

- la coopération entre professionnels et/ou établissements de santé et médico-sociaux et/ou l'inscription dans un parcours de soins coordonné.
En effet, aucun acteur ne peut à lui seul assurer la réponse aux besoins de santé d'une personne ou d'une population. Avec l'introduction de l'obligation de coopération dans le service public en santé, les acteurs se voient incités à se préoccuper de l'après de leur prestation et de l'accompagnement ou de la prise en charge de la personne en aval de leur intervention. Cette problématique est développée plus précisément en partie 1.4.
- le développement des modes de prise en charge ambulatoire et la lutte contre les hospitalisations non nécessaires ;
- la prise en compte et l'appropriation dans les pratiques de nouvelles techniques médicales (par exemple télémédecine, obligation de formation continue des professionnels de santé...).

Dans le secteur de la santé, ces obligations d'adaptation, bien que composantes *a priori* du service public, s'appliquent en grande partie à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé, quel que soit leur secteur d'appartenance.

On peut considérer que c'est cette obligation d'adaptation qui permet au directeur général de l'ARS de demander, voire d'imposer, aux seuls EPS, de mettre en œuvre une coopération qu'il estime nécessaire pour offrir une meilleure offre de soins à la population.

L'introduction de la coopération comme obligation du SPH a été consensuelle.

Préconisation n°7 : considérer la coopération comme une obligation du service public hospitalier

Inciter les établissements de santé à coopérer entre eux, mais aussi avec l'ensemble des acteurs de santé (médecins libéraux, paramédicaux, acteurs de l'accompagnement médicosocial à domicile ou en établissements, associations d'usagers, ...) et acteurs du social sur un territoire.

Le principe de mutabilité, bien que composante *a priori* d'un service public hospitalier, s'applique aussi en grande partie à l'ensemble des établissements et des professionnels de santé, quel que soit leur secteur d'appartenance

- **Transparence**

La transparence s'entend comme la possibilité laissée aux citoyens et aux usagers de s'assurer du bon fonctionnement du service public et de faire valoir leurs droits. Cette obligation se traduit par exemple par :

- L'accès aux documents d'un établissement qu'il s'agisse du projet médical d'établissement, des indicateurs de qualité, des documents financiers, Dans la mesure où seuls les EPS sont contraints de rendre public l'ensemble de leurs documents, une dissymétrie d'information est créée, facilitant pour le secteur privé (s'il demande l'accès à ces documents) l'élaboration de sa stratégie de développement ;
- L'application du droit des marchés publics et la réglementation des délégations de service public. L'application de ce principe est restreinte au secteur public.

L'application du principe de transparence n'est pas générale, mais pourrait l'être. En effet, si l'on érige le principe de transparence comme composante du service public, son application pourrait être universelle. La transparence se justifie de par la nature publique de la plupart des recettes des établissements et la légitimité des pouvoirs publics de pouvoir contrôler les activités financées par celles-ci.

Préconisation n°8 : élargir l'obligation de transparence aux établissements privés lucratifs

La transparence doit s'appliquer à l'ensemble des acteurs participant au SPH (y compris les établissements à but lucratif) et concerne outre les indicateurs de qualité, de la satisfaction des usagers, les résultats de la certification ... la communication des documents internes (projet d'établissement et comptes financiers). Cette préconisation est à expertiser au regard du code du commerce.

- ***Aux missions définies plus largement***

L'énumération limitative de 14 missions de service public par la loi HPST a conduit à exclure une très grande partie, estimée à 80 %, des soins des EPS et des ESPIC de l'activité de service public. **Or c'est bien l'ensemble de cette activité de soins d'intérêt général qui est couverte par les obligations de service public, et qui doit être incluse dans le service public.**

Il convient donc de revoir la liste des missions afin de revenir à des blocs de compétences. En particulier, l'activité de soins des établissements publics et ESPIC est incluse en totalité dans le service public

Les missions de prise en charge de la précarité, d'enseignement, et de recherche ont fait l'objet de débats approfondis, conduisant à les appréhender dans une logique de responsabilité partagée au sein d'un territoire. Elles seront abordées dans la partie 2.

Préconisation n°9 : définir les missions du SPH par blocs larges incluant les soins

La liste des missions de MSP définies par la loi HPST est à réviser. Il faut retenir des blocs larges où les soins figurent en premier lieu. Le SPH renvoie à l'ensemble des activités des EPS et des ESPIC.

Le service public hospitalier assure, en coopération avec les autres acteurs du service public de santé, l'activité de soins de proximité et de second recours, accessibles tant géographiquement que financièrement mais aussi certaines missions, telles que la permanence d'accès aux soins (pour les patients précaires), la mission d'actions de santé publique, l'enseignement, la recherche, ...

- ***Ayant un cadre juridique renouvelé***

Plusieurs cadres juridiques sont possibles :

- L'approche « 100% » organique sous-tend que les obligations du SPH ne pèsent que sur le secteur public, à charge pour ce dernier de garantir la pleine application de ces obligations (accessibilité financière, notamment). En outre, elle sous-tend que les missions spécifiques composant le SPH sont attribuées prioritairement au secteur public ;
- L'approche matérielle sous-tend que tout acteur sanitaire est potentiellement garant des obligations définissant le SPH. Aucune mission particulière ne peut être réservée à un secteur particulier. Le statut n'est donc plus le point d'accroche d'une analyse du besoin et de l'offre de soins,
- L'approche mixte tend à conforter la prééminence du secteur public dans la garantie des obligations du service public mais aussi dans l'attribution de missions particulières (via un système de reconnaissance prioritaire). Pour autant, nonobstant la prééminence du secteur public, la conception tend à associer le secteur privé en tant que de besoin (en cas de carence par exemple d'une offre accessible financièrement sur le territoire – et si dernier est en mesure d'offrir des garanties identiques au secteur public).

- **Une définition du service public hospitalier permettant de dépasser l'opposition entre conception organique et conception matérielle**

-

La finalité est : « quel service rendre au public ? », ce qui sous entend de traiter le sujet par le prisme « service rendu au patient » et non uniquement par celui du statut des établissements.

Il est vrai que l'approche matérielle (missions de service public exercées quel que soit le statut de l'établissement sous réserve de remplir, pour la mission donnée, les obligations du service public) peut permettre de répondre à l'exigence de service rendu au patient dans le contexte d'une offre existante mixte publique et privée.

Pour autant, la clarté apparente de cette approche matérielle occulte une différenciation essentielle entre le secteur non lucratif et le secteur lucratif : contrairement à ce dernier, le secteur non lucratif n'a jamais le choix des missions du SPH, elles s'imposent à lui. Il doit toujours assurer les missions de SPH même en cas de carence du secteur privé (« carence inversée »).

En outre, il peut être admis par tous que « certaines activités sont l'objet de service public dans la mesure où elles sont exercées par les gouvernements ou leurs agents » (Professeur Duguit).

La loi HPST n'échappe pas à cette ambivalence, puisqu'après avoir listé les missions de service public dans son article L 6112-1, le Code de la santé publique précise (article 6112-3-1) que tout patient dans un établissement public de santé bénéficie de l'égal accès à des soins de qualité et de la permanence de l'accueil et de la prise en charge.

D'ailleurs, ainsi qu'il a été dit, du simple fait de leur statut non lucratif (EPS et ESPIC), certains établissements de santé sont astreints d'emblée à respecter les deux principes essentiels du service public, continuité et égalité. Ainsi, ces établissements sont « par nature » intégrés au service public.

D'autres établissements peuvent toutefois participer à cette mission mais à la condition d'en respecter ses obligations. *Certaines composantes du groupe ont exprimé leur désaccord à cette participation.*

Il apparaît nécessaire dans l'intérêt des patients, de mêler à une conception organique, en tant que de besoin, une approche fonctionnelle. Cela nous conduit à proposer une approche mixte, le point d'entrée des propositions ci-dessous étant la référence aux besoins des patients et de la population, et non au statut des structures de soins. Nous devons néanmoins souligner que certains membres du groupe sont tenants d'une approche organique du service public hospitalier.

Préconisation n°10 : clairement identifier les acteurs du SPH

Le SPH regroupe l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés, qui assurent ses missions en respectant, pour l'ensemble de leur activité, les obligations du service public et notamment celles d'accès tarifaire : les EPS, le service de santé des armées et les ESPIC répondent à cette définition et font partie intégrante du SPH.

Pour autant, les établissements lucratifs peuvent y être associés sous conditions de respect des obligations et sur quelques missions pour lesquelles la contribution a du sens

Cette option conserve toute sa place au secteur public. A défaut, cela reviendrait à restreindre l'application des obligations « de service public » au seul secteur public et se révélerait contraire à l'intérêt des patients.

- **Une association par voie de délégation du secteur lucratif limitée et encadrée : focus sur certaines activités où l'ouverture est pertinente**

-

La déconnexion entre le statut des établissements et les missions qu'ils exercent était justifiée par la volonté d'ouvrir l'accès à la réalisation de certaines missions (en particulier la permanence de soins) à tous les établissements, y compris privés à but lucratif (qui exerçaient de fait certaines missions), et à certaines autres structures de soins (notamment les structures d'exercice coordonné, groupements de coopération sanitaire, les cabinets de radiologie, etc.), pour :

- réduire les situations de carence en ouvrant l'accès à davantage d'offres de soins, y compris ambulatoires ;
- reconnaître la réalisation de fait de certaines missions par des acteurs privés (notamment la permanence des soins) ;
- permettre de rationaliser le cas échéant les situations de sur-offre, pour une attribution plus équitable des financements entre territoires.

Pour autant, la liste des MSP définie à l'article L.6112-1 du code de la santé publique n'est pas en cohérence avec cet objectif. Elle doit être revue. En effet, sont mêlées des missions renvoyant à certaines activités ne pouvant être « attribuées ». Ce sont *in fine* des missions propres des composantes du service public.

De ce fait, il y aura lieu de :

- Distinguer au sein des MSP celles qui relèvent d'obligations générales de celles qui relèvent de la mise en œuvre de missions circonscrites. Il est ainsi proposé de revoir la liste des MSP (telles que définie à l'article L. 6112-1 CSP) et de sortir l'ensemble des missions pour lesquelles une logique d'attribution n'a pas de sens (par exemple: les actions de santé publique) et de les intégrer dans les obligations propres au service public. Cette étude ne doit pas nécessairement se limiter aux missions mentionnées à l'article L.6112-1 CSP ;
- Isoler les missions pour lesquelles une logique d'attribution a du sens. En effet, pour garantir un maillage de certaines activités, il est nécessaire que l'outil SROS soit mobilisé afin de mettre en exergue le besoin de la population sur ces activités et l'intérêt d'un redéploiement ou de nouvelles implantations (par exemple : les permanences d'accès aux soins de santé - PASS) ;
- Au sein de ces missions identifier celles pour lesquelles une ouverture vers le secteur privé est nécessaire. En effet, la part du secteur privé sur certaines activités fait que son association dans l'exercice apparaît incontournable sous réserve du respect des obligations dans l'exercice de ces missions (exemple, permanence des soins, ou la formation initiale dans le cadre de l'accueil des internes).

Pour ces missions, maintenir le régime juridique introduit par le décret 24 avril 2012 relatif à l'attribution des MSP (sauf en cas de régime juridique d'attribution déjà existant). Cela permet de garantir une attribution respectant le rôle et la place du secteur public, tout en permettant une association du secteur privé.

- ***Une organisation renouvelée***
- **Une participation des usagers renforcée***
-

La participation des usagers à la décision dans les établissements de santé est un acquis législatif et réglementaire depuis les ordonnances de 1996 et la loi de santé publique de 2002 complétée par celle de

2004 et la loi dite « HPST » de 2009. Il est souligné par de nombreux acteurs que l'angle de vue « usager » est un moteur puissant pour une évolution de notre système de santé.

La participation des usagers est une pratique maintenant ancrée et l'on peut dire que l'implication directe des usagers dans la construction des réponses apportées par les dirigeants des établissements de santé est un élément qui signe l'originalité des EPS ou participant au service public.

Pour autant, la participation des usagers et de leurs représentants à la vie des établissements et à la définition des politiques territoriales doit évoluer, ce qui nécessite des évolutions dans la gouvernance des établissements en même temps que dans les outils qui sont mis à la disposition des usagers.

En effet, même si le travail fait dans les CRUQ PC en contribution à la politique qualité des établissements est en constante amélioration, les usagers ne pèsent pas vraiment dans les décisions prises au sein des établissements au regard des logiques de structure ou des logiques professionnelles.

On constate alors que les projets d'établissement ne sont pas suffisamment conçus en réponse aux besoins de santé des usagers du territoire et que la parole des usagers au sein des conseils de surveillance est peu audible. Les usagers, comme les autres membres extérieurs à l'hôpital au sein du conseil de surveillance, ont de réelles difficultés à exercer ce mandat de surveillance qui nécessiterait notamment d'avoir un pouvoir de commanditer des audits. Les usagers sont en difficulté pour préparer les décisions à prendre dans le cadre de ce conseil. Ce constat peut bien sûr être pondéré en fonction de la taille de l'établissement et du climat de dialogue qui y règne.

Pour parvenir à infléchir davantage les prises de décision dans une logique de service plutôt que celle de défense des acquis ou de concurrence, il est nécessaire d'accroître le pouvoir d'influence des usagers sur les décisions.

Pour cela, plusieurs hypothèses peuvent être évoquées comme la participation des usagers dans les CME, CTE ou même au sein du directoire. La solution à privilégier doit tenir compte à la fois des difficultés rencontrées pour la représentation des usagers (rareté des bénévoles, difficulté des mandats exercés, difficulté à se faire entendre, absence de statut permettant réellement l'exercice de la représentation, ..) et de la nécessité de ne pas complexifier les organisations.

La création d'un comité technique usagers apparaît comme étant la solution améliorant la présence des usagers et leur permettant de participer aux décisions en meilleure connaissance de cause.

La participation accrue des usagers a fait partie de nombre des contributions, alors même si cette recommandation n'a pas fait réellement l'objet de débats au sein du groupe, l'équipe d'animation recommande la création de ce comité technique des usagers.

Préconisation n°11 : créer un comité technique des usagers

Comité technique réunissant l'ensemble des représentants des usagers au sein de l'établissement (siégeant en conseil de surveillance et / ou en CRUQS) auxquels d'autres représentants d'usagers pourraient s'adjoindre selon des modalités à préciser, ayant pour objectif la préparation des décisions en amont des conseils de surveillance (tout dossier sera ainsi présenté au conseil avec avis de la CME, de la CTE et du CTU comité technique des usagers). Le CTU a la possibilité de procéder à tout audit nécessaire pour éclairer sa décision.

Ce comité technique s'inscrit dans un dialogue avec la direction et peut auditionner les professionnels en tant que de besoin.

La formation des représentants des usagers est à organiser en conséquence ; le statut des représentants des usagers doit également être conforté pour leur permettre d'exercer pleinement leurs mandats.

Le CTU pourrait être obligatoire dans les CHU et les grands CH et facultatif dans les établissements de taille moins importante où le dialogue avec la direction peut s'établir plus aisément.

Les CME et CTE sont par ailleurs incitées à ouvrir leurs portes aux usagers.

- **Le développement des coopérations territoriales inter-établissements**

-

Le maillage territorial est d'abord celui de la médecine générale, les établissements s'inscrivant pour un temps déterminé du parcours de soins du patient, avec un rôle dont l'importance dépend des compétences médicales qui y résident et de la technicité de leur plateau. Il apparaît pertinent de dresser le constat et les préconisations à travers les différentes entités juridiques que sont les CHU, les CH, les CH locaux, les ESPIC et les cliniques (leurs inclusions dans les coopérations territoriales n'étant pas uniformes).

- **Les CHU : une responsabilité régionale**

Les CHU sont des centres hospitaliers régionaux et, à ce titre, partagent de fait avec les ARS une responsabilité régionale. Là où l'ARS est médiatrice, régulatrice, organisatrice du territoire, le CHU - et la Faculté de médecine qui le jouxte, voire les HIA quand ils sont à proximité - a une responsabilité territoriale à laquelle il ne peut se soustraire. Soit il s'engage dans une vision centripète et assèche le territoire au prétexte d'une excellence et d'une efficacité justifiant que le patient n'ait point de salut hors ses murs, soit il est le cœur qui irrigue le ou les territoires. Les CHU ont les moyens pour supporter cette responsabilité.

Afin que les CHU aient les moyens de supporter leur responsabilité régionale, il convient au préalable de rappeler leur place et leur responsabilité sur leur territoire :

- Parce que le CHU forme les médecins : à ce titre il ne doit pas seulement former l'hyperspécialiste qui viendra servir son dernier plateau technique sophistiqué mais aussi le spécialiste attendu de longue date dans le CH dont la présence permettra aux malades de ne pas accourir au CHU pour un diagnostic ou un acte qui auraient pu être faits dans le CH proche de son domicile ;
- Parce qu'il a une vision sur l'organisation des territoires : il doit avoir la capacité pour faire le lien entre l'organisation sanitaire de la région et les exigences et projets de l'aménagement du territoire : géographie, répartition des populations, évolution de la pyramide des âges, pathologies rencontrées, variation au fil des saisons pour les régions touristiques;

Enfin, de par son assise, il doit être l'étape la plus spécialisée de la prise en charge.

Pour remplir ce rôle, le CHU a besoin que certaines conditions soient remplies.

Il y a lieu de permettre aux CHU d'exercer leur rôle dans le cadre d'une responsabilité régionale voire interrégionale. Pour cela :

- l'ARS et les responsables du CHU doivent instaurer un dialogue permanent avec les élus pour lesquels le maintien des plateaux techniques peut devenir un enjeu politique plus que sanitaire ;
- La communauté médicale du CHU doit continuer à s'engager pour répondre aux besoins sanitaires et ce, avec les moyens les plus adaptés (consultations avancées, équipe ou pôle de territoire) ;
- Une réflexion sur la cohérence des prises en charge et une mise en commun des sous-commissions de CME entre les établissements du territoire est à mener ;
- Un système d'information unique ou au moins intégré ou compatible (CHU-CH-ESPIC) est impératif ;
- Un lien étroit doit s'instaurer avec la médecine générale, quotidien dans le suivi des malades, coordonné dans la formation, avec une traduction institutionnelle dans les établissements ;
- Dans le domaine de la recherche en l'espèce de la recherche clinique, il serait intéressant d'ouvrir les moyens des CIC aux CH, à travers la délocalisation de certains personnels de recherche pour le renforcement des cohortes et de l'attractivité médicale dans ces établissements ;

In fine, la confiance de l'ARS ne s'obtient que si l'efficacité des projets est au rendez-vous, la subsidiarité respectée, le lien avec le secteur médico-social pris en compte, et le partenariat public-privé accepté quand les seuils l'imposent, et que la lisibilité des prises en charge notamment dans l'urgence s'en trouve renforcée.

- **Les CH : une nécessité de participation territoriale aux projets régionaux**

Leur particularité est liée au lien qui unit le médecin généraliste au spécialiste de ces établissements. Ils se caractérisent aussi par la proximité avec la population et donc avec les élus. Ces établissements souffrent parallèlement de difficultés de recrutement médical.

Une plus grande participation territoriale des CH au projet régional est un enjeu majeur pour leur avenir. Elle doit primer sur les visions de carrières individuelles ou les visions autarciques encore développées.

L'inscription des CH dans un projet territorial n'est plus une option mais une nécessité :

- Par l'exigence économique de mise en commun des structures (biologie, pharmacie, stérilisation) ;
- Pour inscrire les praticiens dans de véritables stratégies de groupe dans le cadre d'une équipe de territoire incluant les prises en charge programmées et l'urgence, structurant des filières identifiées ;

- Pour développer des partenariats avec les CHU pour des activités spécifiques à autorisations et seuils (cancérologie) permettant l'accès des praticiens aux plateaux techniques du CHU (chirurgie, activités interventionnelles) ;

-

Pour permettre une suppléance dans une mutualisation en réponse à l'accréditation des établissements et aux exigences du DPC des personnels.

- **Les CH locaux : un lien privilégié avec la médecine généraliste**

Leur importance est considérable pour de nombreuses raisons : lien direct avec les médecins généralistes, prise en compte du vieillissement de la population, proximité des familles, partenariat existants avec les réseaux, lieu du lien étroit entre le sanitaire et le médico-social. Leur place dans l'organisation territoriale est une évidence.

Le partenariat des CH locaux avec les établissements plus importants doit être renforcé et connu jusqu'aux facultés de médecine :

- Pour proposer un exercice médical différent ;
- Parce qu'ils peuvent permettre l'adossement d'une maison médicale de santé.

-

- **Les ESPIC : participation au service public hospitalier**

L'intégration territoriale des ESPIC quelles que soient les spécificités des disciplines médicales déclinées dans l'établissement repose sur le partage des valeurs et des obligations du service public et dans leur inscription choisie et assumée aux côtés de celui-ci (cf. *supra*).

La participation des ESPIC au service public hospitalier avec les EPS doit se traduire :

- par le retour à leur appellation PSPH
- par l'accueil des internes ;
- par la construction de projets médicaux partagés avec les établissements publics dans tous les domaines ou les filières de soins l'exigent ;
- par leur intégration juridique dans un outil de coopération quand la mise en commun des moyens humains ou matériels est une garantie de la mise en œuvre d'un projet médico-soignant et un gage d'efficience.

-

- **Les établissements privés : une participation pertinente**

Leur participation sur les territoires peut être pertinente.

Les établissements lucratifs constituent des acteurs des coopérations territoriales. Cette participation doit être évaluée selon la plus value apportée et l'équité pour les patients dans l'accessibilité au service rendu). Elle repose à tout le moins sur des pratiques professionnelles communes validées.

Préconisations n° 12 : favoriser le développement de coopérations territoriales inter établissements pertinentes

Elles sont pertinentes lorsqu'elles contribuent à la poursuite des objectifs du SPH

Leur développement devrait reposer sur :

- Un diagnostic initial partagé entre tous les acteurs (établissements, ARS, élus, ..) sur l'accessibilité aux soins et la répartition de l'offre ; un dialogue permanent est donc nécessaire ; il pourrait se tenir dans le cadre de la conférence de territoire
- La définition d'objectifs opérationnels
- L'identification des rôles spécifiques joués par toutes les entités
 - CHU : responsabilité régionale voire interrégionale
 - CH : participation territoriale au projet régional
 - CH local : lien avec la médecine généraliste, le partenariat avec les établissements plus importants doit être renforcé
 - ESPIC : participation au SPH
 - Etablissements privés lucratifs : participation au SPH moyennant respect de ses obligations
- La mise à disposition de systèmes d'information partagés entre CHU, CH, ESPIC
- Le développement de modalités de financement adaptées
- L'évaluation régulière de l'impact de ces coopérations

• **UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER INSCRIT DANS UNE MISSION TERRITORIALE DE SERVICE PUBLIC**

•

Le SPH ne peut se concevoir seul, il constitue un service en relation avec l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire (professionnels de santé, établissements, institutions, collectivités locales, acteurs de la prévention et du social, acteurs de l'accompagnement médicosocial en établissement ou à domicile, associations d'usagers, ...).

Le SPH est une composante importante mais seulement une composante parmi d'autres de l'offre en santé. Il ne peut se concevoir indépendamment de ses liens avec les autres acteurs de l'offre en santé car il ne peut à lui seul répondre à l'ensemble des besoins de santé sur un territoire.

Le SPH ne pourra occuper sa place, toute sa place mais rien que sa place que dans la mesure où les autres composantes de l'offre en santé seront effectivement présentes sur le territoire dans des conditions d'accessibilité conformes aux attentes des usagers.

En ce sens, les actions entreprises au niveau ministériel pour lutter contre les déserts médicaux, les initiatives prises dans les projets régionaux de santé (PRS) pour assurer une plus juste répartition de l'offre médicosociale ou d'accompagnement à domicile sont des compléments indispensables à la rénovation du SPH.

- ***Une mission territoriale de service public pour la santé de tous***
- **Les constats sur la situation actuelle de l'offre en santé sont convergents :**
 - Les constats sur la situation actuelle de l'offre en santé sont convergents. Le système actuel est caractérisé par plusieurs défauts :
 - Une coupure plus ou moins franche entre la médecine de ville et l'hôpital, malgré l'existence de nombreux « réseaux », parfois plus virtuels qu'efficaces ;
 - Une absence de régulation de l'installation des professionnels entraînant des disparités flagrantes sur l'ensemble du territoire, avec de véritables zones sinistrées en termes de démographie médicale, mais aussi de structures d'accueil. Sans faire l'impasse sur l'étude approfondie des besoins en fonction, entre autres, des particularités géographiques (zones montagneuses par exemple) ou démographiques (personnes âgées moins mobiles et nécessitant peut-être plus que d'autres la présence de solutions de proximité) ;
 - Un exercice isolé qui ne correspond plus ni à l'attente des professionnels, ni à une offre sanitaire de qualité ;
 - Un système de rémunération à l'acte inflationniste et ne prenant pas en compte la diversité de l'exercice de la médecine de proximité.

La réflexion autour du parcours de soins amène à passer d'une logique de structure à une logique de soin. Or l'offre en santé est actuellement cloisonnée avec pour conséquences des défaillances dans la coordination entre les différents interlocuteurs. Le décloisonnement des différents types de prestations est un enjeu important pour la construction du système de santé de demain. Il est incontournable pour développer de réelles coopérations entre la médecine de ville et les établissements. L'inclusion des secteurs social et médico-social dans le parcours de santé devrait être faite par choix et non par défaut. Une réelle concertation territoriale est nécessaire pour le décloisonnement. Des enseignements sont à tirer de l'organisation de la psychiatrie.

Les constats peuvent ainsi s'organiser autour des items suivants :

- un accès aux soins parfois difficile ;
- une offre de soins diversifiée et de plus en plus spécialisée mais insuffisamment coordonnée engendrant perte de chances et discontinuité dans les parcours de santé ;
- un lien insuffisant entre sanitaire, social et médico-social ;
- une articulation difficile avec les aidants naturels ;
- une responsabilité « segmentée » des professionnels du soin dans le parcours de soins et des professionnels du social et du médico-social dans le parcours de vie ;
- la continuité des soins reste trop souvent sous la responsabilité des patients et des familles ;
- les freins à la coopération des acteurs de santé :

- une logique « concurrentielle » (appels à projets, modalités de financement, ...) plutôt que « coopérative » (incitation à des projets concertés) ;
- des incitations par les pouvoirs publics « en dehors » des acteurs du territoire eux-mêmes : les « réseaux » non territoriaux, les « outils de la coordination », les « nouveaux métiers », « une planification des dispositifs innovants hors maillage territorial » ;
- l'absence d'obligation ou d'incitation à des projets coopératifs territoriaux ;
- la non prise en compte du coût du temps de coordination ;
- des indicateurs de suivi des projets non négociés avec les acteurs de santé : la non pertinence soignante des indicateurs « de performance » ;
- des sources de financement rigides « structures dépendants » et non « projets dépendant » : possibilités insuffisantes de prises en charge forfaitaires pour accompagner les évolutions de santé et/ou des projets de vie des personnes présentant un handicap.

A partir de ces constats, les membres du groupe ont dégagé un consensus fort autour de la notion de mission territoriale de service public, rassemblant les acteurs partageant les valeurs et les obligations de service public dans la perspective d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population sur le territoire et selon les modalités exposées ci-après.

Préconisation n°13 : Favoriser le développement de missions territoriales de service public,

dans l'objectif d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population sur le territoire, associant l'ensemble des acteurs de santé partageant les valeurs et les obligations de service public sur un territoire, en lien avec les acteurs du social et les collectivités territoriales.

Il s'agit d'une mise en synergie territoriale. Cette mission territoriale de service public vise à répondre à une problématique de santé publique et comporte des dimensions de « soins », de « prévention », d'accompagnement « médico-social » et « social ».

L'objectif et les modalités de cette mise en synergie sont explicités ci-après.

- **Une approche de responsabilité populationnelle**

Parmi les valeurs que le groupe a souhaité mettre en avant concernant le service public hospitalier, figure la responsabilité. C'est à cette valeur qu'il est fait appel dans la mission territoriale de service public ; il s'agit d'une responsabilité assumée et partagée par les acteurs d'offrir une réponse adaptée aux besoins de santé sur le territoire.

Dans cette démarche de responsabilité partagée, les acteurs n'attendent pas que les usagers viennent « frapper à la porte » de leur établissement ou de leur cabinet ? Mais ils se fixent pour objectif l'accès de tous à la santé sur leur territoire. C'est ce qui justifie le terme de responsabilité populationnelle, qui inclut la responsabilité à l'égard des usagers qui sont en lien avec les acteurs de santé du territoire, mais également à l'égard de tous ceux qui ne le sont pas et vers lesquels une démarche proactive doit être mise en œuvre pour ne laisser personne à l'écart et surtout pas les plus démunis. Cette responsabilité populationnelle est donc très fortement liée à la notion de service public, avec une perspective de réduction des inégalités de santé et de préoccupation à l'égard des personnes en situation de précarité.

Demeure néanmoins une question : sur quel territoire se déploie la mission ? Il s'agit ici du territoire pertinent, adapté à la nature des besoins, des prises en charge ou des accompagnements (et donc propre à chaque problématique). Un territoire intégrant toute la palette des réponses (sanitaires, sociales et médico-sociales) mais « à échelle humaine » : du territoire de proximité (organisé autour du médecin traitant) au territoire de santé opérationnel.

Il peut y avoir mutualisation départementale, régionale ou interrégionale pour les services de « faible fréquence d'utilisation » (permettant une coordination entre les territoires).

Dans cette démarche de responsabilité populationnelle, le groupe souligne l'attention particulière à développer à l'égard des populations en situation de précarité. Le service public hospitalier est perçu par nombre des composantes comme un « outil de rattrapage social » devant permettre à tous, quelle que soit leur condition, d'accéder aux soins.

A ce titre, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, dispositifs adaptés aux personnes en situation de précarité, qui visent à leur faciliter l'accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits doivent être soutenues. L'objectif des PASS est de concilier à travers un guichet unique trois dimensions (l'accueil, le social et le médical) afin d'intégrer ces patients précaires dans les « filières sanitaires de droit commun ».

Outre la prise en charge médicale et pharmaceutique, l'activité des PASS inclut :

- L'accueil : l'objectif est d'établir une interface entre les activités médicales, infirmières et sociales. *De facto*, cette activité est complémentaire à celles des urgences ;
- L'activité infirmière : elle contribue à l'écoute et l'orientation des patients et permet aussi une diffusion des bonnes pratiques (notamment liées à l'hygiène corporelle et à la dispensation de médicaments par la PASS).
- Les activités sociales : la PASS constitue aussi les dossiers de demande d'AME, de CMU, de CMUC. Elle tend aussi à proposer des solutions d'hébergement, voire des aides alimentaires et financières.
-

Ces activités induisent un partenariat riche avec les structures sociales et médico-sociales. *In fine*, la PASS a le rôle d'un « HUB » dans le domaine de la précarité. Cette structure constitue une opportunité de rétablir un équilibre médico-social dans un établissement hospitalier et ainsi de sensibiliser les professionnels de ces établissements aux problématiques croissantes et complexes de la précarité.

Mais le mode de fonctionnement des PASS n'est pas optimum ; il est très inégal d'une PASS à l'autre. De plus,

- Le coût des médicaments dans le fonctionnement et notamment des rétroviraux peut peser très lourd. Or plus vite la PASS jouera son rôle de réinsertion dans les filières de droit commun, plus vite ses dépenses s'amenuiseront ;
- Certaines PASS « fonctionnent » sans médecins généralistes ;
- L'accès à l'interprétariat, indispensable compte tenu de la population accueillie, est difficile ;

- Les PASS buco dentaires sont quasi inexistantes ;
- L'absence de consultation psychiatrique (les PASS consacrées à ces pathologies sont en réalité des PASS généralistes pour des patients en psychiatrie).

L'objectif global d'une PASS devrait d'être un lieu de promotion de la santé, plus qu'un lieu de santé, permettant une approche holistique du patient où les inégalités sociales sont compensées.

Tout établissement ou opérateur en charge du SPH doit assurer cette mission de lutte contre la précarité. La généralisation des PASS devrait être réfléchi à l'échelon des bassins de vie (en intégrant la notion de PASS mobile) même si demeure posée la question du choix entre des structures spécifiques ou des structures généralistes (adossées aux services d'urgence ou de consultations « communes »)...

Afin de contrecarrer l'augmentation de la vulnérabilité, le système hospitalier devrait être à la fois un lieu de soins, de formation et d'intégration.

Aussi, la capacité des établissements à délivrer des soins en psychiatrie dans les murs et hors les murs doit demeurer. La question des moyens délivrés au secteur psychiatrique et à l'activité extra hospitalière est donc capitale.

Le développement de diplômes spécifiques liés à la prise en charge des personnes précaires est à encourager. Il convient également d'injecter dans les cursus obligatoires l'étude de ces problématiques spécifiques, nous y reviendrons

Il est nécessaire de développer une approche territorialisée de la précarité. La mise en place des ARS va dans ce sens et doit permettre d'accroître la coordination entre acteurs s'inscrivant dans une politique publique d'action sociale permettant une approche transversale des prises en charge des personnes en état de précarité. Cette approche territoriale nécessite donc la participation des élus et la clarification des responsabilités de tous les acteurs concernés (voir infra).

Préconisation n°14 : développer la notion de responsabilité populationnelle au cœur de la mission territoriale de service public :

Les acteurs de santé partagent la responsabilité de l'état de santé de l'ensemble de la population du territoire, c'est ce qui les conduit à travailler en partenariat au sein des missions territoriales de service public.

Notamment, déployer des PASS sur tous les territoires pour faciliter l'accès à la santé des personnes en situation de précarité ; PASS disposant d'un mode d'organisation et de financements à la hauteur des enjeux et inscrites dans un réseau de coopération, incluant les élus, permettant une prise en charge transversale des personnes concernées. .

- ***Des modalités de mise en œuvre concertées dont le maître mot est coopération***

La coopération des acteurs n'est pas seulement un mode opératoire. Elle est une nécessité au service d'un objectif commun poursuivi par l'ensemble des acteurs intervenant le long du parcours de santé de l'utilisateur, celui de l'amélioration de la réponse aux besoins de santé de la population.

- **Dans la complémentarité des missions et des acteurs respectant les obligations de service public**
-
- **Tous les acteurs concernés par les objectifs de la mission de santé publique du territoire sont appelés à participer** : médecins libéraux, acteurs de la prévention, infirmiers, acteurs du soin et de l'accompagnement à domicile, de l'accompagnement en médicosocial, établissements de santé,
- Aucun établissement ne peut décider seul des projets à mettre en place. Il est nécessaire d'intégrer les acteurs en charge de la déclinaison de la mission dans un objectif de partage de la responsabilité populationnelle ;
- Il s'agit :
 - De rapprocher les lieux de décisions des lieux de réalisation : les acteurs sont concepteurs, les institutions sont incitatives et jouent un rôle de contrôle ;
 - D'assurer une coordination des acteurs sur l'ensemble des missions : prévention, soins, accompagnement, formation et recherche ;
 - de s'inscrire dans une culture projet
 - De réaliser une évaluation des établissements tenant compte de leur implication dans la gouvernance territoriale et dans la mise en œuvre des projets de santé du territoire. Les activités sont évaluées en fonction de leur capacité à répondre aux besoins du territoire ainsi le caractère inflationniste de certaines activités s'évalue territorialement

Au sein de la mission territoriale de service public, la place des établissements de santé, publics et privés, doit être appréciée au regard des évolutions en cours (attentes des usagers et des professionnels en matière de pratiques : travail en équipe, soins en ambulatoire, prise en charge des maladies chroniques, relations avec la ville et le médico-social,...) qui vont dans le sens d'un système de santé moins hospitalo-centré.

Les coopérations inter-établissements décrites en paragraphe 1.5.2. ont évidemment toute leur raison d'être au sein des missions territoriales de service public, dans toute la mesure où elles sont conçues pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population.

Plusieurs membres du groupe ont souligné que le système de santé doit s'organiser autour des acteurs de proximité, car c'est eux qui sont au plus près des patients, et non autour de l'hôpital. Ce propos a d'autant plus de poids qu'il est formulé par les acteurs de l'hôpital.

Tous les acteurs impliqués dans la mission territoriale de service public s'engagent à respecter les obligations de service public telles qu'énoncées dans ce rapport (accessibilité y compris respect des tarifs opposables, continuité, non discrimination, coopération, responsabilité)

- **Avec une gouvernance par les acteurs eux-mêmes**

L'objectif est que la coordination soit elle-même le porteur de la Mission territoriale de service public. La coordination peut être formalisée dans le cadre d'un GCS **Territorial**, instance opérationnelle

impulsée, facilitée, autorisée par les ARS comme cela a été réalisée dans le département des Yvelines, pour une mission de santé mentale avec l'impulsion et le soutien de la DDASS. D'autres types de structures de coordination porteuses de la mission territoriale de service public peuvent être envisagés selon les contextes territoriaux.

- ***Les facteurs de réussite pour la mise en place d'une mission territoriale de service public sont multiples :***

- Une culture projet permettant de réunir les acteurs dans une visée opérationnelle : des « livrables » doivent ponctuer les différentes phases du projet en lien avec l'amélioration attendue de l'état de santé ;
- Une conception « soignante et médico-sociale » doit être intégrée dans les projets (pour une modélisation de type « parcours de santé »). Ces projets renvoient à la responsabilité médicale, soignante et d'accompagnement; Cette notion concerne essentiellement les situations requérant l'intervention de nombreux acteurs et une durée des troubles et/ou de ses conséquences susceptibles de mobiliser la notion de « parcours de santé » ;
- Apporter les meilleurs niveaux de preuve pour étayer les stratégies médicales et d'accompagnement : élaboration et analyse des registres, études « cas témoin », étude de cohortes, essais thérapeutiques en toute indépendance (pour une recherche clinique participative et coordonnée – décloisonnée la recherche clinique). Cela postule pour un pilotage en réseau par le CHU;
- Diffuser les savoirs acquis : formation professionnalisante (centrer le dispositif de formation clinique autour du patient. Le Développement Professionnel Continu doit accompagner les projets de territoire).

- **Disposant des outils nécessaires**

Préconisation n°15 : développer les outils nécessaires à la mission territoriale de service public

Un observatoire des besoins de santé sur le territoire (sur la base des actuels observatoires régionaux de santé) qui soit non seulement une analyse des comportements de recours aux soins mais aussi celle de l'accès à la prévention, des besoins en soins ou accompagnements non couverts, des populations laissées à l'écart du système de santé (toutes données nécessaires à la définition de la stratégie de la mission) ;

Un répertoire des acteurs : connaître les ressources sur un territoire, les compétences, les conditions d'accès, est une nécessité pour mettre en œuvre les coopérations. Ce répertoire doit être accessible à tous, professionnels et usagers ;

Un système d'informations partagé au service de la coordination est indispensable. Il doit assurer la transmission d'informations d'un intervenant à l'autre dans le respect des droits du patient et dans l'objectif de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement. Les obstacles actuellement rencontrés au sein des MAIA incitent à proposer une nouvelle approche du partage d'informations (l'ASIP a saisi la CNIL à ce sujet). A ce propos, il faut souligner que la confidentialité des données personnelles doit s'appliquer tant aux données médicales qu'aux données d'ordre social.

Des modalités de financement adaptées qui doivent permettre aux acteurs de s'engager sans réserve dans les coopérations (les modalités actuelles T2A et paiement à l'acte étant au contraire des incitations à la concurrence). Ce point sera développé en 3.3.

- **Inscrite dans un « contrat territorial de santé »**

-

La mission territoriale de service public repose sur un engagement des acteurs. Celui-ci doit être formalisé dans un contrat territorial de santé qui définit les parties prenantes, les objectifs, les livrables. La mission territoriale de service public peut être généraliste ou thématique (par exemple, santé mentale, maladies chroniques, ...). Son objectif doit être l'amélioration de l'état de santé de la population ». Ces « livrables » sont multiples:

Recueil des besoins de santé du territoire dans le champ de la mission ;

Organisation de filières de soins et d'accompagnement impliquant l'ensemble des acteurs sur la thématique de la mission : « **les coopérations territoriales** entre établissements, avec la ville, le domicile, et les acteurs du social apparaissent comme un outil pour la mise en œuvre de la mission ». Cela sous entend un territoire permettant l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la santé (à échelle opérationnelle dans le cadre d'une responsabilité populationnelle partagée).

Le contrat territorial de santé n'est pas un contrat local de santé tel qu'il est prévu dans la loi HPST. En effet, ce dernier a pour objectif premier un accord entre financeurs (ARS et collectivités territoriales, ARS et Assurance maladie, etc.). Les acteurs ne font pas nécessairement partie du tour de table. Or ce qui est recherché dans le cadre du contrat territorial de santé, c'est que les acteurs portent eux-mêmes la mission, les institutions et l'ARS en particulier, jouant un rôle d'appui et de régulateur, même s'il leur reviendra aussi parfois, d'être instigateur ou même décideur..

Préconisation n°16 : Instituer des contrats territoriaux de santé

Revisiter les contrats locaux de santé pour en faire des contrats territoriaux de santé impliquant acteurs de santé, ARS, collectivités locales et autres financeurs dans la perspective de réalisation d'une mission territoriale de service public portée par la coordination des acteurs.

- **Soumis à avis de la démocratie sanitaire**

-

La démocratie sanitaire a son rôle à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre des missions territoriales de service public. Elle peut jouer un rôle incitatif prenant appui sur l'évaluation des besoins de santé sur un territoire, de l'adéquation ou non de l'organisation de l'offre pour répondre à ces besoins, de l'urgence à agir.

Elle a aussi son rôle à jouer dans l'appréciation des projets de contrats territoriaux de santé et dans l'évaluation des résultats obtenus.

Certains membres du groupe prônent la création de conseils locaux de santé. Mais les conférences de territoire, qui jusqu'à présent ont eu majoritairement du mal à trouver leur place dans le dispositif de planification régionale en santé, devraient se saisir de ce rôle d'impulsion des missions de service public territoriale en lien avec les ARS.

Préconisation n°17 : renforcer le rôle des conférences de territoire

Renforcer le rôle des conférences de territoire, en lien avec les ARS, dans l'évaluation des besoins en missions territoriales de service public, dans l'impulsion des coopérations entre acteurs de santé.et dans l'évaluation des résultats qui en sont obtenus,

-

- ***Une approche de complémentarité des missions***

-

L'approche en mission de service public territorial a un impact sur l'exercice de l'ensemble des missions des SPH.

Ainsi, les missions d'enseignement et de recherche, tout en caractérisant un SPH, ne peuvent exister pleinement sans une approche globalisée au niveau du territoire.

C'est la raison pour laquelle ces missions (leurs évolutions, leurs modes de coopération) sont traitées dans cette seconde partie. Elles illustrent cette responsabilité partagée des acteurs sur un territoire.

- **Enseignement et formation médicale : une responsabilité partagée**

En santé, une formation de haut niveau n'est possible que si elle est professionnalisante. Ainsi, la formation médicale actuelle conjugue une approche universitaire (surtout lors du 1er cycle) et professionnalisante (lors des 2èmes et surtout 3ème cycle). Les deux approches sont intimement liées.

- **La formation universitaire**

Cette formation universitaire n'est pas exempte de critiques. En premier lieu, l'idée selon laquelle l'accès à cette formation est libre doit être nuancée (voir en ce sens la multiplication des préparations privées).

Par ailleurs, l'existence des deux concours induit un comportement (notamment individualiste) de l'étudiant : celui de se focaliser sur son classement (ce qui peut se révéler contre productif).

En outre, les épreuves classantes nationales ne permettent ni d'évaluer la capacité du candidat à « raisonner » (ou à établir une stratégie thérapeutique) ni sa compétence et promeuvent au contraire une médecine prescriptive.

A l'inverse, la formation devrait pouvoir permettre aux étudiants de développer une aptitude à travailler en équipe (à intégrer la nécessité de l'approche en coopération) et à décider.

• **La formation professionnalisante**

La formation professionnalisante demeure quant à elle la meilleure en Europe. Elle trouve son origine dans les ordonnances Debré de 1958 attribuant au CHU une triple mission (soins, recherche et enseignement). Pour autant, la fonction d'enseignement tend à passer au second plan. Les raisons sont multiples.

En premier lieu, le numerus clausus a été multiplié par deux en 10 ans. Mécaniquement, le nombre de lits par étudiant a tendance à baisser.

Par ailleurs, le médecin enseignant souffre d'une image négative par rapport aux chercheurs.

Enfin, afin de disposer d'une véritable formation professionnalisante, il est nécessaire de centrer le dispositif de formation clinique autour du patient.

Préconisation n°18 : revoir le contenu et l'organisation de la formation des jeunes médecins

Contenu :

- Orienter la formation des jeunes médecins vers un apprentissage en compétences, pour un esprit de décision au sein d'une équipe. Le souci premier doit être le patient en responsabilisant progressivement l'interne en formation.
- inclure dans la formation la notion de prise en charge des patients en état de précarité
- développer des « pleins temps alternés » (alternance de plusieurs semaines en temps plein en établissement puis à l'université)

Organisation :

- Faire en sorte que les établissements (publics, ESPIC et si carence privés lucratifs), les médecins généralistes, les spécialistes de proximité, les maisons médicales ou les pôles médicaux puissent participer à la formation à travers des contrats pédagogiques signés avec les doyens (et prévoyant des évaluations régulières).
- Ouvrir les possibilités de contractualisation entre CHU, CH et structures de soins territoriales afin de prendre en compte les déficits en médecins dans certains territoires
- développer les partenariats entre les CHR et les facultés ou universités (à ce jour seulement 8 Inter-région hospitalo-universitaire existent et 7 GCS conclus) ...

Préconisation n°19 : revaloriser la formation clinique

Aller vers la modulation des modes de rémunérations existants pour rendre plus attractive cette fonction

- **Recherche médicale**
- **Recherche et formation**

Vecteur d'innovation thérapeutique et conditionnant le progrès en médecine, les hôpitaux publics ont été porteurs de la recherche clinique en France.

Préconisation n°20 : garantir la place de la recherche en France

Renforcer la formation à la recherche biomédicale au cours des études médicales :
initiation à la recherche dès le 1^{er} Cycle,
stages obligatoires en 2^{ème} Cycle,
modules de formation à la recherche pour les médecins hospitaliers.

Inciter (par des incidences sur les carrières) les équipes hospitalo-universitaires et hospitalières à des initiatives de recherche innovantes dans le cadre de partenariats internationaux.

- **Organisation de la recherche en France**
-

Les CHU sont à l'origine de nombreuses cohortes de patients dans le cadre de pratiques normées et rigoureuses. Ces établissements sont des creusets où sont formés les professionnels médicaux de l'enseignement et de la recherche médicale. L'organisation de cette recherche résulte d'une succession de structures créées les unes après les autres.

Nonobstant la création (par les CHU et les Universités) du Comité National de Coordination de la Recherche, cette organisation demeure complexe et peu lisible de par la multiplicité des interlocuteurs (INSERM, CHU, CNRS, IHU, Fondations etc....). Les procédures d'évaluation ne sont pas uniformes. Le tout forme un ensemble difficilement cohérent.

Il est nécessaire d'assurer le développement de la recherche clinique notoirement insuffisante en France et pourtant nécessaire pour son impact plus directe sur la qualité des pratiques

Préconisation n° 21 : revoir l'organisation de la recherche

Organiser

- simplifier et optimiser l'organisation de la recherche médicale à l'échelle de la région (DRCI), de l'inter région (DIRC) et de son pilotage national. Développer les départements hospitalo-universitaires (DHU) qui permettent de coordonner et d'optimiser les moyens et de rendre plus lisible la recherche en Santé

- mettre en place une fédération des acteurs de la recherche, par discipline médicale (ce que

ne recouvre pas l'INSERM, en particulier pour la psychiatrie) afin d'obtenir la masse critique suffisante face aux enjeux de recherches européens..

Contractualiser

Mettre en place une contractualisation des établissements de santé acteurs du SPH avec l'Université et les établissements publics à caractère scientifique et technologique afin de clarifier les partenariats et moyens dédiés à la recherche. Des indicateurs de mesure de la qualité et du volume des recherches doivent servir de support à ces contrats et être utilisés prioritairement pour l'allocation des dotations finançant les MERRI (du moins celles qui ne s'appuient pas déjà sur des indicateurs volumétriques).

Évaluation

Poursuivre et conforter le développement de l'évaluation de la Recherche clinique par l'AERES dans les CHU et les établissements partenaires de l'Université.

Participation des usagers

Impliquer les représentants des usagers dans le dispositif de recherche clinique

• **Recherche et coopération**

Bien que pilotée par le CHU, la recherche est une activité appelant à un décloisonnement.

Il est sans aucun doute nécessaire de renforcer la recherche médicale des sites hospitalo-universitaires et hospitaliers (optimisation et traçabilité des moyens alloués à la recherche, partenariats entre établissements, DRCI confortées, développement de campus de santé associant recherche, soins, plateaux techniques, partenaires...) mais l'ouverture à la coopération est indispensable.

De plus, les essais thérapeutiques sont aujourd'hui l'apanage de la recherche industrielle. Ainsi, ces essais répondent avant tout à des objectifs industriels. Les malades sélectionnés disposent rarement des mêmes caractéristiques que la population cible du produit, qui peut être plus complexe.

Il est difficilement envisageable de se passer de la recherche industrielle. Mais il est capital de l'encadrer afin de prévenir tout conflit d'intérêt et de garantir l'indépendance des chercheurs

Préconisation n° 22 : renforcer la coopération dans la recherche

- renforcer les liens entre les CHU et les acteurs de santé à tous les niveaux (région, inter région, national) dans le domaine de la Recherche en santé et plus spécialement de la Recherche clinique. A ce titre, pourrait être promu le développement du partenariat hospitalo-universitaire et hospitalier dans le cadre de projets liant des acteurs d'un territoire plutôt que les seules structures dédiées.

- renforcer les liens des sites hospitalo-universitaires avec les partenaires industriels et le monde économique (voir en ce sens le principe des instituts Hospitalo-universitaires) sous réserve d'un encadrement strict en mesure de prévenir tout conflit d'intérêt et de garantir l'indépendance des chercheurs.

Parallèlement, la recherche académique a comme objet de réaliser des essais thérapeutiques sur des populations fragiles, poly-pathologiques et poly-médicamentés. La finalité est d'évaluer des stratégies thérapeutiques et de développer une pharmacovigilance active. Les résultats sont valorisés via la publication d'articles ou la participation à des congrès indépendants, permettant une communication large.

Pour autant cette activité souffre du niveau du financement qui lui est accordé. En dehors des MERRI (2,9Md€), la recherche académique est financée à hauteur de 200M€ par an contre 3Md€ dans le domaine industriel. Or, cette recherche doit pouvoir disposer d'une masse financière réaliste afin de constituer un instrument de support à la décision pour les autorités de santé et compléter les lacunes de la recherche industrielle.

Préconisation n°23 : garantir le financement de la recherche

Préserver un financement pérenne des personnels et des structures des hôpitaux par les dotations « MERRI », dans un processus d'évaluation et de labellisation national, avec un financement essentiellement par projets mais devant aussi prendre en compte les coûts fixes des établissements (indépendant de toute réussite à un projet).

- *Rôle d'incitateur, de facilitateur et au final de décideur des ARS*
- *Le rôle spécifique de l'ARS*

L'organisation territorialisée des activités sanitaires fait partie des missions essentielles des ARS. Ces organisations s'expriment désormais dans des projets régionaux de santé couvrant les champs de compétences, exclusives ou partagées des ARS : prévention, soins ambulatoires et en établissements de santé, médico-social. **Ces organisations sont, selon les domaines, opposables ou non.** Elles visent à garantir, de manière évolutives, l'accès à des soins de qualité, de la première proximité au recours hyperspécialisé. Les territoires pertinents pour ces organisations sont donc différents.

Mais ces organisations reposent toutes sur des objectifs et des priorités d'action largement concertés avec les acteurs locaux (professionnels, fédérations, associations, élus...). Elles reposent et surtout vont reposer, de plus en plus sur des fonctionnements gradués, coordonnés, coopératifs et pluridisciplinaires.

Ces fonctionnements peuvent concerner des filières de prise en charge (ex : cancérologie, AVC, personnes âgées...), des parcours de santé (ex : maladies chroniques) ou plus simplement des soins complémentaires (ex : actes médicaux et chirurgicaux et leurs suites). Ils peuvent, ou non, donner lieu à des programmes territoriaux, à des contrats locaux de santé.

La mise en place de ces fonctionnements repose d'abord sur la volonté, et de plus en plus la nécessité, des acteurs de travailler ensemble. Dans ce domaine, l'ARS doit être, selon l'intensité des dynamiques territoriales, soit en situation d'impulsion et de pilotage, soit d'accompagnement, de facilitateur et d'arbitrage.

Ce rôle des ARS est déjà une réalité admise, dans le champ des établissements de santé. En revanche, ce rôle reste encore largement à développer, au-delà de nombreuses initiatives déjà existantes, vis-à-vis des autres champs de leurs compétences : ambulatoire et prévention. Sur le champ du médico-social, les missions conjointes avec les conseils généraux sont déjà à l'œuvre.

- *Les outils dont devraient disposer l'ARS*

L'ARS est responsable de l'organisation de l'accès à la santé et aux soins de qualité sur ses territoires. A ce titre, le PRS doit être un vecteur de mise en œuvre des obligations de service public et un outil d'amélioration des réponses aux besoins de santé sur le territoire...

Il convient de souligner que les outils proposés aux régions :

- doivent servir à élaborer la synthèse structurée du besoin sur les territoires ;
- doivent être adaptables aux contextes propres à chaque région.

Préconisation n° 24 : donner aux ARS les moyens d'exercer leur rôle au regard des missions territoriales de service public

Développer les compétences des ARS en matière de « chefferie de projet », « d'animation de logique territoriale » afin de porter ou d'accélérer les évolutions nécessaires dans ces domaines

Développer des outils diagnostiques ciblés sur les enjeux d'accès à la santé (donc à la prévention, aux soins, à l'accompagnement médicosocial), de pertinence des soins, d'adéquation des réponses aux besoins des usagers, de fluidité des parcours de santé et donc des coopérations mises en œuvre

- **UN MODE DE FINANCEMENT AU SERVICE DE LA RÉNOVATION DU SPH**

- **La volonté de modifier les modèles actuels**

Les constats et préconisations développées dans cette troisième partie ont une portée plus grande que le seul service public. En effet, tous les acteurs de santé sont potentiellement concernés par ces développements. Leur place dans un rapport sur la réintroduction du service public hospitalier est néanmoins justifiée car les modèles actuels de financement ne permettent pas l'évolution attendue du service public hospitalier.

A partir du début des années 2000, une transformation s'est opérée, sous des influences juridique, économique et politique. Le nouveau modèle débouchant sur la loi HPST s'est en effet construit au fil du temps et sur la base d'une idéologie concurrentielle. Cette dernière est partie du postulat contestable que la concurrence est synonyme d'efficacité.

Or, la notion de concurrence par les prix n'est pas un gage d'efficacité, car, en matière de santé, elle augmente souvent les prix, le plus cher étant souvent et abusivement réputé le meilleur dans une économie marquée par l'asymétrie de l'information entre le patient et l'offreur de soins.

On note à ce titre le développement de la notion d'hôpital « entreprise », la promotion des partenariats publics privés ainsi que la croissance d'un mode de gouvernance inspiré des entreprises privées. L'aboutissement de cette approche est le déploiement d'une tarification uniquement basée sur l'activité produite (passage à 100% T2A du secteur ex-DG en 2008), avec comme corollaire la convergence des tarifs du public vers ceux du privé.

- **La prise en compte du droit communautaire**

Toute redéfinition (et construction du modèle de financement) du SPH doit tenir compte du contexte européen et des règles de droit applicables aux « services d'intérêt général » (SIEG). Il s'agit d'un droit en construction dépendant du type d'organisation du système de soins existant dans le pays concerné. Il laisse une certaine marge de manœuvre aux pays membres et par ailleurs, il est susceptible d'évoluer en fonction justement des attentes des pays membres..

Ainsi, en France, le patient a le libre choix des professionnels et établissements de santé auxquels il s'adresse, lesquels peuvent être des entités publiques ou privées à but non lucratif mais aussi des entités privées à but lucratif.

Compte tenu de cette organisation, les prestations de santé sont qualifiées en droit communautaire d'« activités à vocation sociale présentant néanmoins une nature économique » et à ce titre, correspondent à des SIEG.

Cette notion de service d'intérêt économique général est évolutive et dépend, entre autres choses, des besoins des citoyens, des évolutions techniques et commerciales et des préférences sociales et politiques propres à chaque État membre. Les États membres sont libres, sauf cas d'erreur manifeste, de définir ce qu'ils entendent par SIEG. Au sein des États membres, ce sont les pouvoirs publics, à l'échelon approprié, qui définissent les obligations et les missions d'intérêt général de ces services ainsi que leurs

principes d'organisation. Les États-membres disposent également d'une large marge d'appréciation en ce qui concerne « la détermination de la compensation des coûts liés aux SIEG. En particulier, rien n'interdit au législateur national de laisser aux autorités nationales une certaine marge d'appréciation pour déterminer la compensation des coûts occasionnés par l'exécution d'une mission de SIEG. Les paramètres en cause doivent néanmoins être précisés de façon à exclure tout recours abusif de l'État membre à la notion de SIEG».

En effet, les établissements, nonobstant leurs statuts, demeurent soumis aux règles de concurrence des traités « dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie » (§2 de l'article 106 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne).

Dans cette perspective, toutes dotations attribuées à ces services doivent être considérées comme des aides d'État. Elles sont compatibles avec le droit communautaire si certains critères sont respectés : existence d'un mandat dans lequel sont mentionnés les critères de compensation de l'aide, dotations dont l'État est de plus tenu de s'assurer de l'absence de toute sur compensation.

Ces critères existent également en droit interne et sont d'ordre constitutionnel pour certains. Les décisions récentes du Tribunal européen invitent à intégrer dans les politiques les exigences portées par le droit communautaire, qui traduisent pour une part des exigences de transparence dans l'attribution des financements.

L'union Européenne vérifie donc, outre l'erreur manifeste éventuelle sur la définition du SIEG, que les modes de fonctionnement du SIEG ainsi définis sont compatibles avec les règles – adaptées – du marché intérieur et de la concurrence.

Les mesures de régulation de l'offre de soins qui constitueraient une exception à la liberté d'établissement et à la liberté de prestations, sont fondées sur des critères objectifs, non discriminatoires et connus à l'avance et elles sont proportionnées au but poursuivi

Notre système de financement du service public, de ses missions particulières, suppose la prise en compte des corpus juridiques communautaires. Les États ont néanmoins une grande marge de manœuvre pour la définition et l'organisation des établissements dans la limite où les compensations de service public ne sont pas considérées comme des aides d'État incompatibles avec le droit communautaire.

La réintroduction du service public hospitalier doit s'inscrire dans le cadre de la référence communautaire des services d'intérêt général, tout en utilisant la liberté d'organisation permise par les textes communautaires, pour mieux porter la conception française du service public.

- ***La tarification à l'activité***

Les EPS ainsi que les établissements privés participant au SPH recevaient, depuis la loi du 19 janvier 1983, une dotation globale de fonctionnement (DG) annuelle, reconduite chaque année. La DG était calculée sur la base de l'exercice précédent modulé du taux de croissance des dépenses hospitalières, déconnectant ainsi les moyens de l'évolution de l'activité. Les hôpitaux privés facturaient directement à l'Assurance maladie les forfaits de prestation (rémunération de la structure) et les actes (rémunération des praticiens libéraux), sur la base de tarifs variables géographiquement et négociés avec l'agence régionale de l'hospitalisation. La disparité ainsi créée entre secteurs complexifiait les dispositifs de contrôle du financement et la lecture des coûts du système hospitalier.

La réforme de 2004 (inspirée par les modèles européens) vise ainsi à simplifier le schéma d'allocation des ressources, tout en l'équilibrant : la T2A met en place un mode unique de financement

pour les activités de « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés, basé sur une distribution des ressources en fonction du volume et de la nature de leurs activités. En 2008, l'ensemble du secteur ex-DG est passé à 100% sous tarification à l'activité. Depuis 2011 avec l'extinction du coefficient de transition intra-sectoriel, la phase de montée en charge de la T2A peut donc être considérée comme achevée.

Les activités MCO sont financées par plusieurs sources : séjours, forfaits, actes (activités et consultations externes) et dotations (MIGAC, DAF ...).

Concernant spécifiquement le financement au séjour (représentant 63% des recettes des établissements de santé), la construction économique se base sur plusieurs outils :

- La classification médico-économique qui consiste à classer des pathologies en groupes cohérents d'un point de vue médical et en termes de coûts. Il s'agit de la classification des groupes homogènes de malades (GHM – au nombre de 2480) en MCO;
- L'étude nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC). Elle s'appuie sur un échantillon d'établissements de santé volontaires et a comme objectif de créer un référentiel national d'étude de coût utilisé dans le cadre de la construction des tarifs.
- Le cadre de la construction tarifaire : l'ONDAM.

Ainsi, chaque année, les tarifs sont mis à jour pour 3 raisons :

- La classification médico-économique peut être mise à jour ou même le périmètre des tarifs peut être modifié (exemple des médicaments en sus réintégré dans les tarifs des séjours) ;
- Les tarifs peuvent être modulés en fonction de choix politiques (mettre en avant une forme de prise de charge par exemple) et en fonction de l'écart entre les charges et le financement ;
- l'ONDAM évolue en fonction du volume d'activité constaté, et de facto les tarifs peuvent être modifiés.

- **Principaux constats favorables à la T2A**

Les principaux enjeux d'un modèle de financement sont d'offrir une juste répartition des crédits entre acteurs et de constituer un levier de structuration rationnel de l'offre de soins.

Concernant la répartition des crédits, la T2A s'est révélée être un outil efficace de répartition des ressources entre les établissements. En liant l'activité aux finances et en révélant les disparités de ressources, ce modèle (couplé ?? par une politique volontariste) a dynamisé la gestion des établissements.

Cette rémunération de l'activité engendre une incontestable recherche d'efficacité de la part des établissements. In fine, la T2A constitue un levier de structuration de l'offre de soins favorisant le développement des activités de chirurgie, d'obstétrique, de médecine interventionnelle simple, programmée, ou « d'actes techniques » (au profit des établissements publics de santé).

En préparant les équipes soignantes à une approche médico-économique, le déploiement de la T2A a incité et continue d'inciter au développement d'outils de gestion. La T2A s'est révélée être en outre un

facteur favorisant le développement des systèmes d'information médicale (outils pouvant être liés à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins – notamment dans le domaine du médicament).

La T2A constitue un progrès, en réduisant globalement les inégalités entre établissements et en incitant à une gestion plus efficiente des établissements de santé. Aucun acteur sollicité dans le cadre des échanges sur le Pacte de confiance ne demande un retour vers la dotation globale de fonctionnement. Une composante rejette néanmoins la T2A et préconise un système de rémunération forfaitisée sur la base d'une relation contractualisée entre les établissements et des « chambres territoriales ou régionales de santé ».

Préconisation n° 25 : réduire la proportion de T2A pour les MCO

Maintenir la T2A pour le champ MCO mais dans des proportions significativement réduites (niveau à déterminer) et sous réserve d'adaptations (voir infra)...

Concernant les hôpitaux locaux, la Psychiatrie et les soins de suite et de réadaptations, des expertises complémentaires et expérimentations dans plusieurs régions sont demandés avant toute décision d'éventuelles mises en œuvre ou extension.

- **Principaux constats critiques sur la T2A**
- **L'architecture d'ensemble**

Le système de financement se révèle opaque, complexe et instable. Les tarifs sont en déconnection partielle avec la réalité des coûts de production (mais sont néanmoins fixés en tenant compte du coût relatif). Il peut en résulter des distorsions tarifaires pouvant générer des rentes ou des désavantages. L'évolution tarifaire demeure trop souvent liée à des décisions politiques.

De facto, aucun « signal prix » n'est lisible (les incitations tarifaires sont brouillées et la fonction d'efficience productive de la T2A en est altérée). Ces écarts à la neutralité tarifaire (estimés à 1,4 Mds €) entraînent des pénalisations tarifaires et des avantages parfois très importants : in fine, la fonction allocative de la T2A est remise en cause :

L'objectif de réallocation plus équitablement liée à l'activité, des ressources peut apparaître comme détourné et s'effectuant dorénavant via l'enveloppe des MIGAC (mais cette affirmation doit être largement nuancée, les MIGAC ne représentant que 15% de l'enveloppe dédiée aux établissements sous T2A) ;

Cette situation ne génère pas l'effet escompté en matière de maîtrise des dépenses : la difficulté à lire les signaux prix de la T2A conduit souvent les établissements à chercher une adaptation par le volume d'activité plus que par une efficience accrue.

Il s'avère que les établissements ont besoin d'une stabilité de leurs ressources et d'une bonne compréhension des modèles (à des fins de bonne gestion). Le manque de transparence et d'explicitation de la construction tarifaire ne permet pas aux établissements de répondre rationnellement au signal-prix.

Les différents outils constituant l'architecture technique de la T2A et permettant de déterminer et de faire évoluer les tarifs se révèlent peu robustes (ENCc,...) et appellent à tout le moins un renforcement. Les limites de l'ENCc sont multiples :

- Faiblesse de l'échantillon (9% des séjours des CH en MCO, 5% de ceux des cliniques);
- Nombreux retraitements statistiques ;
- Manque de fiabilité pour les prises en charge peu courantes.

Enfin, ces outils dépendent d'une agence gouvernementale (ATIH) qui pourrait gagner en transparence.

Préconisation n°26 : revoir les modalités de fixation des tarifs T2A

Construction et neutralité tarifaire

adopter un principe de neutralité des tarifs par rapport à la hiérarchie des coûts, sauf exception documentée et objectivée. Cela sous-entend de renforcer l'étude nationale des coûts et d'éclaircir le périmètre et la nature des charges financées par le tarif.

intégrer plus fortement la prise en compte du temps médical et infirmier (non lié à l'acte) dans la construction des tarifs.

étudier l'opportunité d'adapter la T2A pour des situations particulières (taille, spécialisation de l'établissement, localisation géographique, ...).

conforter l'ATIH dans son travail d'expertise, de support technique, faire en sorte qu'elle assure en lien avec la DGOS une plus grande transparence dans les évolutions tarifaires vis-à-vis des acteurs hospitaliers.

améliorer la connaissance des coûts pour les établissements (publication des coûts, homogénéisation des méthodes d'élaboration de comptabilité analytique...).

politique tarifaire

stabiliser la méthode de fixation des tarifs et assurer une meilleure compréhension des évolutions

Bien que techniquement difficile, insérer les tarifs dans une perspective pluriannuelle et avancer leur entrée en vigueur au 1er janvier de chaque année ce qui permettra aux établissements de construire leurs budgets en n-1 en connaissant les tarifs applicables en n (ou du moins, de connaître les grandes tendances);

Prévoir en complément de la T2A la mise en place d'un dispositif de contractualisation entre l'ARS et l'établissement lorsque celui-ci souhaite développer de nouvelles activités, afin qu'il bénéficie d'un niveau de financement

Il a été évoqué de manière non consensuelle que, sous réserve d'expertises complémentaires, il serait possible de passer à une échelle de tarifs plus exigeante, non plus sur les coûts moyens, mais sur les coûts des établissements ayant les pratiques les plus efficaces (pour les pathologies qui s'y prêtent). Il conviendrait en plus d'être attentif au lissage des effets revenus et de prévoir un accompagnement des recompositions qui en résulteraient par des crédits AC

- **Le champ des activités financées sous T2A**

Certaines activités n'apparaissent pas adaptées à un financement en T2A "tout compris" et basé sur des coûts moyens. Citons par exemple : les activités soumises à des normes réglementaires fixant des seuils d'encadrement des patients (chirurgie spécialisée, obstétrique...), les activités ne pouvant pas être standardisées (services de réanimation ou de soins intensifs par exemple), les activités où les actes techniques sont minoritaires dans la prise en charge (maladies chroniques...), les activités nécessaires pour des raisons sanitaires dans un bassin de population isolé ou peu dense.

Par ailleurs, certaines activités ne sont que peu (prévention, séquelles, complications) voire pas valorisées financièrement actuellement par les tarifs (diététique...).

S'agissant du champ de la T2A, plusieurs pistes sont envisageables :

- Adopter une "CCAM clinique", remplaçant l'actuelle NGAP, permettant de financer plus justement le temps médical passé ;
- Réunir des conférences de consensus pluridisciplinaires pour définir le périmètre des activités qui ne peuvent relever entièrement ou partiellement d'une logique de financement à l'acte ou au séjour ;

Faire évoluer le modèle de financement pour les activités identifiées :

- soit en sortant complètement de la logique des GHS pour aller vers un système plus forfaitaire (Cf. urgences);
- soit préserver un financement par GHS mais avec une dotation minimale de base décorrélée de l'activité, représentative d'une part des coûts fixes de l'activité.

Il serait par ailleurs intéressant d'étudier les possibilités d'inclusion dans les tarifs, et plus largement dans la rémunération des activités, du financement de la prévention (sous réserve d'opérations de fongibilité entre les sous objectifs de l'ONDAM) et des complications (bien que déjà en grande partie inclus dans la construction tarifaire à travers les seuils de sévérité).

Préconisation n° 27 : revoir la liste des activités sous T2A

Exclure du financement T2A les activités qui ne s'y prêtent pas (urgences, maladies chroniques, pathologies du vieillissement, ...°après concertation avec les sociétés savantes, et les intégrer au périmètre des MIG

Inclure dans le tarif le financement de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la récidive,

- **T2A, qualité et pertinence des soins**

La T2A ne prend pas en compte ni la dimension « qualité » ni la dimension « pertinence » des actes. A l'inverse, la T2A inciterait à la multiplication des actes (même si aucune étude n'est arrivée à démontrer ce point).

L'introduction de la qualité dans la T2A ne fait pas l'objet d'un consensus unanime, certains considérant qu'il ne faut pas complexifier encore davantage ce dispositif et qu'il y aurait lieu de tenir compte de la qualité dans une modalité de financement complémentaire.

Préconisation n°28 : faire de la qualité un élément prioritaire de la rémunération de l'activité.

- établir des critères permettant de rémunérer les établissements lorsque des objectifs liés à la qualité des soins sont atteints et de pénaliser financièrement les établissements qui ne s'engageraient pas dans une telle démarche de qualité. Dans cette perspective, amplifier les expérimentations en cours associant rémunération d'activités hospitalières et qualité des soins...

- mettre en place de façon expérimentale un dispositif de dégressivité tarifaire qui pourrait être lié au volume d'actes accompli et aux gains d'efficacité économique.

mettre en place un dispositif d'amélioration de la pertinence des actes (par des systèmes incitatifs et non coercitifs) dont les ARS et l'Assurance Maladie pourraient avoir la responsabilité (sur la base de référentiels établis sous l'autorité de la HAS).

- **T2A et éthique médicale**

Une tarification aussi centrée qu'aujourd'hui sur l'activité peut favoriser la sélection des patients à partir de considérations économiques et ou financières. Par ailleurs, la T2A, telle qu'actuellement déployée, ne prend que peu en compte la diversité des aspects sociaux des patients, à pathologies identiques (même si des dotations MIG viennent compenser les charges induites par l'accueil de patients en état de précarité). In fine, c'est un modèle qui peut poser des problèmes éthiques en incitant la réalisation d'actes classants sans nécessité médicale ; ce qui rejoint la problématique de la pertinence des soins évoquée *supra*. Pour autant, aucune étude n'a aujourd'hui démontré de telles déviations mais les enquêtes déclaratives laissent entendre que le phénomène existe...

Préconisation n°29 : Créer un observatoire de la T2A,

indépendant dans ses travaux, ayant une mission d'évaluation des impacts de la T2A (parcours de santé des usagers, indicateurs de santé publique, offre de soins, situation des établissements, satisfaction des usagers, T2A et pratiques innovantes...).

- **T2A et innovation**

La T2A, de par sa construction, se révèle être un dispositif peu réactif, long à adapter aux évolutions médicales, ne favorisant pas l'innovation (même s'il demeure un dispositif s'adaptant in fine aux différents cas de figures).

Ainsi, actuellement, la tarification des actes de télémédecine est théoriquement intégrée au droit commun du financement des structures et des professionnels de santé. Or la CCAM n'a toujours pas été modifiée. Les professionnels et les établissements ne sont pas économiquement intéressés au développement d'activités de télémédecine car elles peuvent induire des réductions d'hospitalisations. La T2A devrait financer la télémédecine sous ses diverses modalités (consultation, expertise, surveillance, assistance, réunions de concertation pluridisciplinaire).

Même remarque que pour la prise en compte de la qualité, certains ne souhaitant pas complexifier encore davantage la T2A.

Préconisation n°30 : tenir compte plus rapidement des innovations

Accélérer la mise en place d'un dispositif de valorisation rapide et provisoire (jusqu'à leur intégration dans l'échelle tarifaire) des procédures innovantes de prise en charge (médicalement validées par la HAS) conformément à l'article L.165-1-1 du code de la sécurité sociale. Il y a urgence en matière de télémédecine

• **T2A, codage et contrôle**

Nonobstant leur nécessité non discutable, le déclenchement et le déroulement des contrôles T2A sont encore mal menés et mal vécus par les équipes hospitalières. Ainsi, est pointé un ciblage "inéquitable" entre établissements car visant une part de l'activité sur laquelle l'assurance maladie peut "éventuellement" récupérer des prestations indues et non sur celle où l'établissement "sous-code".

Préconisation n°31 : faire évoluer les modalités de contrôles,

afin d'instaurer plus d'équité (via des contrôles aléatoires et non ciblés) intégrer des médecins hospitaliers dans les procédures

• ***Les missions d'intérêt général (MIG) et d'aide à la contractualisation (AC)***

La dotation nationale des MIGAC finance les missions et les actions dont le Législateur a estimé qu'elles ne devaient pas être soumises aux variations de l'activité ou selon des modalités spécifiques, différentes de celles appliquées au financement des séjours hospitaliers.

En 2011, les dotations finançant les MIG représentent 5 938 millions d'euros, soit 10,25 % des recettes des établissements publics. Les MIG comportent deux composantes :

- les autres MIG (au nombre de 56, représentant 3 284M€) ;
- les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI, réparties en trois parts : fixe, modulable et variable, au nombre de 43, représentant 2654M€).

Quant aux AC, ils représentent 2 257 millions d'euros en 2011, soit 3,89% des recettes des établissements publics. Ces dotations se décomposent en 6 composantes :

- Développement de l'activité ;
- Maintien d'une activité déficitaire identifiée dans le SROS ;
- Amélioration de l'offre (Action de coopération, soutien à la démographie des personnels de santé) ;
- Restructuration et soutien financier aux établissements ;
- Aides à l'investissement ;
- Autres (culture à l'hôpital Aides diverses).

- **Faire évoluer le périmètre des activités et des missions financées sous la forme d'une dotation MIG**

Les dotations MIGAC doivent participer à la structuration d'une offre de soins adaptée aux besoins et aux priorités de santé publique.

- **Interroger la pertinence de l'équilibre actuel entre les financements uniquement liés à l'activité et les autres modalités de financement (en lien avec la préconisation n°)**

Le financement des MIG n'est pas conditionné intégralement par l'activité produite et garantit le maintien de certaines structures indépendamment de l'activité produite. En ce sens et de par les missions qui la caractérise (enseignement, recherche, innovation, prise en charge de patients en situation de précarité), cette enveloppe est intimement liée au service public (même si inversement, le service public ne se réduit pas à cette enveloppe).

Or il s'avère que certaines pathologies semblent inadaptées à un financement par tarifs et pourraient bénéficier des modalités de financement de cette enveloppe.

- **Clarifier le lien entre les MIG et les MSP**

Les MSP, aujourd'hui au nombre de quatorze, recouvrent des champs très divers et concernent toutes les catégories d'établissements, au-delà des soins hospitaliers de court séjour. Le financement de ces missions recouvre parfois, intégralement ou en partie, une mission d'intérêt général et in fine les dotations qui y sont rattachées. A contrario, certaines missions sont financées à l'activité (c'est-à-dire via des tarifs).

- **Assurer une meilleure adéquation entre le coût de la mise en œuvre des activités et les montants alloués**

-

- **La clarification du périmètre, des critères d'éligibilité et de calcul des MIG**

Une des composantes essentielles du service public est la transparence de son fonctionnement et de son financement. Dans cette optique, il est nécessaire d'accompagner les ARS et les établissements de santé dans un travail d'objectivation et d'allocation de ressource des établissements. En ce sens, la description dotation par dotation, des critères d'éligibilité, de compensation des charges et in fine de juste répartition de l'enveloppe est nécessaire. Dans cette perspective, doivent être encouragées les publications des guides méthodologiques d'accompagnement à l'allocation de ressources.

Des guides ont déjà été publiés ou sont en cours de publication. Ils doivent être mis en œuvre (les délégations de crédits aux régions et aux établissements doivent s'appuyer sur ces travaux). En outre, à l'instar des récentes publications de la DGOS, il est nécessaire de publier, en lien avec les professionnels concernés, un guide relatif au FIR et de continuer le travail d'actualisation des guides déjà publiés. Les ARS doivent être impliquées plus fortement dans ce dispositif.

- **Rendre plus équitable la répartition des dotations entre établissements et selon les activités assurées**

Le fonctionnement du service public ne peut être garanti que si son financement est équitable. Les dotations doivent en ce sens compenser justement les charges supportées par les établissements. L'objectivation des dotations MIG conformément à un modèle économique est cependant génératrice d'effets revenus. L'estimation préalable de ces effets revenus est indispensable avant toute application d'un modèle ou toute mise en œuvre d'une péréquation.

Enfin, il est nécessaire que soit poursuivie la politique de contractualisation des dotations afin que les structures attributaires aient connaissance des montants qui leur sont in fine attribués.

Les opérations de modélisation doivent se poursuivre afin de lier au mieux les charges supportées par établissements avec les dotations.

Les éventuels effets revenus négatifs pourraient être lissés sur plusieurs exercices budgétaires, afin d'éviter de mettre en difficulté les établissements concernés.

- **Un reporting à systématiser**

Dès lors que des crédits sont fléchés au profit d'une activité ou d'une mission considérée comme nécessaire, il convient de s'assurer que ces crédits soient bien utilisés pour ces missions et dans de bonnes conditions. En ce sens, les pouvoirs publics doivent se doter d'outils à des fins d'évaluation de l'activité produite par les structures bénéficiaires. L'objectif est de s'assurer du bon emploi des crédits alloués, afin de pouvoir les redéployer le cas échéant sur les structures éligibles.

Afin d'évaluer les structures attributaires de MIG le déploiement de rapports d'activité homogènes et informatisés apparaît nécessaire.

Les systèmes d'informations actuels pourraient évoluer afin de suivre au mieux ces activités. Ainsi par exemple, concernant les MIG finançant les charges liées à la complexité de certaines consultations (longues et pluridisciplinaires), les systèmes d'informations pourraient distinguer les consultations afférentes à chaque pathologie tout en spécifiant leur caractère complexe le cas échéant.

Préconisation n°32 : clarifier le champ d'application des MIG

Revisiter la liste des MIG et les évaluer financièrement

Revoir le cadre juridique et financier des MIG et des MSP dont le périmètre pourrait être clarifié. A partir de ce travail, le lien entre les dotations MIG et le périmètre des MSP devra être éclairci, précisé, contractualisé dans le cadre du FIR géré par les ARS

Mettre en place un système d'informations adapté au suivi de l'utilisation des MIG tant au niveau de l'ARS que des établissements pour s'assurer qu'elles sont effectivement utilisées au financement des activités MIG

- **Focus sur les MERRI**

Les MERRI sont une sous composante de l'enveloppe MIG. Les établissements de santé peuvent tous accéder aux financements de la part variable de cette dotation, destinés à financer des structures ou des missions bien ciblées. Il en va différemment pour les MERRI dites fixes ou modulables :

- La part fixe qui est une dotation historique destinée à compenser les charges liées à la réalisation des missions de recherche, d'enseignement, de référence et d'innovation. Cette part est amenée à disparaître d'ici 2016 au profit des parts modulables et variables.

- La part modulable destinée à compenser les charges liées à la réalisation des MERRI. Elle est répartie en fonction d'indicateurs de résultats (production scientifique, essais cliniques) ou de moyens (étudiants hospitaliers) qui sont des marqueurs de l'activité relative à ces missions. Il s'agit d'une dotation dynamique dont le calcul évolue chaque année afin de mieux prendre en compte les pratiques des professionnels dans ce domaine.

Tous les établissements ont accès aux logiciels Sigaps et Sigrec permettant de justifier de leur activité de publications ou d'essais cliniques, et ainsi d'être crédités d'un score susceptible d'être valorisé au plan financier. Toutefois, afin d'éviter la dispersion des moyens et d'éviter la multiplication de structures de masse critique insuffisante, un seuil minimal a été retenu qui était de 300 000 euros en 2011, abaissé à 200 000 euros en 2012.

La logique des financements MERRI est donc une logique de rémunération à l'activité, ouverte à tous les établissements, autrement que de façon revendicatrice ou déclarative, sous réserve d'activité suffisante : ce seuil d'entrée permet aux établissements de recevoir une rémunération sous forme de MERRI modulables, ainsi qu'une dotation permettant de financer une délégation régionale à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI), plusieurs centres anticancéreux et centre hospitaliers se sont ainsi vus reconnaître une DRCI. Les structures de soutien à la recherche clinique (DRCI) reçoivent elles-mêmes une dotation financière calculée sur la base d'une combinaison d'indicateurs (pour 70 % en fonction du nombre et du type d'essais cliniques, en cours promus par l'établissement, 30 % en fonction de la réussite aux appels d'offres nationaux de la DGOS sur les trois dernières années).

Par ailleurs, la circulaire DGOS PS4-2011-329 du 29 juillet 2011 avait organisé un appel d'offres en vue de la création de centres de recherche clinique dans les établissements de santé non dotés de centres d'investigation clinique labellisés INSERM. Cet appel d'offres a permis de financer des centres dans plusieurs CHU, non dotés jusqu'ici de CIC, mais aussi dans des CLCC (9), et dans des centres hospitaliers (Annecy, Créteil, la Roche S/Yon, Institut Catholique de Lille, CH Ste Anne, Hôpital Foch, CH Le Mans).

Les possibilités d'accéder aux financements MERRI sont donc ainsi ouvertes aux Centres hospitaliers pour peu que ceux-ci justifient d'une réelle activité de recherche clinique, suffisamment importante. L'accès à un tel niveau d'activité suppose une mobilisation interne (mobilisation du corps médical notamment), et un investissement très concret (autofinancement de temps d'assistant de recherche clinique pour amorcer un cycle d'exploitation de la recherche).

Cet investissement humain et financier des CH pour un financement aux MERRI est nécessaire et peut être soutenu à travers une politique de coopération renforcée avec les CHU, qui ont vocation à jouer un rôle de tête de réseau dans l'organisation régionale de la recherche clinique.

Certains CHU ont développé des modèles très incitatifs en prenant l'initiative, dans le cas de groupements coopératifs, de financer eux-mêmes des postes d'assistants de recherche clinique pour faciliter l'amorçage de cette activité dans les établissements partenaires : c'est le cas notamment du groupement RIMBO, Recherche et Innovation Médicale en Bretagne Occidentale, articulé autour du CHRU de Brest et associant les centres hospitaliers de Quimper, de Morlaix, le centre de rééducation fonctionnelle de Roscoff, et l'hôpital d'instruction des armées de Brest.

D'autres partenariats se développent également, sur une approche plus conventionnelle. Il y a ainsi un changement majeur de positionnement des CHU vis-à-vis des établissements du territoire pour permettre à ceux-ci de prendre pied efficacement dans le domaine de la recherche clinique

Préconisation n°33 : poursuivre et amplifier la rémunération des activités MERRI correspondant à la réalité des coûts et des productions des établissements concernés

-
- **Les AC**
 - Constats et préconisations générales

Les dotations AC ont, dans un premier temps, principalement financé les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »). Elles ont permis également d'accompagner le développement ou le maintien d'activités dans le cadre des SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre.

La campagne budgétaire 2006 a introduit une nouvelle orientation par la volonté de développer les marges de manœuvre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) au travers de l'identification d'enveloppes régionales d'aide à la contractualisation imputées sur la partie « AC » des MIGAC. Cette orientation a été ensuite confirmée.

Initialement destinées à permettre aux ARH puis aux ARS, via des dotations financières contractualisées entre l'État et les établissements, de promouvoir, conditionner, inciter, réaliser des opérations de réorganisations et restructurations, souvent liées à des constructions, ces dotations financières sont devenues des variables d'ajustement de politiques d'investissements immobiliers conséquents.

De facto, de nombreux établissements (dont plusieurs CHR-U), faute d'avoir contractualisé précisément avec les ARS, ou faute pour les ARS de disposer des moyens dans la pluriannualité pour honorer leurs engagements possibles, se retrouvent dans des situations déficitaires structurelles importantes.

La cause de ce dysfonctionnement est notamment l'absence de politique financière pluriannuelle dans ce domaine.

Faute de marges de manœuvre suffisantes laissées aux ARS dans leurs dotations annuelles, et compte tenu de l'utilisation dans le passé par le Ministère de la Santé des AC comme outil de régulation des enveloppes Tarifs/ MCO (provisions, gels préventifs de crédits) les dotations AC ne sont pas des dispositifs sur lesquelles les ARS peuvent s'appuyer pour déployer des politiques pérennes.

Il est nécessaire de cesser d'utiliser les dotations MIG et AC comme variables d'ajustement de l'ONDAM pour maintenir les tarifs en cas de variation d'activité. Cette préconisation est d'ores et déjà rentrée en application dans le cadre du PLFSS pour 2013.

Cette situation de sous financement peut entraîner des tensions entre les établissements (engagements non respectés) et les ARS (moyens financiers régionaux non disponibles).

Les AC ne constituent donc pas aujourd'hui un outil de « régulation micro économique » des réorganisations et ne peuvent influencer sur les évolutions territoriales.

Les ARS doivent être attributaires des dotations conséquentes et fongibles en MIG et AC qui permettront de mettre en place de façon soutenue et pluriannuelle les coopérations entre établissements tout en maintenant, dans les délais d'adaptations structurelle nécessaires, les recettes des établissements.

Il convient de corréler étroitement les décisions de politiques d'investissements aux possibilités financières des AC pour les opérations lourdes (cf. *infra*).

Préconisation n°34 : donner aux ARS les moyens de contractualiser via les AC

poursuivre le travail d'identification des opérations finançables par des crédits AC, à l'instar du récent guide relatif aux AC, publié le 1er août 2011.

Donner les moyens techniques et financiers aux ARS pour s'engager dans une politique de contractualisation avec les établissements via les AC (objectifs, délais, évaluation, intéressement...) dans la pluriannualité et en donnant la souplesse nécessaire entre MIG et AC

- Focus sur les investissements

Les établissements hospitaliers publics ont massivement investi entre 2002 et 2012 passant d'une moyenne de 3Md d'Euros annuels en 2002 à 6,6 Md annuels environ à partir de 2008, soit un total entre 2002 et 2010 de 43 Md d'Euros.

Les plans Hôpital 2007 et 2012 expliquent en partie cette évolution.

Les charges financières et aux dotations aux amortissements ont largement augmenté (3 à 4 fois plus que l'évolution des dépenses de personnel et 2 fois plus que les charges à caractère médical).

Cette situation s'est traduite par un recours massif à l'emprunt de la part des établissements, et à un doublement de l'encours de la dette de ces derniers entre 2005 et 2010. La Cour des Comptes chiffre à fin 2011 la dette des hôpitaux à 31 Mds d'Euros, en hausse de 23% sur deux ans et de 67% depuis 2007.

La dépendance financière des établissements s'est corrélativement dégradée, en particulier lorsqu'on ajoute les difficultés de trésorerie de certains établissements. La réglementation, à compter de 2011, est venue fort heureusement, encadrer le recours à l'emprunt des EPS.

- **Investissement et modèle de financement**

La T2A n'inclut pas la totalité des coûts d'investissements, loin s'en faut, en particulier pour les opérations lourdes et restructurantes.

Le modèle de financement de l'investissement devrait évoluer vers le déploiement d'aides (hors tarifs) en capital, en cohérence avec les politiques de coopération.

La possibilité devrait être offerte aux collectivités territoriales et aux Fondations de contribuer aux investissements, sous réserve du cadrage préalable par la tutelle des projets et en particulier de leurs incidences en termes de coûts de fonctionnement

- **Investissement et pilotage**

Les décisions prises dans le domaine du financement souffrent fréquemment d'une absence de vision territoriale. In fine, la tutelle des établissements est souvent insuffisamment compétente pour juger du bon dimensionnement des équipements (contexte renforçant la position oligopolistique des entreprises du bâtiment).

Afin de garantir un dimensionnement adapté aux besoins de l'établissement et du territoire et afin de prendre en compte les retours sur investissements, il apparaît pertinent, au-delà d'un certain seuil, de mettre à disposition des ARS des équipes d'experts dans les domaines de la maîtrise d'œuvre et des financements de travaux ;

L'autorisation des opérations majeures d'investissements ne peut être délivré sans en avoir été débattu au niveau national et régional;

Il est nécessaire d'instaurer des contractualisations pluriannuelles permettant de garantir à l'établissement la « pérennité » de ces financements, leur lissage dans le temps et donner à l'État la possibilité de :

- conditionner les aides ;
- de vérifier la mise en œuvre et le respect du cahier des charges ;
- et d'assurer la traçabilité des responsabilités.

Il conviendrait de concentrer en priorité les investissements sur les plateaux techniques, les services de soins et les systèmes d'informations ;

La création d'une structure nationale pour la gestion des investissements immobiliers hospitaliers ne fait pas consensus

• **Investissement et patrimoine**

Un retard a été pris ces dernières années dans la modernisation du parc immobilier et des systèmes d'information des établissements.

Plusieurs déterminants sont à la base de ce constat :

- insuffisantes d'études de surcoûts par les établissements de leur patrimoine ;
- absence de compétences régionales, voire nationales pour expertiser les dossiers liés au patrimoine;
- interventionnisme politique venant parfois prendre le contre-pied d'expertises techniques et financières fondées.

Il s'avère en outre que les contrats de partenariat public/privé (BEH, PPP) sont un échec. Ils se sont révélés coûteux et les résultats opérationnels sont inadaptés.

Préconisation n°35 : Revoir les modalités de financement de l'investissement

- Prioriser les aides en capital,
- Valider les décisions d'investissements au niveau des ARS, avec mise à disposition d'équipes d'experts (juristes, AMO, financiers, architectes...) sur pool national et au-delà de certains seuils (réglementation actuelle) décisions nationales

- Favoriser les aides financières des collectivités territoriales, ou fondations, dès lors qu'elles sont validées par l'ARS en termes d'incidence sur les couts de fonctionnement et ROI
- Exiger une vision et une traçabilité pluriannuelle des capacités financières des établissements qui souhaitent investir ;
- Demander aux établissements un programme d'investissements a partir de programmes capacitaires adaptés aux Projets médicaux d'établissements et a des évolutions prévisionnelles réalistes d'activités.
- Contractualiser entre l'ARS et les structures qui investissent les modalités et conditions d'investissements (coopérations inter établissements en particulier , garantie de pluri annualité des AC, fongibilité des dotations pour les ARS...)
- exiger de chaque établissement qui doit conserver l'autonomie de gestion patrimoniale, un inventaire précis des valorisations immobilières et foncières
- concentrer en priorité les investissements sur les plateaux techniques, les services de soins et les systèmes d'information.
- abandonner, sauf circonstance particulière et rare qui le justifierait les contrats PPP inadaptés au SPH pour les investissements concernant les structures de soins.

- *Expérimentations d'un financement au parcours de soins*
-
- **Permettre et favoriser le financement d'un parcours de soins en encourageant et sécurisant les opérations de fongibilité**

Le déploiement de parcours de soins opérationnels, en rendant plus efficaces les liens entre professionnels de santé est nécessaire pour un service public de qualité et contribue à améliorer l'accessibilité des soins. L'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le médico-social se heurte pourtant au maintien d'un certain cloisonnement des circuits financiers. C'est pourquoi, les pouvoirs publics ont créé en 2011 le fonds d'intervention régional (FIR) réunissant des moyens d'action des politiques proches ou complémentaires. Ce fond (par son caractère fongible) donne la possibilité de financer de manière coordonnée des parcours de soins. Il serait donc utile de développer ce fonds, mais sous réserve de certaines évolutions.

A titre général, la fongibilité ne doit pas être abordée comme l'outil optimal de décloisonnement de l'hôpital. En effet, le déploiement de certaines actions « hors les murs » (équipes mobiles de soins palliatifs, équipes mobiles de gériatrie) ne se fera qu'avec les ressources humaines de l'hôpital. Ce n'est donc pas en rendant fongible les crédits des établissements que l'on décloisonnera ces actions.

Concernant l'outil FIR, les préconisations sont les suivantes :

Doter le FIR d'un système d'information pour le suivi des allocations;

Procéder à des transferts de dotation lorsque ces dernières sont réellement en lien avec une activité. A défaut, sont transférés dans le FIR des crédits dont la répartition entre régions ne tient pas compte des besoins de la population, opération se révélant peu compatible avec un financement adaptée du service public.

- **Inciter à la coopération sur un territoire**

La rémunération à l'activité est perçue comme induisant de la part des acteurs une approche « individualiste », « autarcique » et non « coopérative » (même si cette affirmation n'a pas fait l'objet

d'étude étayée). De plus, ce modèle ne favorise pas la relation ville /hôpital, et ne permet pas un financement adapté du parcours du patient.

Les ARS doivent disposer de marges de manœuvre financières beaucoup plus importantes qu'aujourd'hui et notamment pouvoir inciter financièrement à la coopération inter établissements (amenant une nouvelle répartition des activités) en lissant les impacts financiers dus aux réorganisations territoriales.

Afin de favoriser les coopérations, il est nécessaire d'améliorer et de coordonner les systèmes d'information entre les différents acteurs internes et externes à l'hôpital.

Il y a lieu d'étudier et d'expérimenter la mise en place d'une tarification au parcours de soins commune à la médecine de ville, au champ MCO, au champ SSR, aux hôpitaux locaux ainsi qu'aux établissements d'hébergement de personnes âgées et au secteur médico-social

Depuis de nombreuses années, l'objectif de mettre en place une politique de coordination des soins est affirmé, dans un souci de qualité des prises en charge et d'amélioration de l'efficacité (réseaux de soins, ambulatoire, HAD...).

Cette politique est le fruit d'une demande forte liée à l'évolution des techniques de prise en charge, à la démographie médicale, à l'évolution des pathologies (développement des maladies chroniques et vieillissement) et à l'émergence de la « voix » des patients. La Mecss estime à 15 millions le nombre de patients atteints de maladies chroniques et polypathologies ce qui rend indispensable l'adaptation du système de soins pour une meilleure coordination des professionnels.

Cet objectif se heurte notamment à l'antagonisme Hôpital/Ville (médecine salariée et médecine rémunérée à l'acte) à l'hospitalo-centrisme privilégié jusqu'à maintenant dans l'organisation des soins.

Cette organisation coordonnée des soins reste néanmoins à développer :

Les maisons de santé, centres ou pôles de soins représentent des expériences intéressantes en venant associer divers acteurs (libéraux, salariés associatifs, hôpitaux) dans des filières facilitées par les nouvelles technologies de télé diagnostic et de transmission de l'information ;

A noter une expérience intéressante et préfiguratrice: l'expérimentation du parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie. En application de l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, il s'agit de prévenir l'hospitalisation des personnes âgées en établissement de santé avec hébergement, de gérer leur sortie d'hôpital et de favoriser la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médicosociaux.

Le positionnement des ARS devra être majeur dans la phase expérimentation et de négociation avec les acteurs de proximité.

La HAS devra continuer de jouer un rôle important via la publication de guides de définition de parcours de soins.

Préconisation n°36 : Préconisation : donner plus de marge de manœuvre aux ARS pour le financement des expérimentations innovantes en matière de parcours de santé

- Renforcer le rôle et les moyens des ARS afin qu'elles puissent favoriser, inciter les coopérations entre les acteurs du SPH.
- Accentuer la fongibilité des enveloppes financières à disposition des ARS
- Confier aux ARS sur la base d'un cahier des charges national, en liaison, entre autres, avec la HAS (définition des parcours, bonnes pratiques, qualité) la mise en place des expérimentations du financement des parcours de soins .Les acteurs de proximité partenaires des ARS dans une expérimentation de la tarification au parcours de soins devront inclure essentiellement : médecine et soins de ville, MCO, SSR, Hôpitaux locaux, établissements personnes âgées, medico-social.

Conclusion :

Les travaux du groupe ont montré combien est forte l'attente à l'égard de la réintroduction du SPH tant l'évolution récente des textes législatifs a déstabilisé les acteurs au point qu'ils expriment une perte de repères. Il y a donc eu expression de la volonté de voir réintroduit dans la loi le service public hospitalier, mais en même temps, est exprimé le souhait que cette réintroduction s'accompagne d'une économie de réglementations, traduisant ainsi la marge de manœuvre laissée aux acteurs et donc la confiance qui leur est faite.

Par ailleurs, il y a lieu de capitaliser sur le sens donné à la réintroduction, sur les objectifs qui lui sont assignés (l'amélioration de la réponse apportée aux besoins de santé, l'amélioration du service rendu à l'utilisateur), sur les valeurs et les obligations qui unissent les acteurs du service public hospitalier.

Le groupe a, dans sa très grande majorité, souhaité que soit donnée une définition du SPH à partir :

- des grandes missions (soins de proximité et de recours, enseignement, recherche, prise en compte de la précarité, permanence de soins, ...)
- des acteurs qui y contribuent de fait (EPS et ESPIC) ou sur la base de délégations (le privé lucratif)

Le groupe a unanimement souligné que le service public hospitalier doit être réintroduit mais rénové pour tenir compte des enjeux de santé publique. Le SPH ne peut répondre seul aux besoins de santé, il doit être organisé à partir du principe de coopération, à définir comme une nouvelle obligation du service public :

- Coopération inter établissements hospitaliers où chaque composante (CHU, CH, CHL, cliniques si nécessaire,...) a son rôle à jouer en complémentarité, dans une perspective d'organisation territoriale
- Coopérations avec tous les acteurs sur un territoire, tous ceux qui adhèrent aux valeurs et obligations du service public, et prêts à partager la responsabilité de l'état de santé de la population dans le cadre de missions territoriales de service public.

Le groupe a également souligné l'importance des ARS dans leur rôle d'incitation, d'impulsion, d'accompagnement, d'évaluation des initiatives des acteurs au sein de ces missions territoriales de service public. Les outils et les compétences nécessaires à la mise en œuvre de ce rôle sont à développer.

Enfin, la question du financement a été très largement débattue. Le groupe formule de nombreuses propositions pour faire en sorte, en particulier, que les modalités de financement deviennent compatibles

avec les exigences de coopération et d'inscription dans le parcours de santé des usagers. Les missions essentielles de recherche et d'enseignement doivent également se voir confortées par des financements adaptés, en lien avec les réorganisations nécessaires proposées dans ce rapport.

Tout au long de ces travaux, les acteurs ont témoigné de leur profond attachement au service public hospitalier qu'ils souhaitent voir revalorisé par la promotion des valeurs qui l'animent, des obligations qu'il respecte, des missions qu'il remplit dans l'objectif partagé d'accès à la santé pour tous.

La réintroduction du service public hospitalier doit se faire dans la perspective d'une juste allocation de rôle pour chaque type d'acteur (hôpital, médecins de ville, acteurs de l'accompagnement en établissement ou à domicile, ...) afin que chacun prenne sa place, toute sa place mais rien que sa place dans une perspective de lisibilité et d'efficacité du système de santé au bénéfice de tous les usagers.

Annexe 1 : Liste des intervenants

- **Monsieur Didier TABUTEAU, réunion du 27 septembre 2012**
Au titre de ses fonctions de responsable de la chaire santé de Sciences Po
- **Messieurs BOIRON et FELLINGER, réunion du 5 octobre 2012**
Auteurs du rapport « mission hôpital public »
- **Madame Natacha LEMAIRE, réunion du 5 octobre 2012**
Sous - Directrice de la régulation de l'offre de soins à la DGOS
- **Madame Claire SCOTTON et Monsieur Jean-Louis BONNET,**
Membres de l'IGAS **réunion du 11 octobre 2012**
- **Monsieur Bernard DUPONT, réunion du 11 octobre 2012**
Directeur Général du CHU de Brest
- **Madame le Professeur HARDY-BAYLÉ, réunion du 11 octobre 2012**
PU-PH en Psychiatrie – CH de Versailles
- **Monsieur Jean WILS, réunion du 17 octobre 2012**
Chargé des droits des usagers à l'AP HP
- **Monsieur Daniel CARRÉ, réunion du 17 octobre 2012**
Administrateur du CISS
- **Monsieur Nicolas BRUN, réunion du 17 octobre 2012**
Président d'honneur du CISS, coordonnateur pôle protection sociale-santé UNAF
- **Monsieur le Professeur KOPPFERSCHMITT, réunion du 26 octobre 2012**
Service des Urgences - CHU de Strasbourg
- **Monsieur Pierre MICHELETTI, réunion du 26 octobre 2012**
(Ancien président de médecins du monde), responsable de l'association
« médecins du monde » Grenoble
- **Madame le docteur Jeanine ROCHEFORT, réunion du 26 octobre 2012**
Médecin, responsable du centre de soins Médecin du Monde de la Plaine Saint Denis
- **Professeur Nathalie SALLES, réunion du 26 octobre 2012**
Médecin gériatre au CHU de Bordeaux en charge de l'équipe mobile de gériatrie
- **Monsieur le Professeur Dominique MOTTIER, réunion du 6 novembre 2012**
Coordonnateur du Centre d'Investigation Clinique, CHU de Brest
- **Madame le Docteur Irène FRACHON, réunion du 6 novembre 2012**

Pneumologue au CHU de Brest

- **Monsieur le Doyen Dominique PERROTIN, réunion du 6 novembre 2012**
Président de la Conférence des Doyens des facultés de médecine
- **Monsieur le Doyen Jean SIBILIA, réunion du 6 novembre 2012**
Doyen de la faculté de médecine de Strasbourg et Président du Comité National de Coordination de la recherche
- **Madame Marie-Hélène GILLIG, réunion du 15 novembre 2012**
Présidente de la Fondation Saint Vincent-de-Paul,
- **Monsieur Christophe MATRAT, réunion du 15 novembre 2012**
Directeur du groupe hospitalier Saint Vincent
- **Monsieur le Docteur Marc SCHEER, réunion du 15 novembre 2012**
Responsable du service de polyclinique de la clinique Saint Luc
- **Monsieur Housseyni HOLLA, réunion du 15 novembre 2012**
Directeur de l'ATIH
- **Monsieur le Professeur Jean-Claude MOISDON, réunion du 15 novembre 2012**
Professeur à l'Ecole des Mines
- **Monsieur Pascal GARDEL, réunion du 15 novembre 2012**
Président de la Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE)
- **Monsieur le docteur Gabriel NISAND, réunion du 23 novembre 2012**
Directeur de l'information médicale (DIM) des Hôpitaux universitaires de Strasbourg
- **Monsieur Jean DEBEAUPUIS, réunion du 23 novembre 2012**
Directeur Général de l'Offre de Soins
- **Monsieur Thomas LELUDEC, réunion du 23 novembre 2012**
Directeur délégué de la haute autorité de santé (HAS)

Annexe 2 : Bibliographie

- Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité
- Rapport 2011 au Parlement sur les MIGAC
- Évaluation de la Tarification des soins hospitaliers et actes médicaux, Inspection Générale des Finances - 2012
- Mission Hôpital Public, Ministère de la Santé - 2012.
- Réinventons notre système de Santé- Projet, 2012 - Terra Nova.
- Service public et santé-sous la direction de Didier TABUTEAU, Éditions de Santé. Presses de Sciences Po - 2012
- Management et efficacité hospitalière : une évaluation des déterminants.
- Rapport IGAS - 2012 ACKER, BENSADON, LEGRAND, MOUNIER
- Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux. Rapport IGAS 2012 BRAS, VIEILLERIBIERE, LESTEVEN
- Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ?
- Rapport IGAS 2012 .LALANDE, SCOTTON, BOCQUET, BONNET.
- Évaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé. Rapport IGAS 2012. BRUANT-BISSON, CASTEL, PLANEL.
- L'évolution de l'ONDAM - Rapport IGAS/IGF - 2012
- Le financement des établissements de Santé – Rapport d'informations MECSS 2012 au Sénat Jacky LE MENN et Alain MILON
- Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de Santé - PÉPIN, MOISDON DRESS - Mai 2010
- Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital - IRDES - Zeynep OR et Thomas RENAUD - Mars 2009.

- Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de Santé- Rapport IGAS 2009- Bras, Duhamel.
- Cahiers hospitaliers Septembre-Octobre 2012, numéros 292 et 293 Berger-Levrault
- Les inégalités de sante dans les territoires français.- Emmanuel Vigneron- ELSEVIER MASSON 2011

Annexe 3 : résultats du questionnaire

Hôpital - Groupe 1

Auteur	IGAS-ENQUETES
Nom du filtre	Toutes les réponses validées
Date de génération du rapport	06/12/2012 10:32:00

Description de l'enquête
Informations générales de l'enquête

Nom de l'enquête	Hôpital - Groupe 1
Nombre de campagnes	1
Nombre d'Invitations envoyées	55
Nombre de réponses validées	17
Nombre de réponses partielles	0

Description des campagnes
Campagne 1

Type de la campagne	Campagne nominative
Dernière date d'ouverture	14/11/2012 14:38:00
Dernière date de fermeture	--/--/----
Nombre d'Invitations envoyées	55
Nombre de réponses validées	17
Nombre de réponses partielles	0
Nombre de relances	67

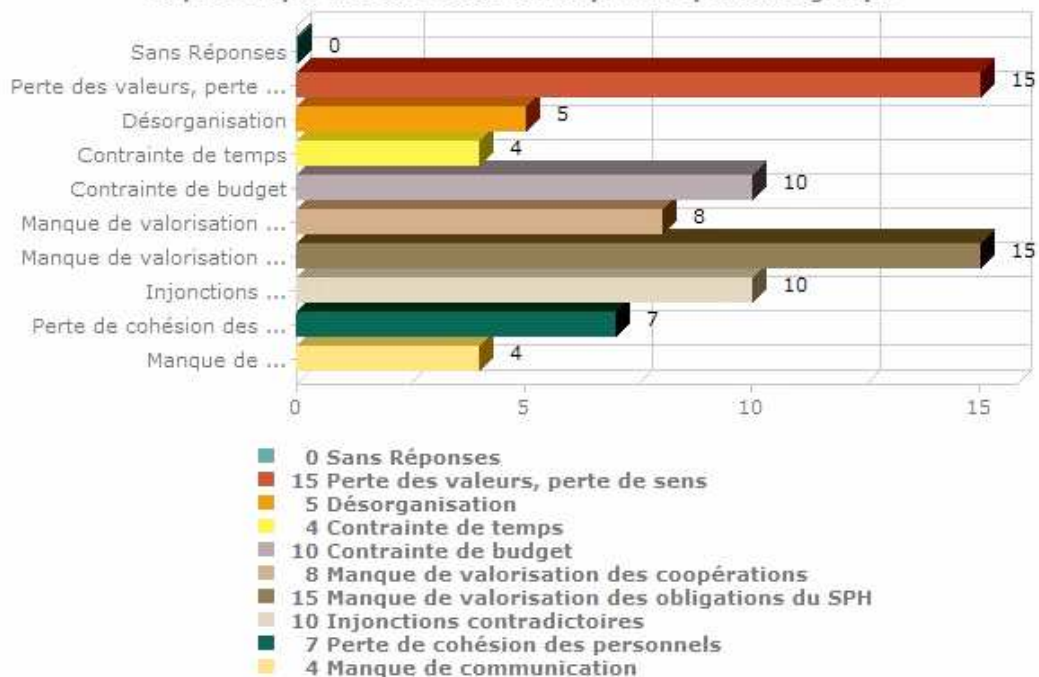
Questions et Variables

Questions

Q1 - Cochez les 5 principales difficultés concernant le service public hospitalier que vous souhaitez voir exprimées par notre groupe

Graphique

Q1 - Cochez les 5 principales difficultés concernant le service public hospitalier que vous souhaitez voir exprimées par notre groupe



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
Perte des valeurs, perte de sens	15	88.2 %
Désorganisation	5	29.4 %
Contrainte de temps	4	23.5 %
Contrainte de budget	10	58.8 %
Manque de valorisation des coopérations	8	47.1 %
Manque de valorisation des obligations du SPH	15	88.2 %
Injonctions contradictoires	10	58.8 %
Perte de cohésion des personnels	7	41.2 %
Manque de communication	4	23.5 %

Q2 - Autres difficultés:

Données

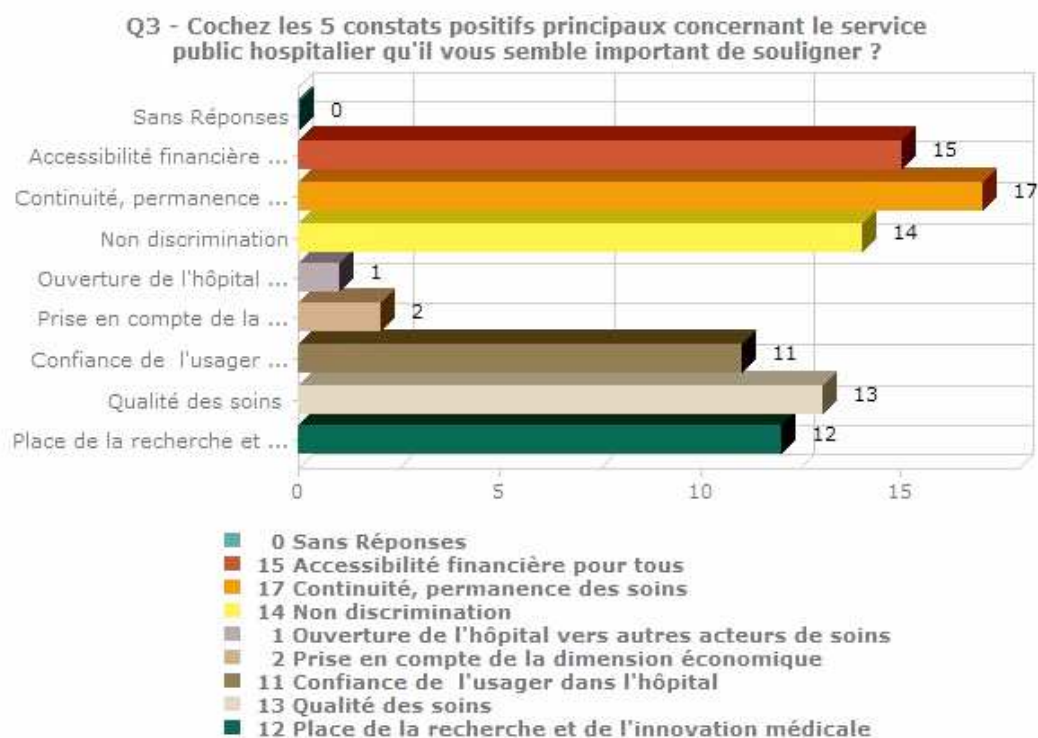
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	8	47.1 %
Choix1	9	52.9 %

Détails

Nom complet	Choix1
Jacques MARESCAUX	Approche du service public en santé mentale cantonnée aux soins sans consentement, donc d'une part stigmatisante et d'autre part inadaptée aux enjeux actuels de la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale dans la cité, aujourd'hui nécessaire
J-Claude MATHA	Cf. Q5
Benoit VALLET	Difficultés via la démographie
Catherine REA	Du point de vue de la FEHAP, la disparition du sigle de PSPH a affaibli le lien historique antérieur établi entre autorités de contrôle et de tarification et établissements de santé privés non lucratifs, le sigle d'ESPIC ayant été moins bien assimilé et accepté, même s'il présente l'intérêt d'être dans une formulation positive (établissement de santé privé d'intérêt collectif) et non négative (privé NON lucratif). Du fait de ce constat, la FEHAP souhaite que la rénovation du service public hospitalier soit l'occasion de rétablir la notion bien connue et identificatoire de PSPH, en associant ainsi les ESPIC (notion physique d'établissement) et PSPH (notion de composante organique du SPH).
Didier THEVENIN	Gouvernance hospitalière à revoir: décisions par l'administration non concertées
Doyen	Le comportement anti service public hospitalier de la plupart des organisations syndicales
Bertrand MAS	Le SPH n'est pas assez ouvert sur les soins d'amont et d'aval Les charges administratives prennent trop d'importance au regard du soin
Présidence CNI	Manque de reconnaissance des compétences des personnels
Bruno DEVERGIE	Non reconnaissance des équipes soignantes (PH compris) dans les salles d'hospitalisations classiques.

Q3 - Cochez les 5 constats positifs principaux concernant le service public hospitalier qu'il vous semble important de souligner ?

Graphique



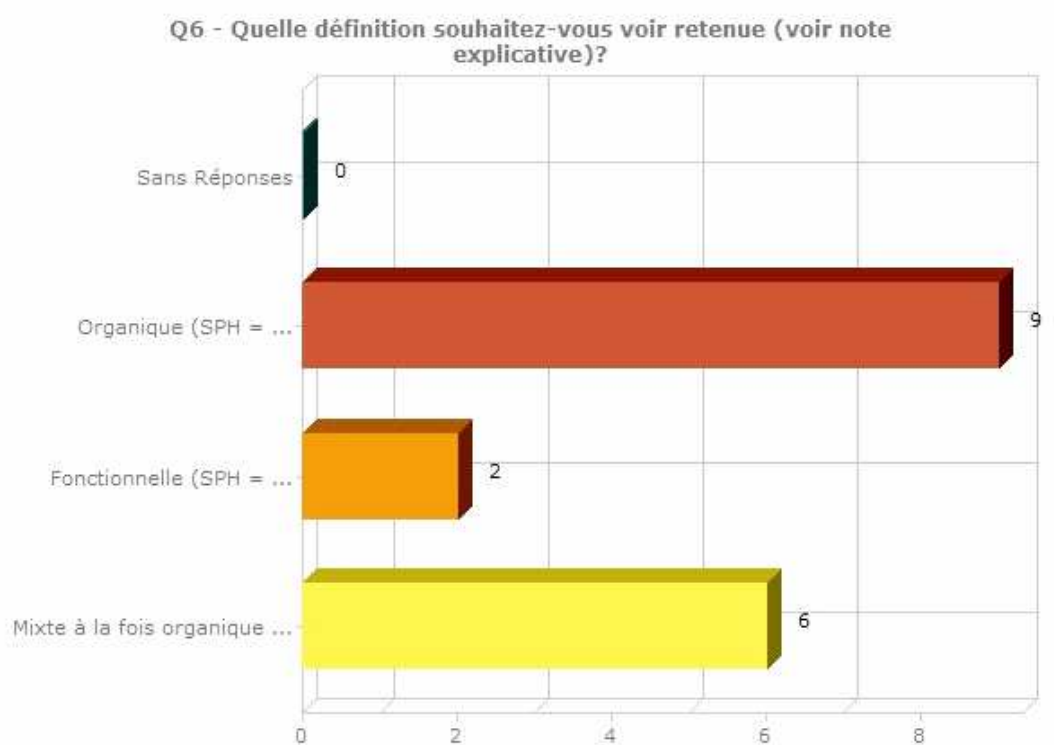
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
Accessibilité financière pour tous	15	88.2 %
Continuité, permanence des soins	17	100 %
Non discrimination	14	82.4 %
Ouverture de l'hôpital vers autres acteurs de soins	1	5.9 %
Prise en compte de la dimension économique	2	11.8 %
Confiance de l'utilisateur dans l'hôpital	11	64.7 %
Qualité des soins	13	76.5 %
Place de la recherche et de l'innovation médicale	12	70.6 %

II) Quel service public hospitalier ?

Q6 - Quelle définition souhaitez-vous voir retenue (voir note explicative) ?

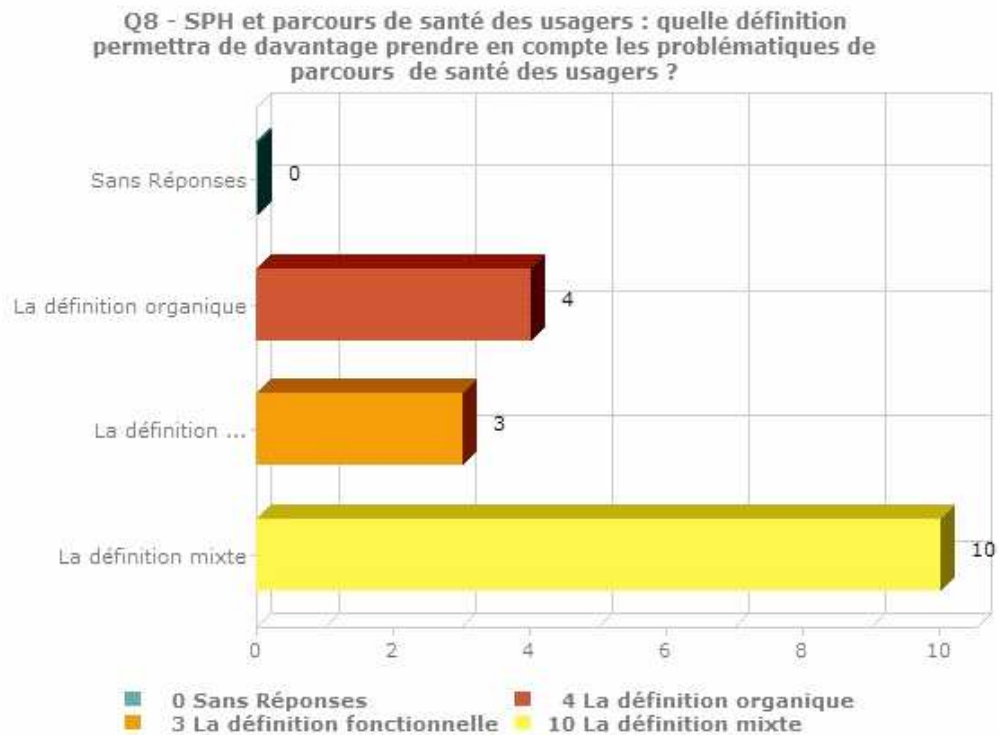
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
Organique (SPH = hôpital public et ESPIC)	9	52.9 %
Fonctionnelle (SPH = missions de service public assumées par tel ou tel acteur, public ou non, respectant les obligations de service public)	2	11.8 %
Mixte à la fois organique et fonctionnelle (SPH = hôpital public et ESPIC + missions confiées également à des établissements non publics et non ESPIC)	6	35.3 %

Q8 - SPH et parcours de santé des usagers : quelle définition permettra de davantage prendre en compte les problématiques de parcours de santé des usagers ?
Graphique



Données

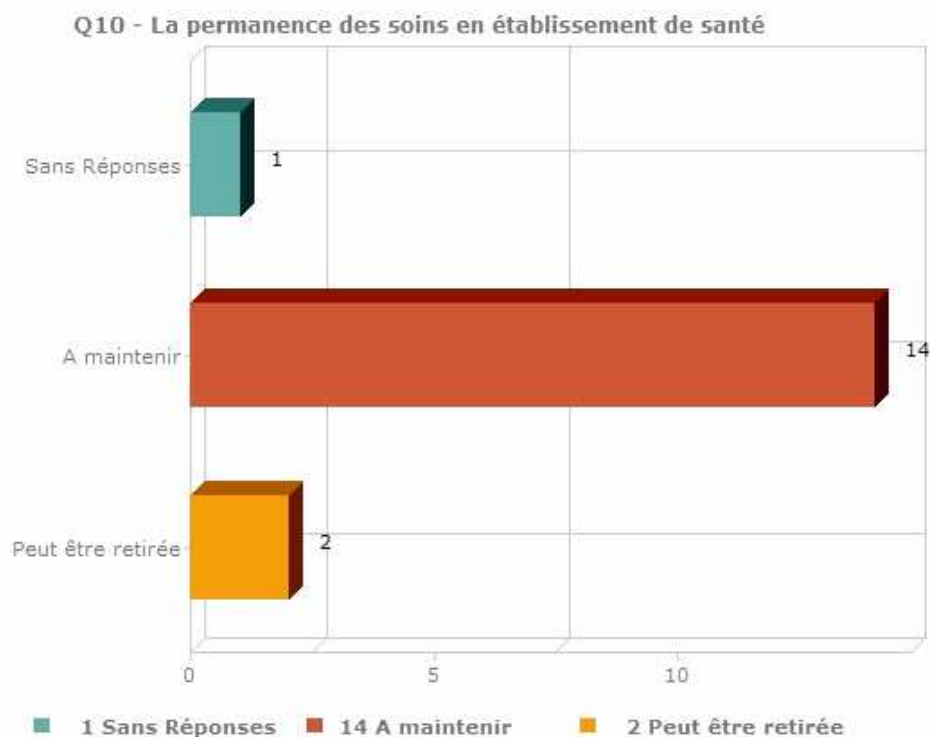
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
La définition organique	4	23.5 %
La définition fonctionnelle	3	17.6 %
La définition mixte	10	58.8 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q10 - La permanence des soins en établissement de santé

Graphique



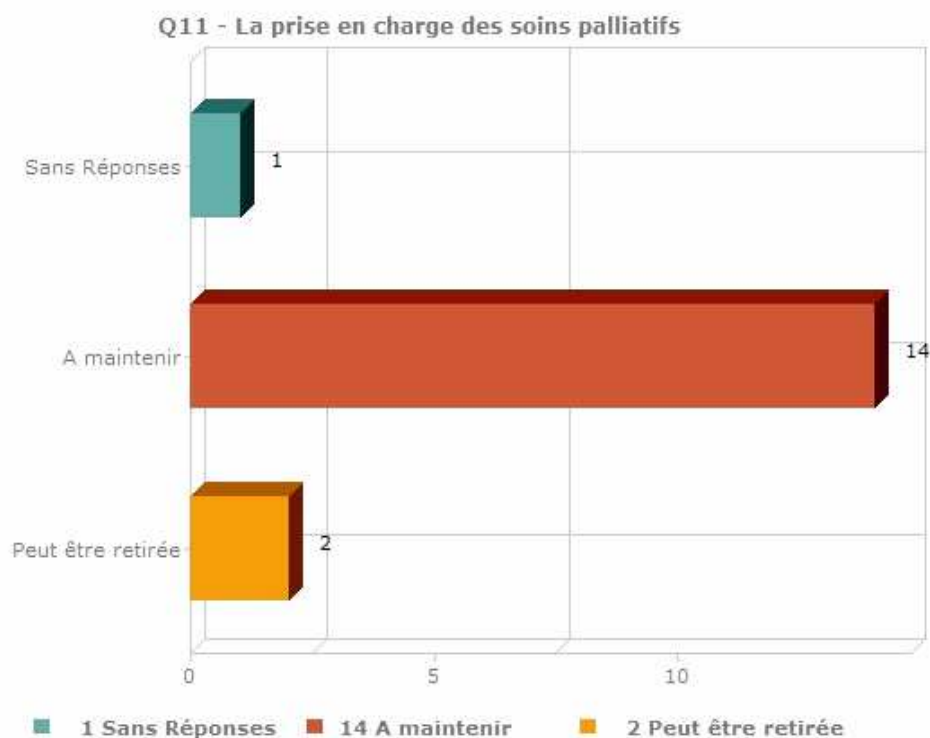
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	2	11.8 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q11 - La prise en charge des soins palliatifs
Graphique



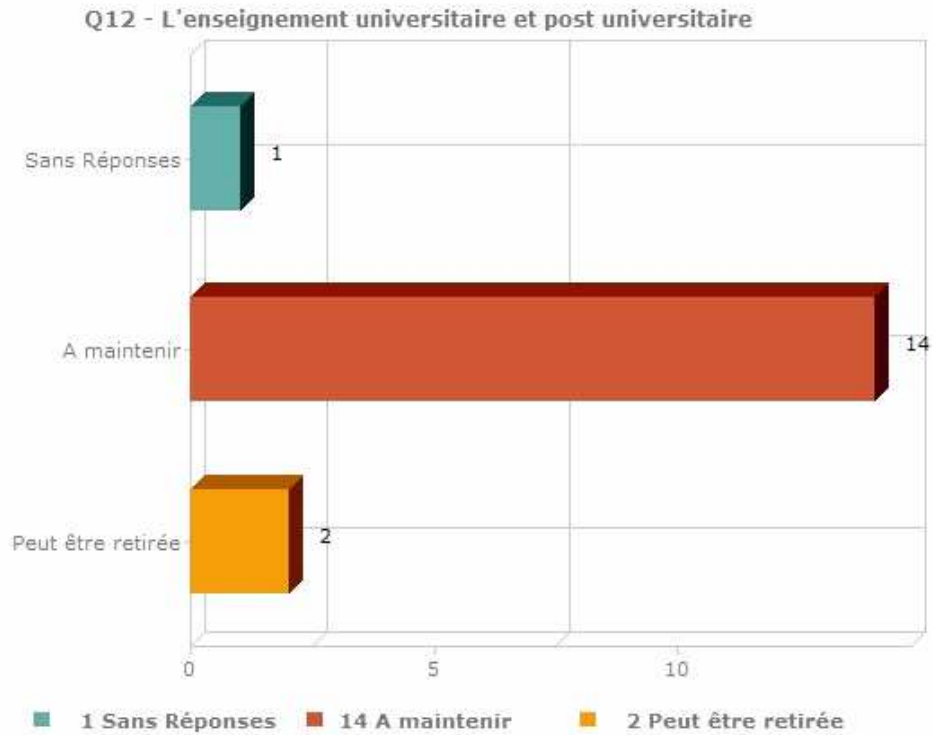
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	2	11.8 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q12 - L'enseignement universitaire et post universitaire
Graphique



Données

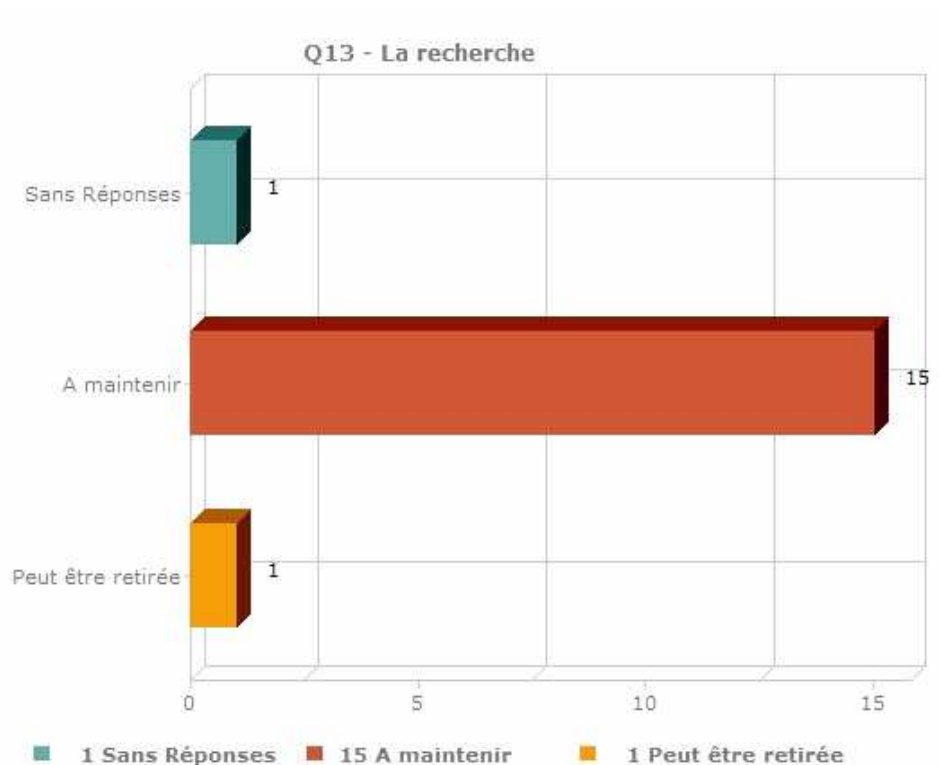
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	2	11.8 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q13 - La recherche

Graphique



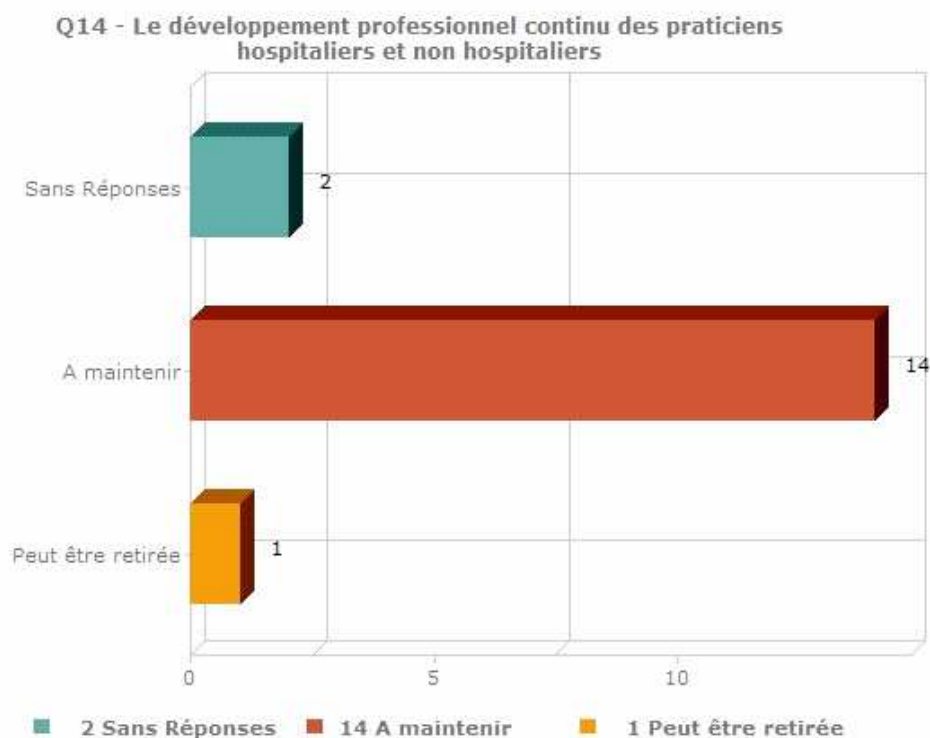
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	15	88.2 %
Peut être retirée	1	5.9 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q14 - Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
Graphique



Données

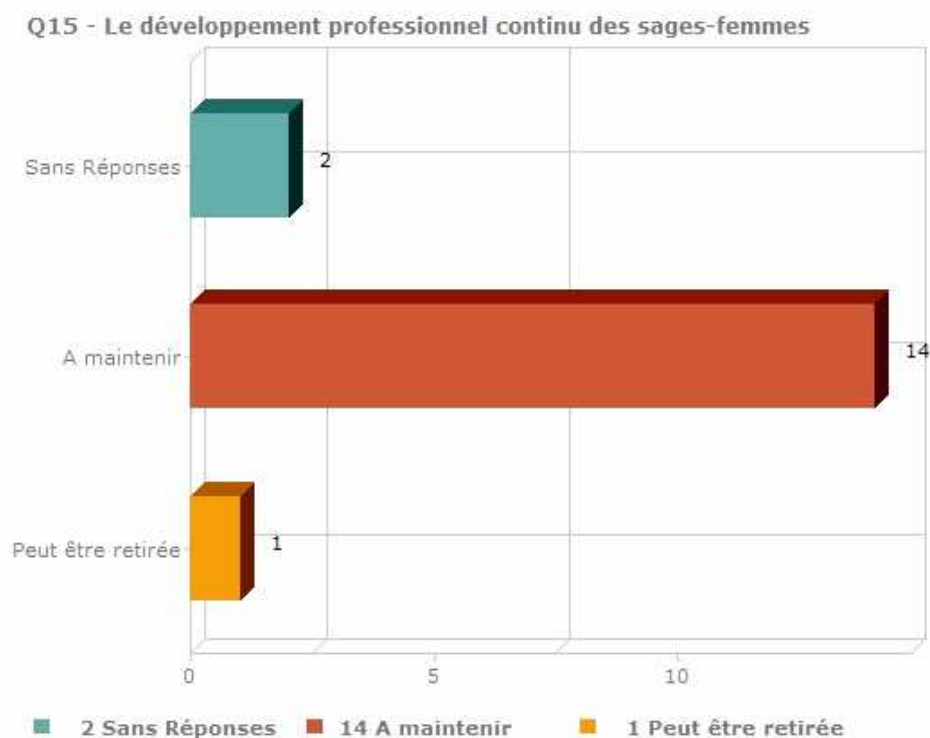
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	1	5.9 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q15 - Le développement professionnel continu des sages-femmes

Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	1	5.9 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q16 - Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination (dont ETP)
Graphique



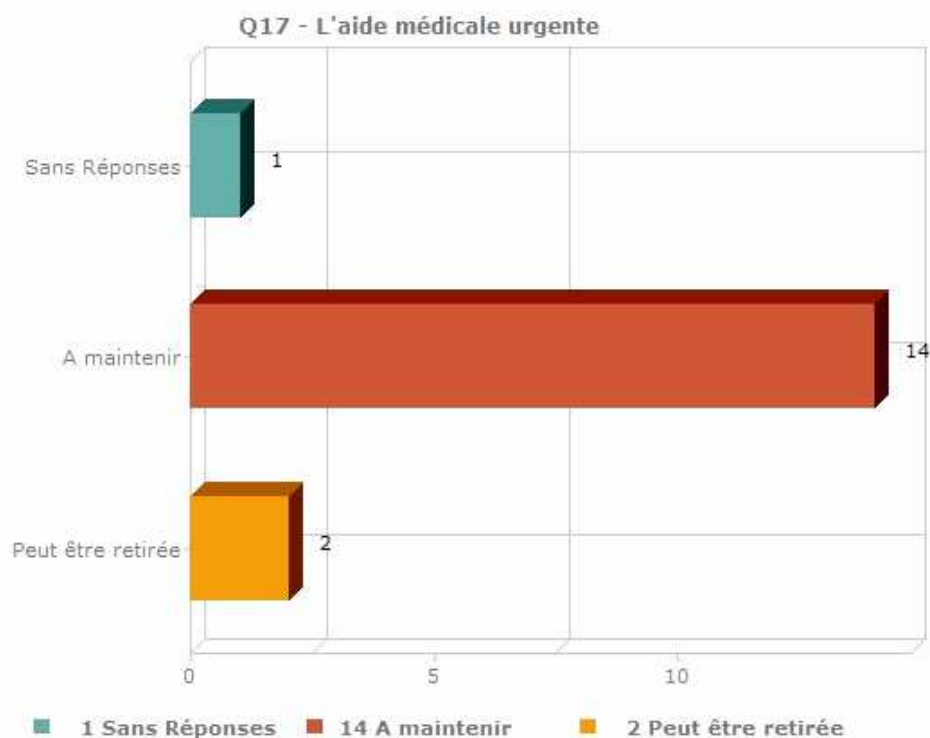
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	12	70.6 %
Peut être retirée	4	23.5 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q17 - L'aide médicale urgente
Graphique



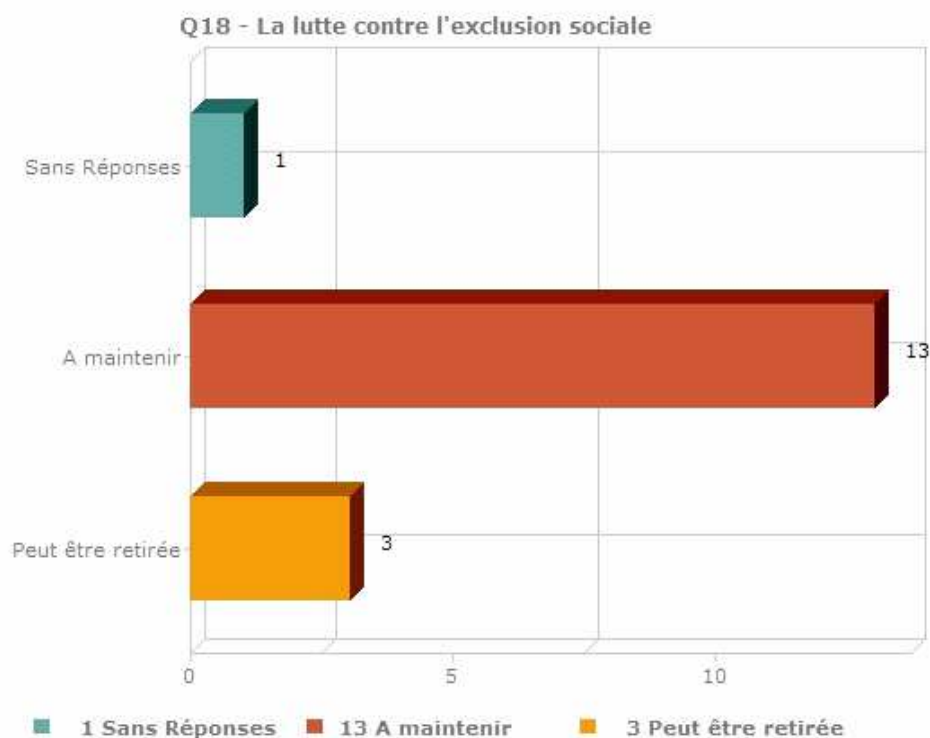
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	2	11.8 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q18 - La lutte contre l'exclusion sociale
Graphique



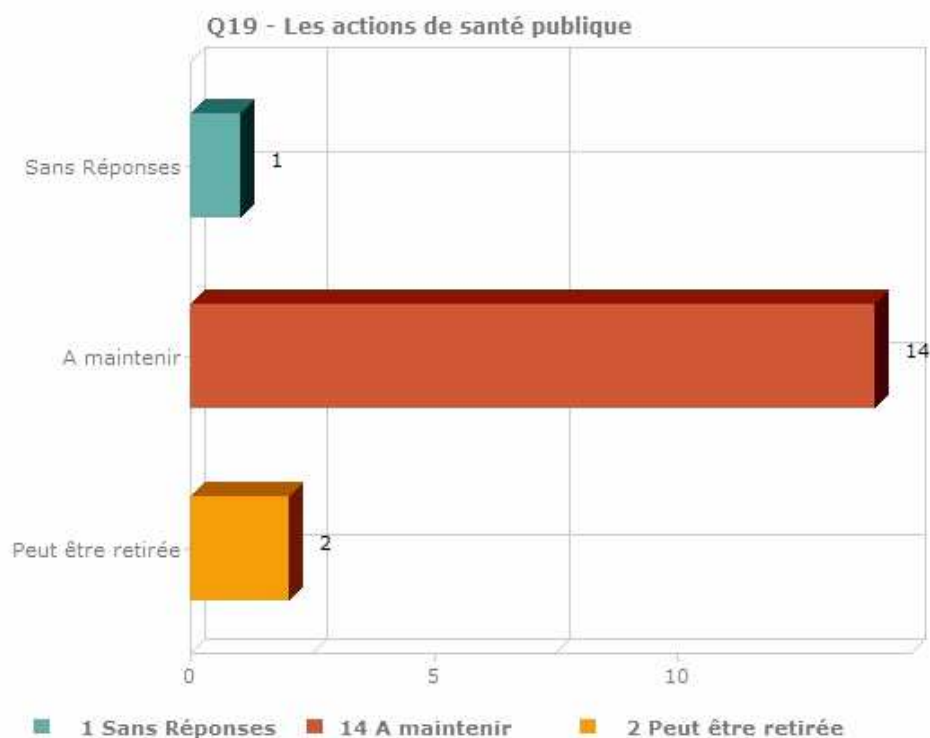
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	13	76.5 %
Peut être retirée	3	17.6 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q19 - Les actions de santé publique
Graphique



Données

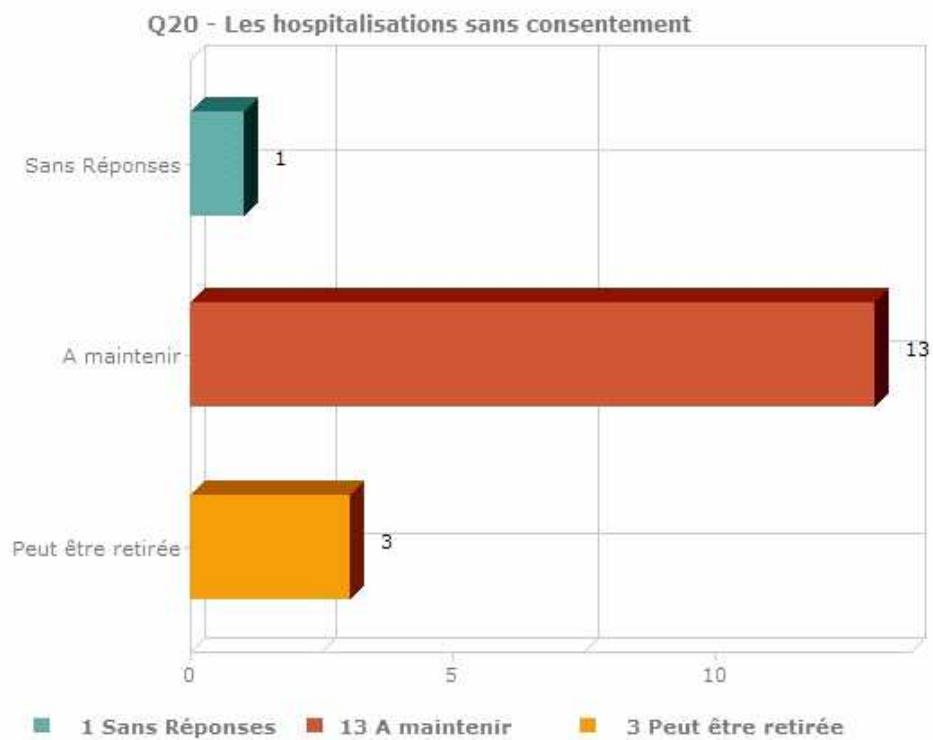
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	14	82.4 %
Peut être retirée	2	11.8 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q20 - Les hospitalisations sans consentement

Graphique



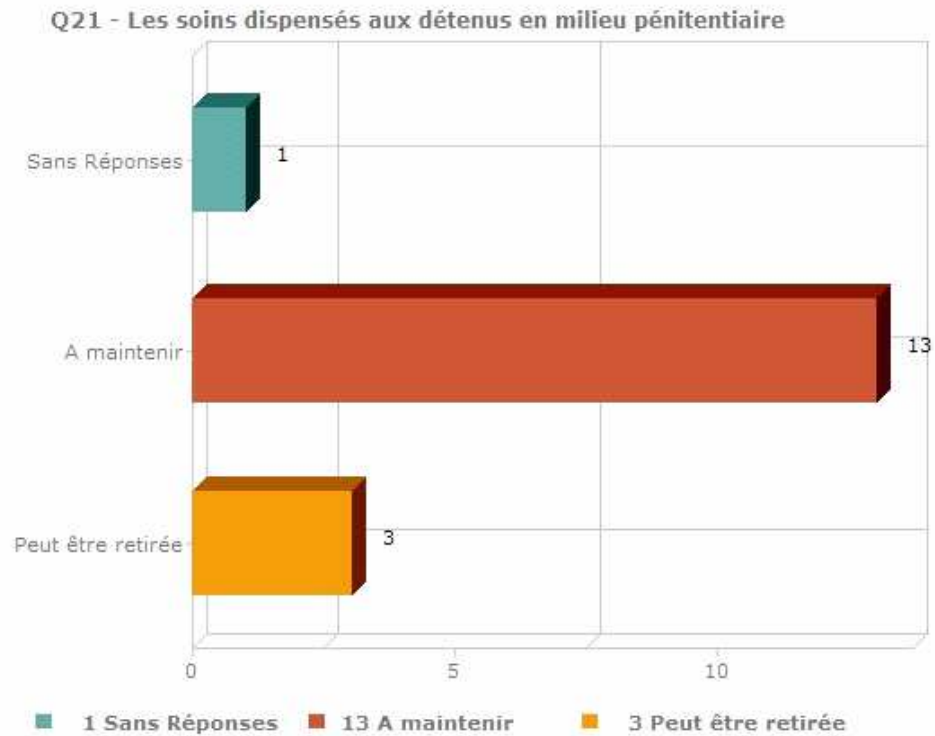
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	13	76.5 %
Peut être retirée	3	17.6 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q21 - Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire
Graphique



Données

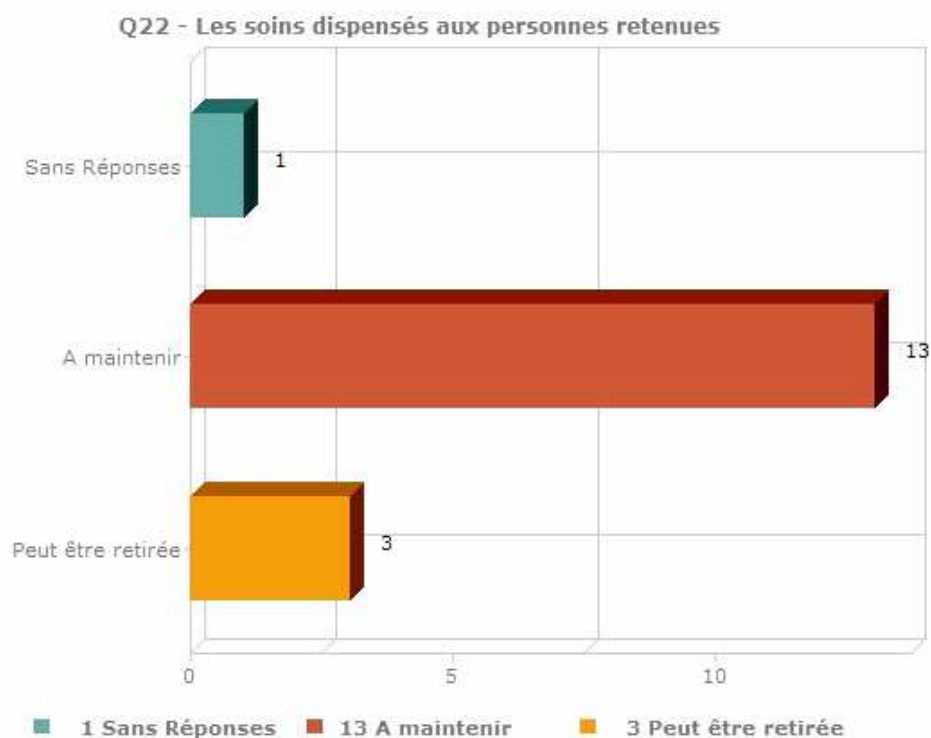
Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	13	76.5 %
Peut être retirée	3	17.6 %

14 missions de service public sont actuellement identifiées pour les établissements de santé (article L6112.1 du CSP) :

Pour chacune d'entre elles, merci de préciser s'il faut la maintenir ou si elle pourrait être retirée

Q22 - Les soins dispensés aux personnes retenues

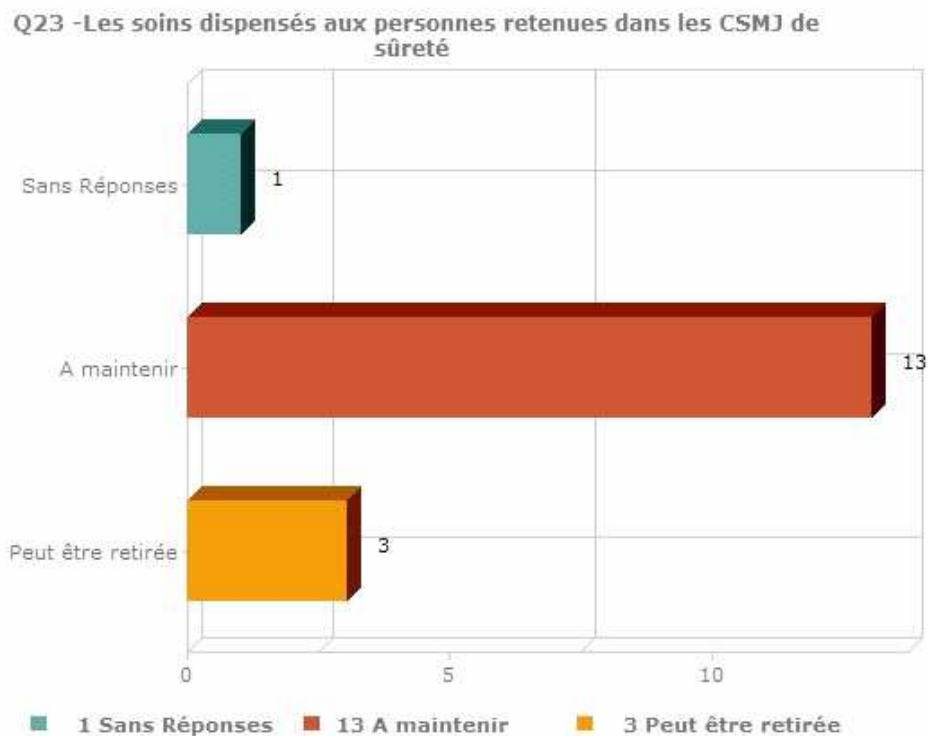
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	13	76.5 %
Peut être retirée	3	17.6 %

Q23 -Les soins dispensés aux personnes retenues dans les CSMJ de sûreté
Graphique

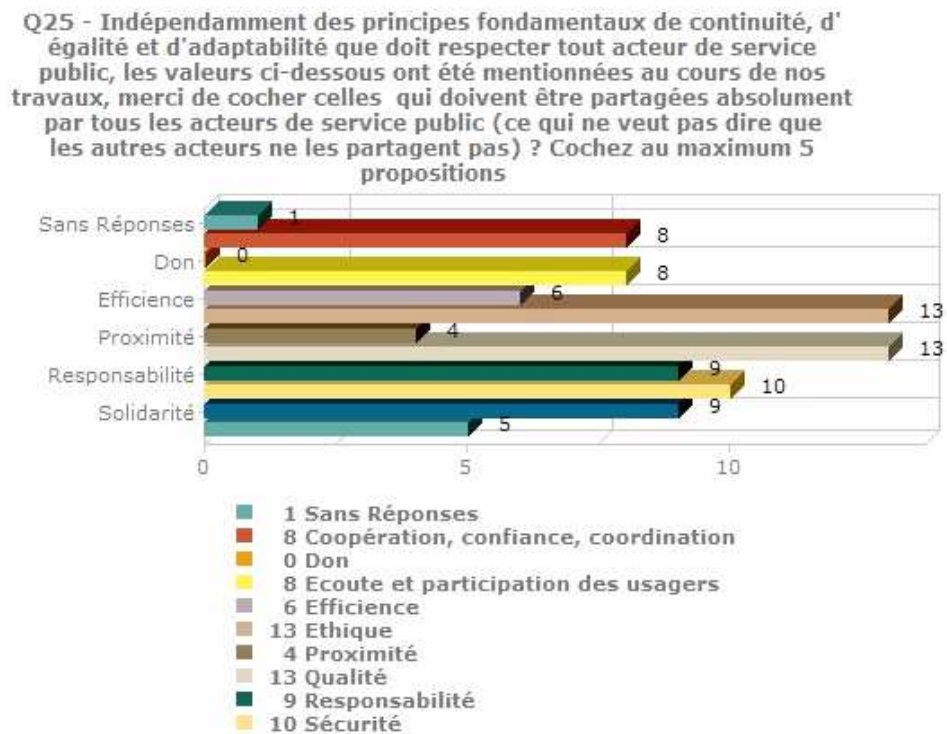


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
A maintenir	13	76.5 %
Peut être retirée	3	17.6 %

Q25 - Indépendamment des principes fondamentaux de continuité, d'égalité et d'adaptabilité que doit respecter tout acteur de service public, les valeurs ci-dessous ont été mentionnées au cours de nos travaux, merci de cocher celles qui doivent être partagées absolument par tous les acteurs de service public (ce qui ne veut pas dire que les autres acteurs ne les partagent pas) ? Cochez au maximum 5 propositions

Graphique

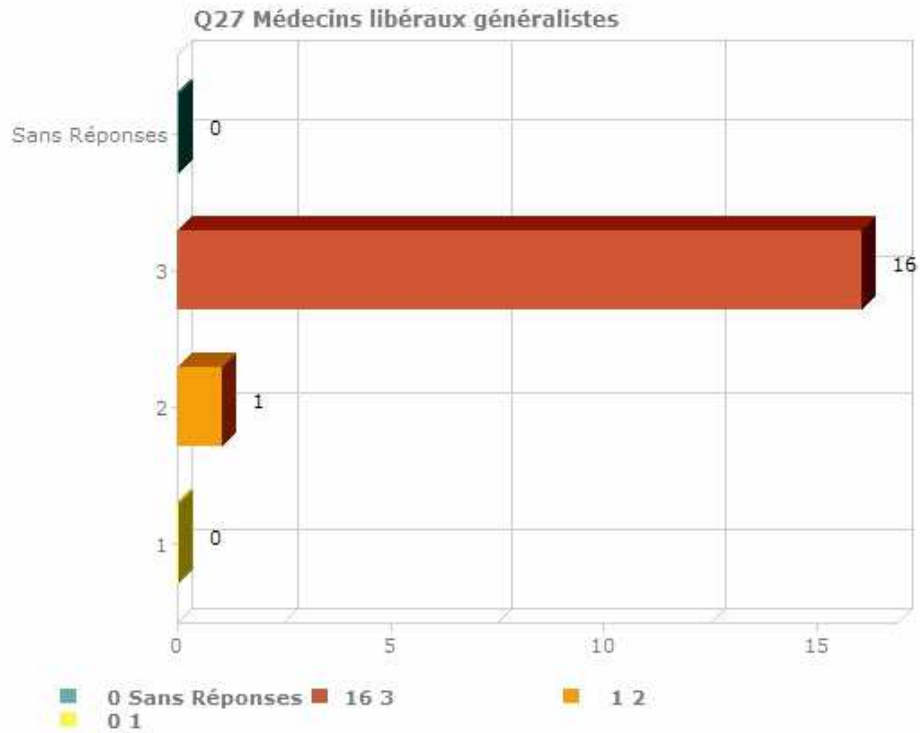


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
Coopération, confiance, coordination	8	47.1 %
Don	0	0 %
Ecoute et participation des usagers	8	47.1 %
Efficienc	6	35.3 %
Ethique	13	76.5 %
Proximité	4	23.5 %
Qualité	13	76.5 %
Responsabilité	9	52.9 %
Sécurité	10	58.8 %
Solidarité	9	52.9 %
Transparence	5	29.4 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital

Q27 Médecins libéraux généralistes
Graphique

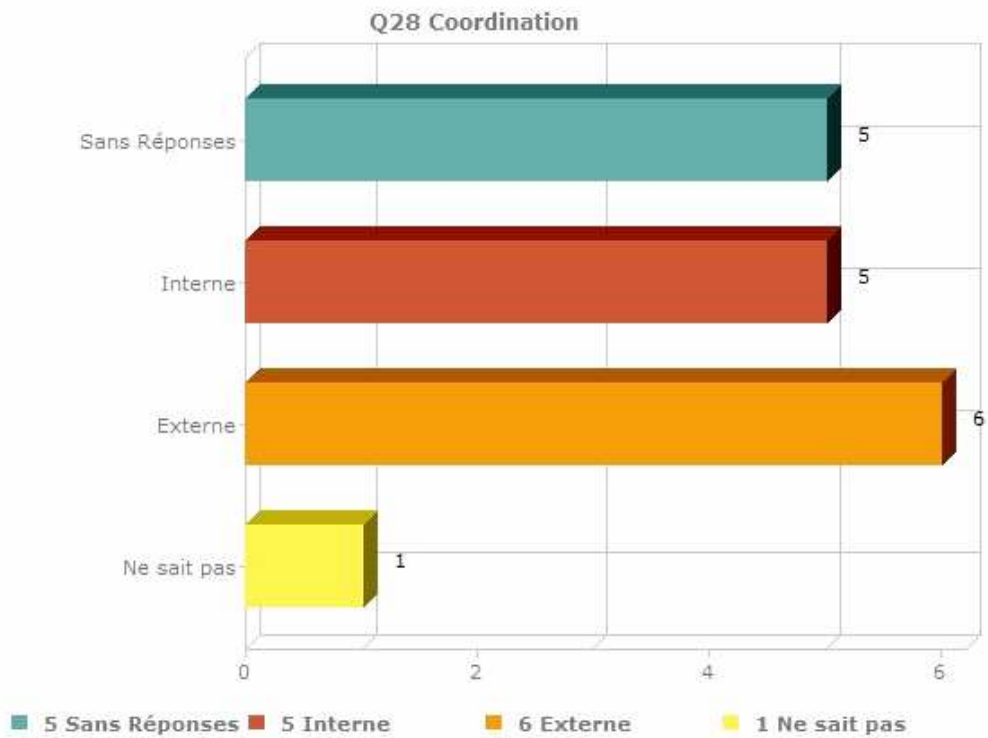


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
3	16	94.1 %
2	1	5.9 %
1	0	0 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital

Q28 Coordination
Graphique

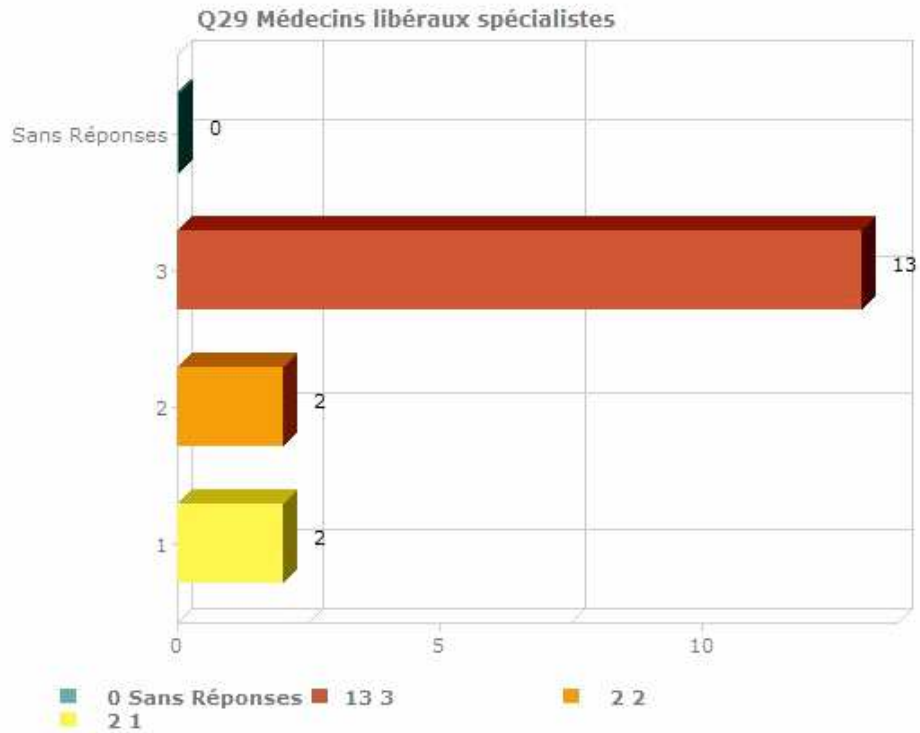


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	5	29.4 %
Interne	5	29.4 %
Externe	6	35.3 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q29 Médecins libéraux spécialistes
Graphique

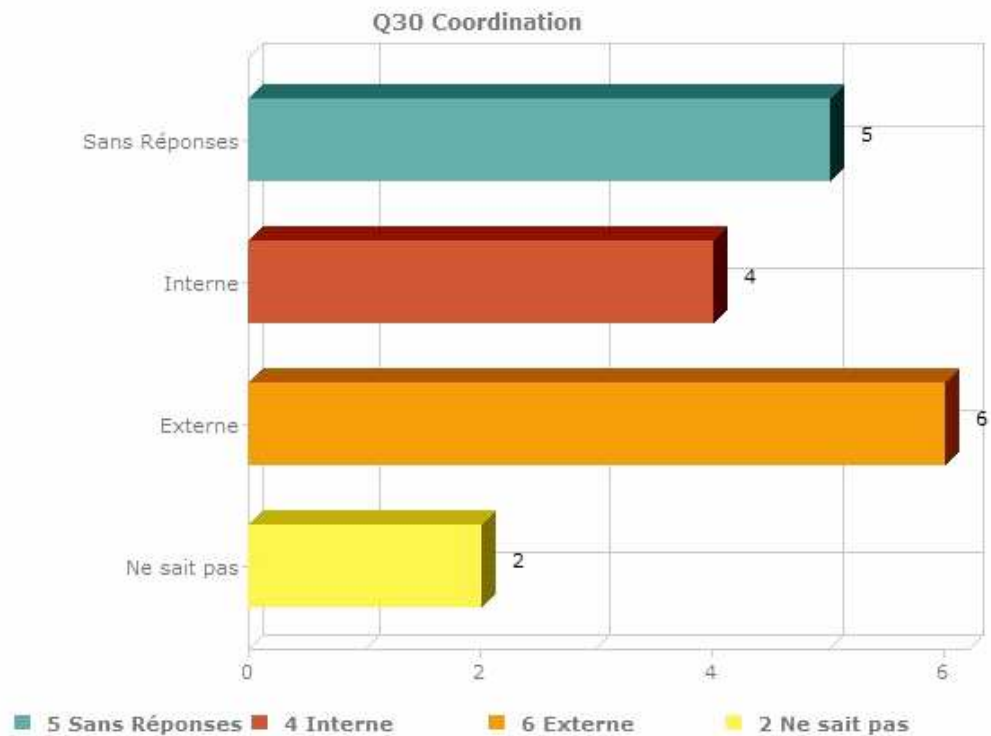


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
3	13	76.5 %
2	2	11.8 %
1	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q30 Coordination
Graphique

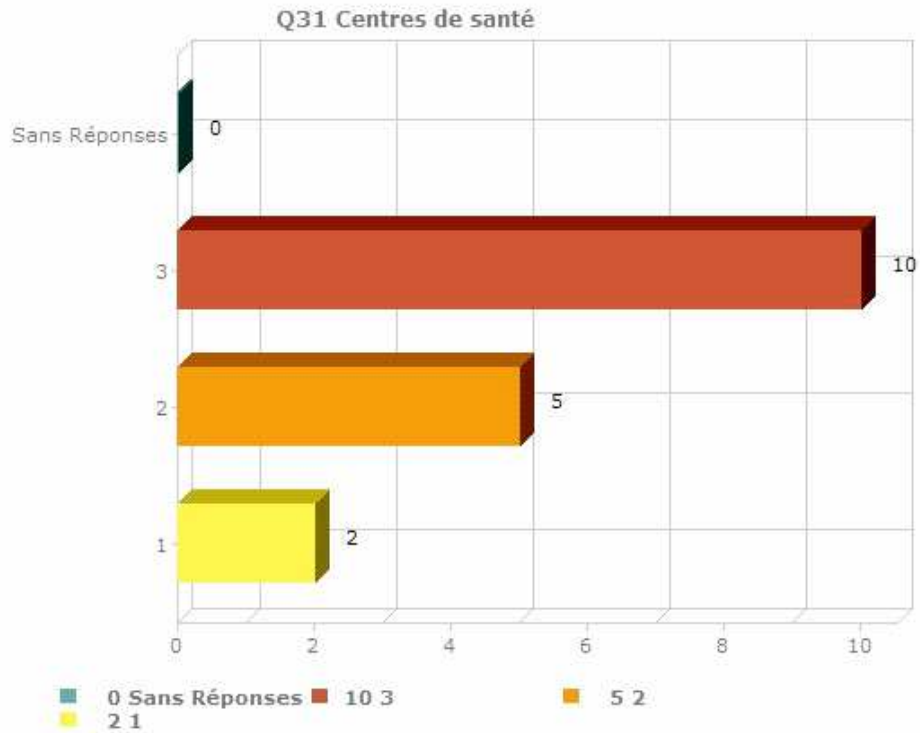


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	5	29.4 %
Interne	4	23.5 %
Externe	6	35.3 %
Ne sait pas	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q31 Centres de santé
Graphique

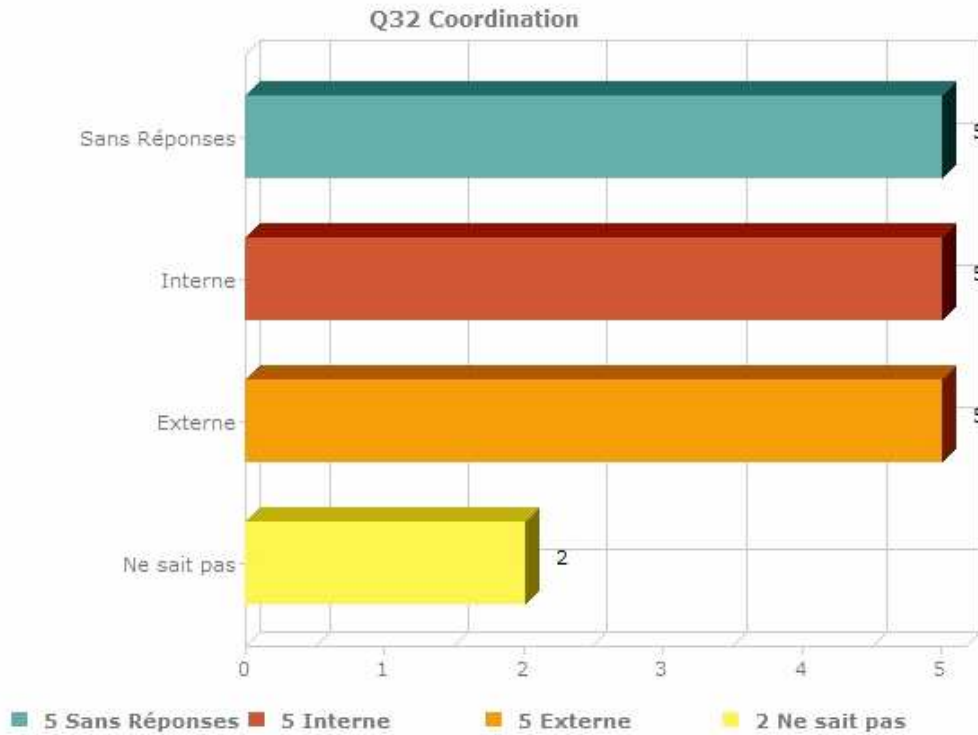


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
3	10	58.8 %
2	5	29.4 %
1	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q32 Coordination
Graphique

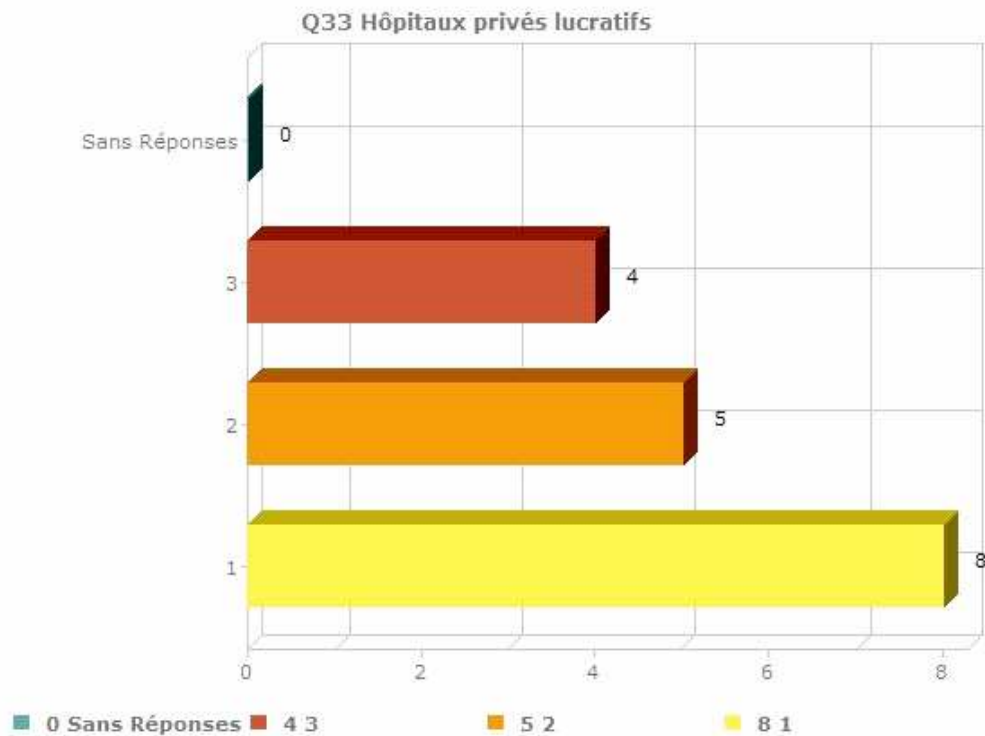


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	5	29.4 %
Interne	5	29.4 %
Externe	5	29.4 %
Ne sait pas	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q33 Hôpitaux privés lucratifs
Graphique

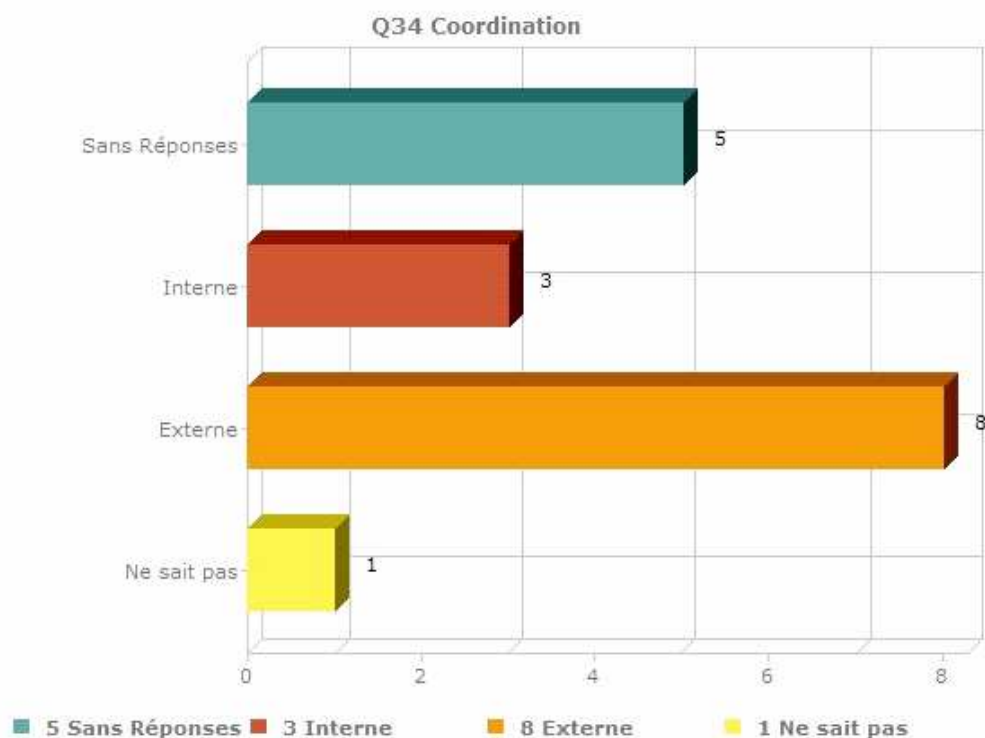


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
3	4	23.5 %
2	5	29.4 %
1	8	47.1 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q34 Coordination
Graphique

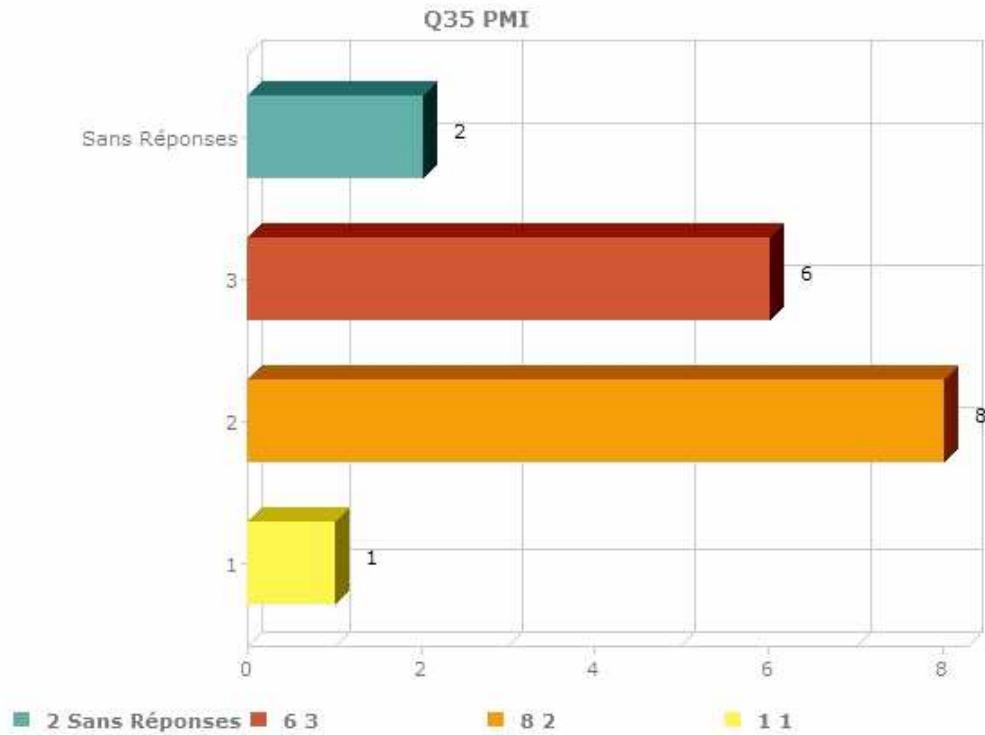


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	5	29.4 %
Interne	3	17.6 %
Externe	8	47.1 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q35 PMI
Graphique

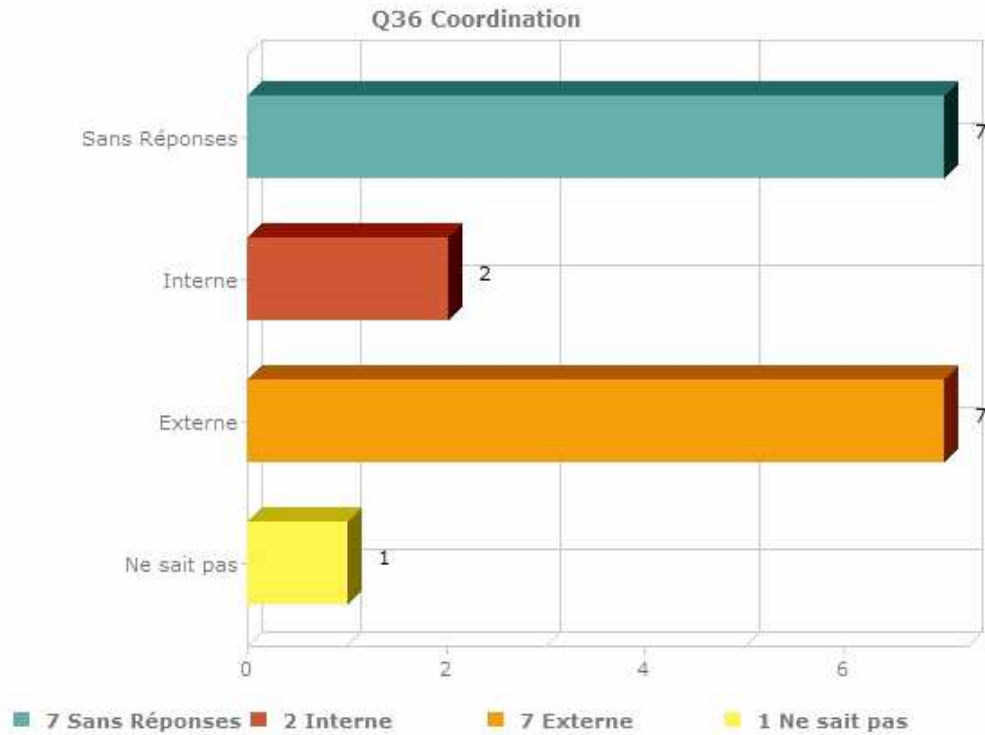


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
3	6	35.3 %
2	8	47.1 %
1	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q36 Coordination
Graphique

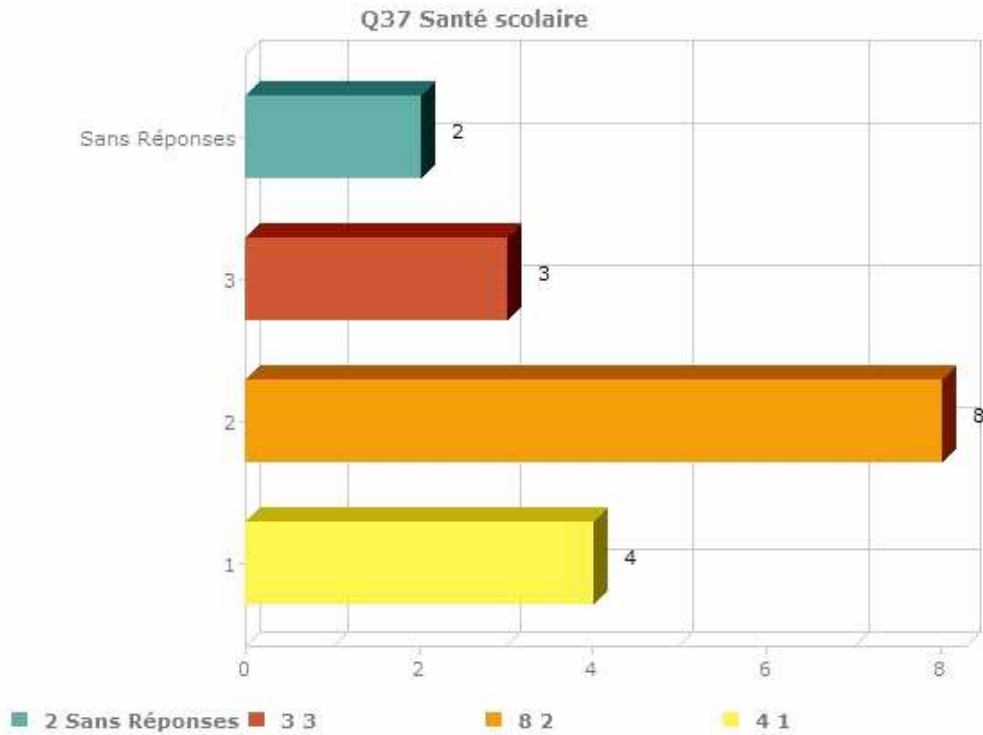


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	7	41.2 %
Interne	2	11.8 %
Externe	7	41.2 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q37 Santé scolaire
Graphique

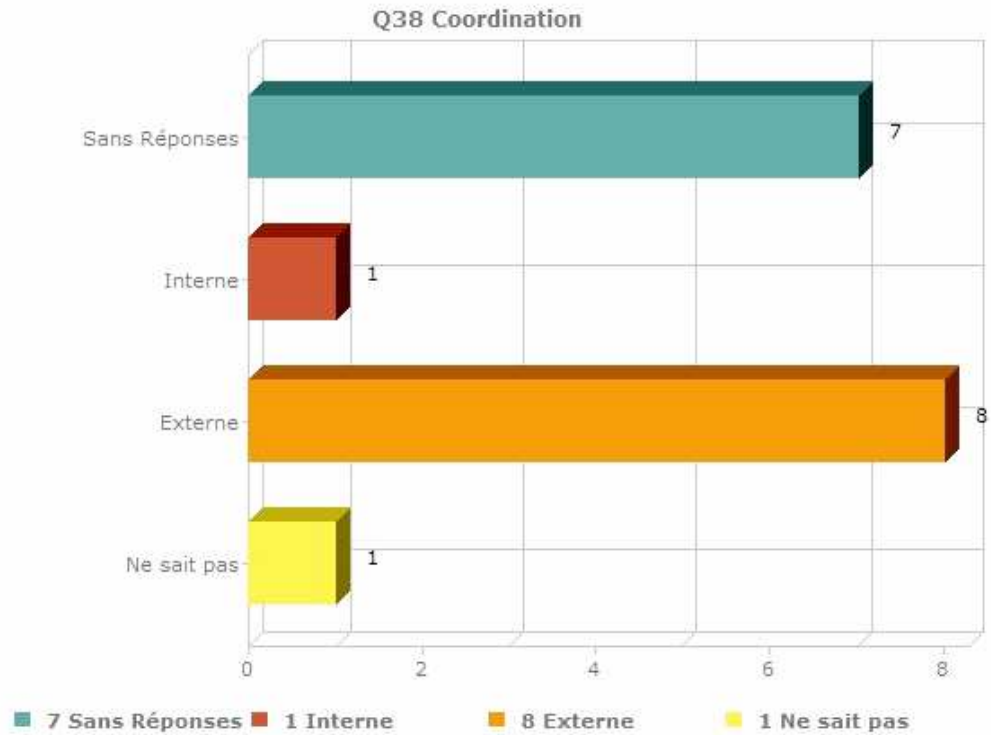


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
3	3	17.6 %
2	8	47.1 %
1	4	23.5 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q38 Coordination
Graphique

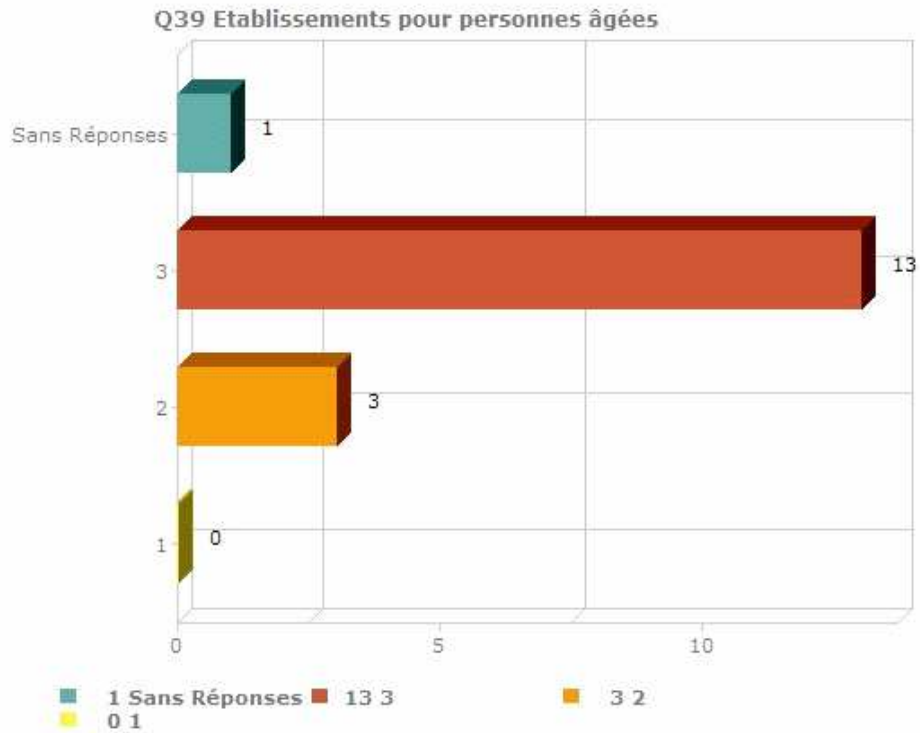


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	7	41.2 %
Interne	1	5.9 %
Externe	8	47.1 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q39 Etablissements pour personnes âgées
Graphique

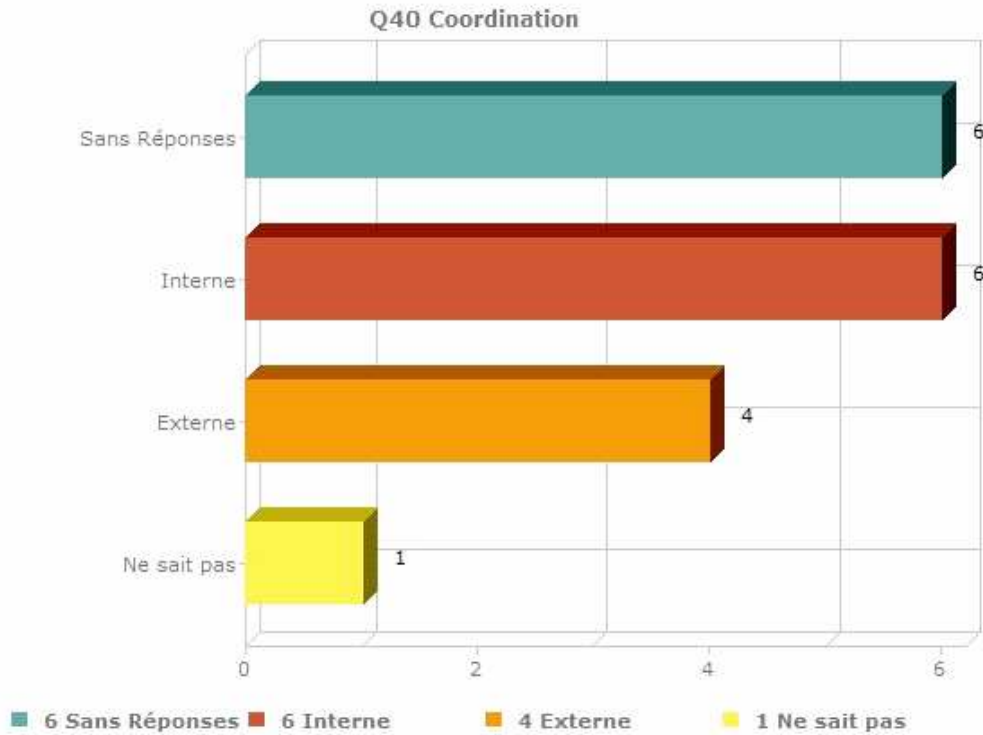


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
3	13	76.5 %
2	3	17.6 %
1	0	0 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q40 Coordination
Graphique

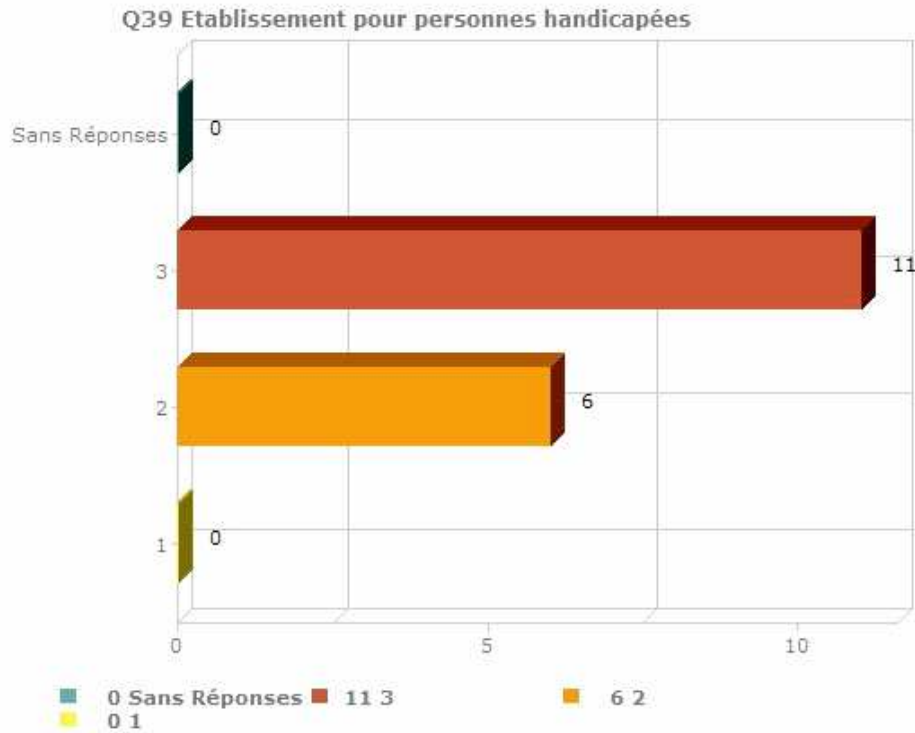


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	6	35.3 %
Interne	6	35.3 %
Externe	4	23.5 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q41 Etablissement pour personnes handicapées
Graphique

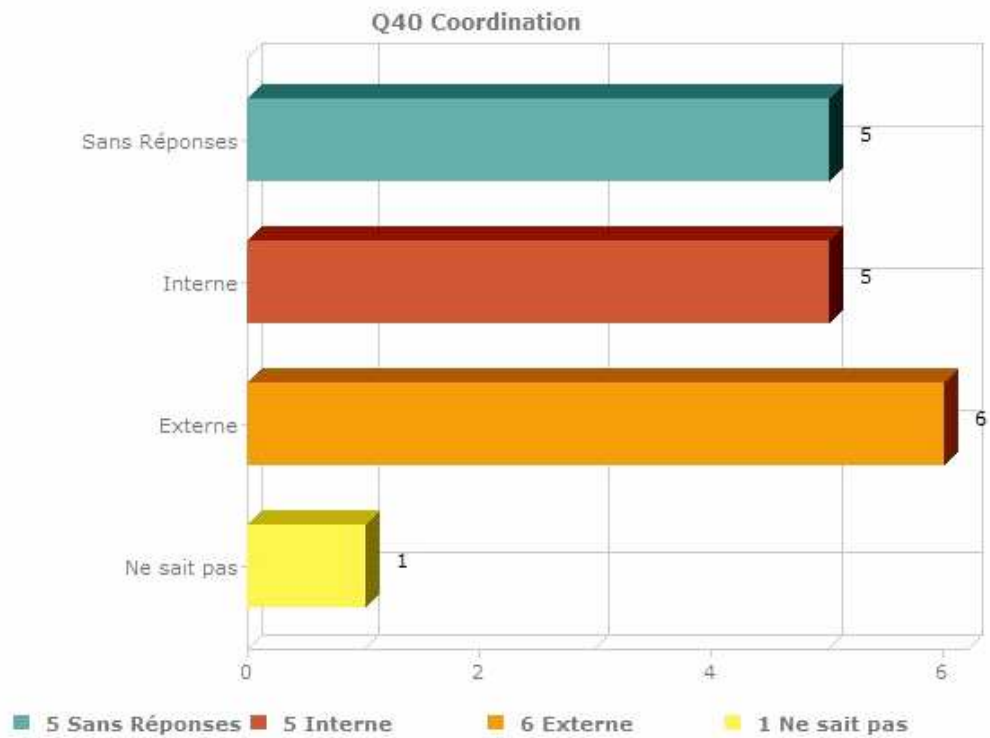


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
3	11	64.7 %
2	6	35.3 %
1	0	0 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q42 Coordination
Graphique

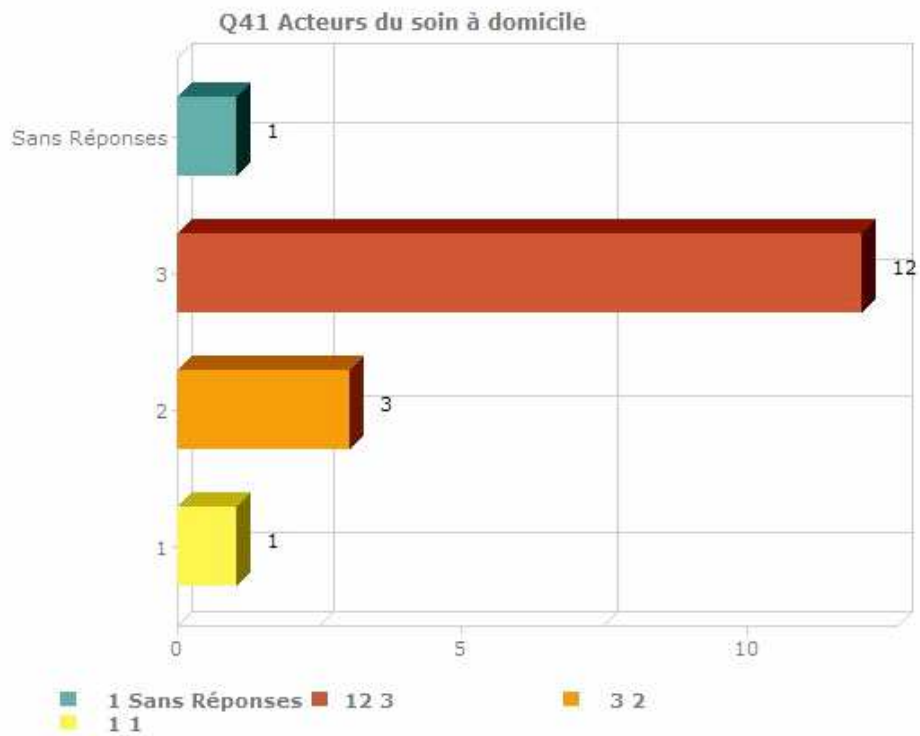


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	5	29.4 %
Interne	5	29.4 %
Externe	6	35.3 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q43 Acteurs du soin à domicile
Graphique

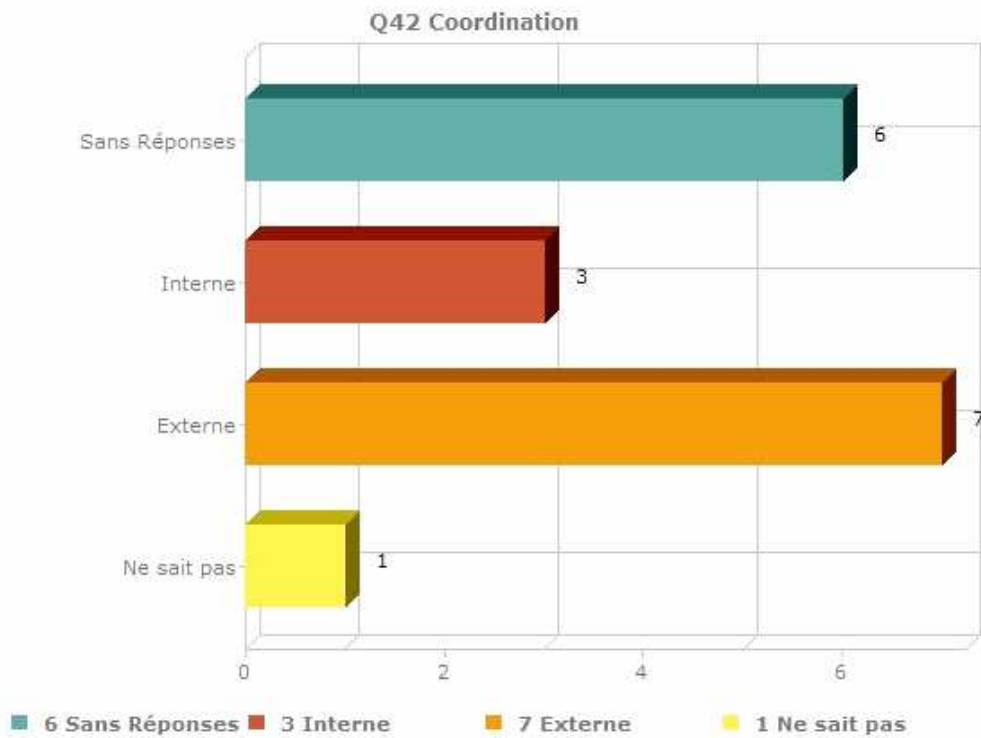


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
3	12	70.6 %
2	3	17.6 %
1	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q44 Coordination
Graphique

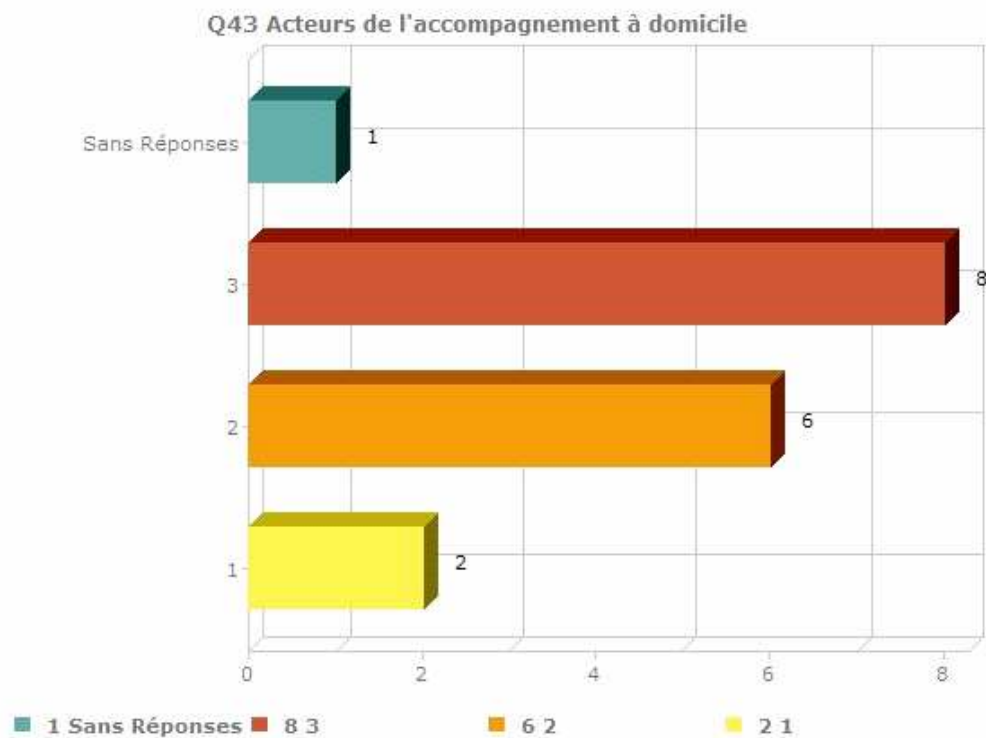


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	6	35.3 %
Interne	3	17.6 %
Externe	7	41.2 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q45 Acteurs de l'accompagnement à domicile
Graphique

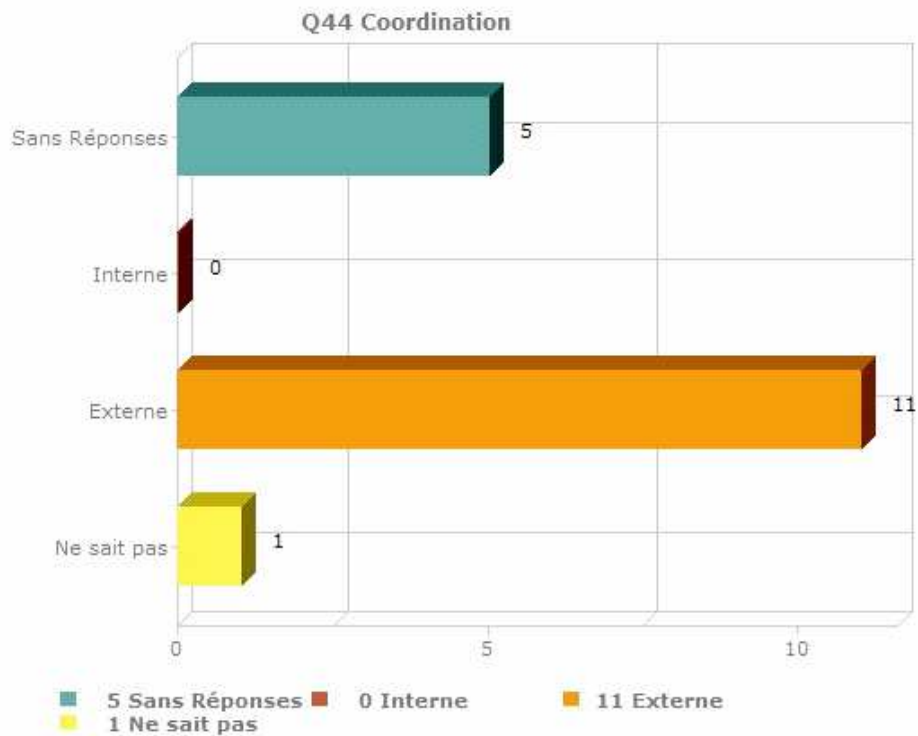


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
3	8	47.1 %
2	6	35.3 %
1	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q46 Coordination
Graphique

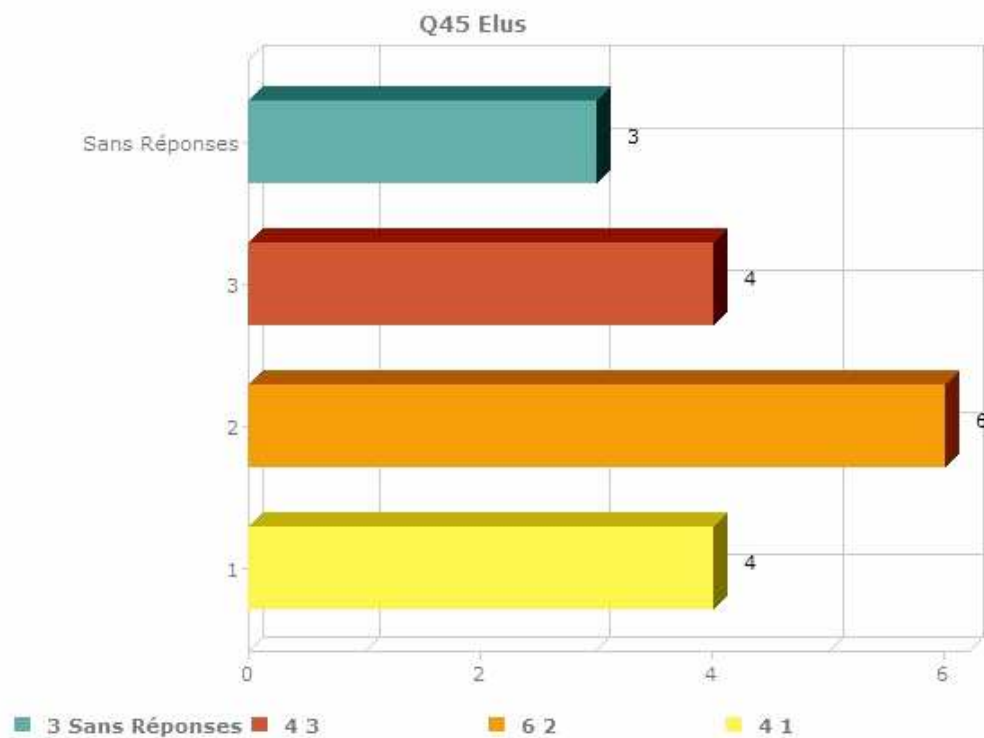


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	5	29.4 %
Interne	0	0 %
Externe	11	64.7 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q47 Elus
Graphique

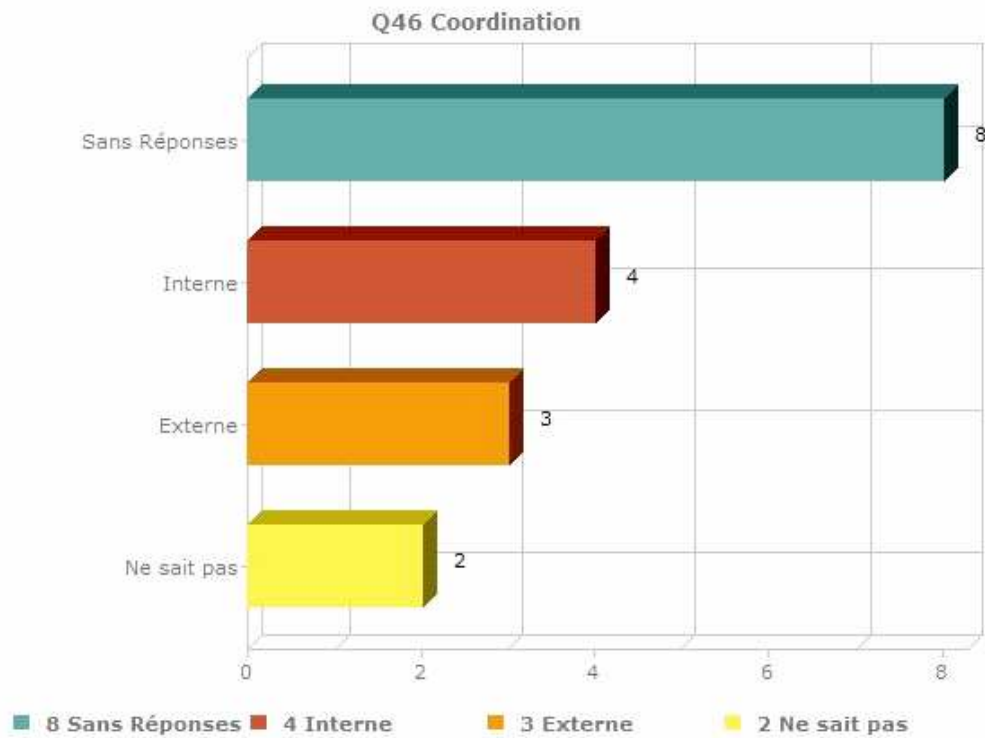


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	3	17.6 %
3	4	23.5 %
2	6	35.3 %
1	4	23.5 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q48 Coordination
Graphique

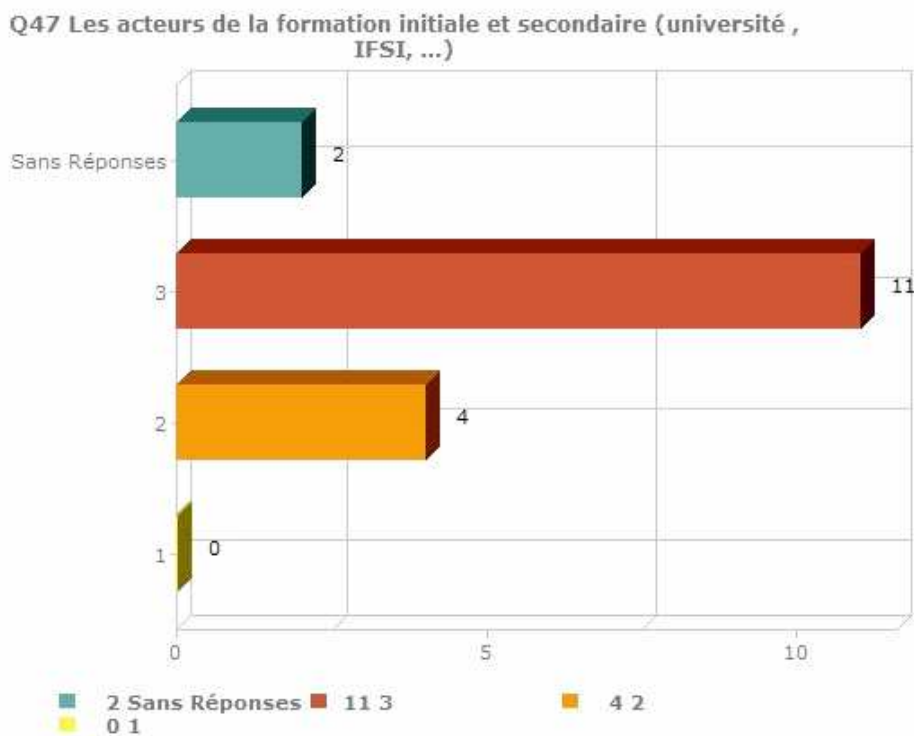


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	8	47.1 %
Interne	4	23.5 %
Externe	3	17.6 %
Ne sait pas	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q49 Les acteurs de la formation initiale et secondaire (université, IFSI, ...)
Graphique

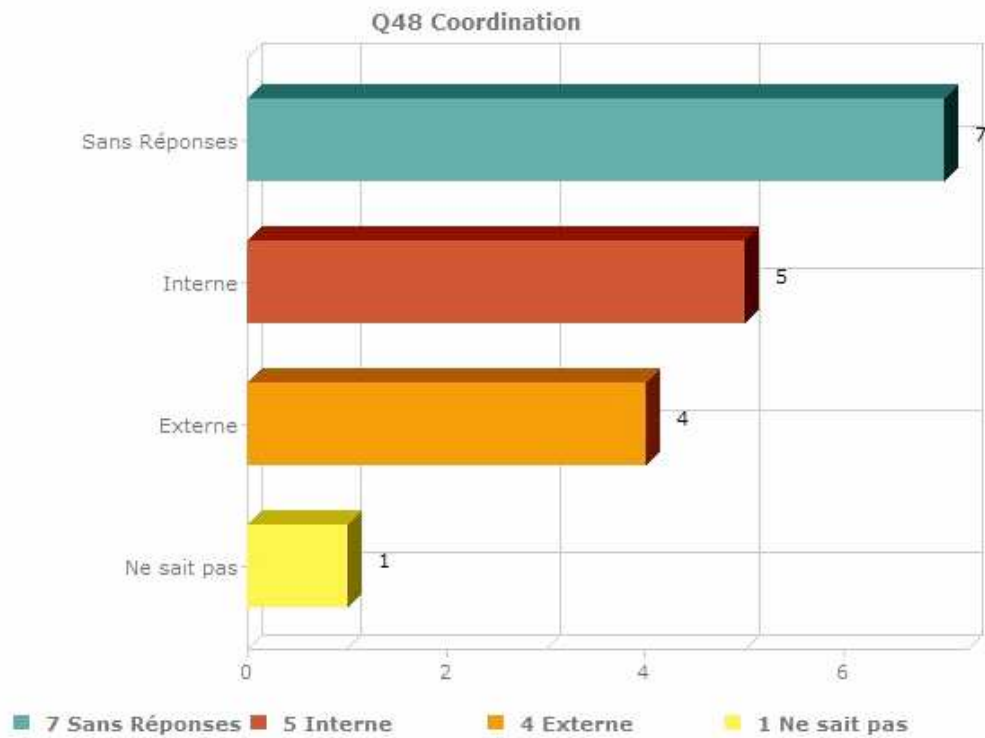


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
3	11	64.7 %
2	4	23.5 %
1	0	0 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q50 Coordination
Graphique

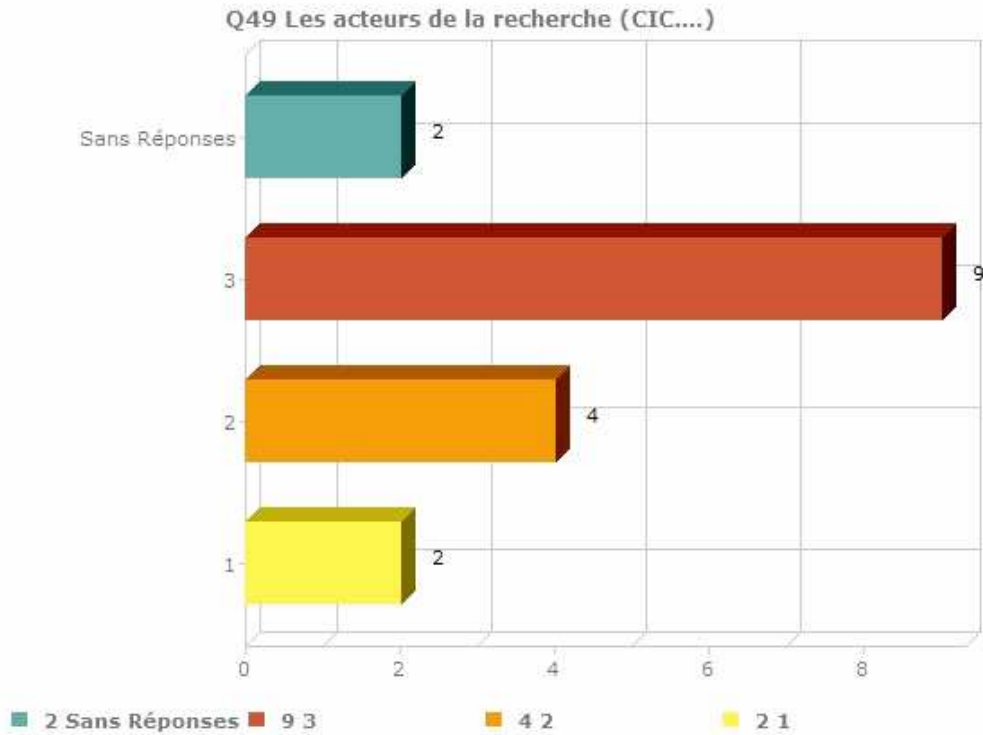


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	7	41.2 %
Interne	5	29.4 %
Externe	4	23.5 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q51 Les acteurs de la recherche (CIC...)
Graphique

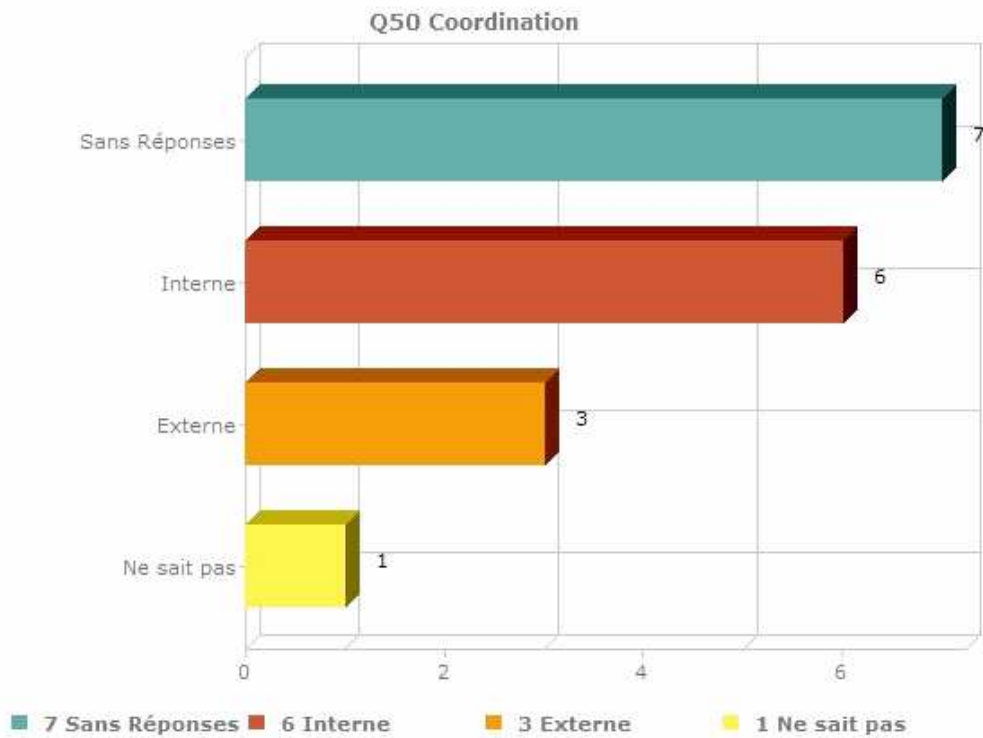


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
3	9	52.9 %
2	4	23.5 %
1	2	11.8 %

Merci de préciser ci-dessous les acteurs avec lesquels le service public hospitalier devrait être en lien et le degré d'importance de cette relation (3 très important, 2 important, 1 pas très important, 0 pas important du tout) ; indiquer également si la coordination doit se faire par l'hôpital ou par des acteurs spécialisés externes à l'hôpital.

Q52 Coordination
Graphique

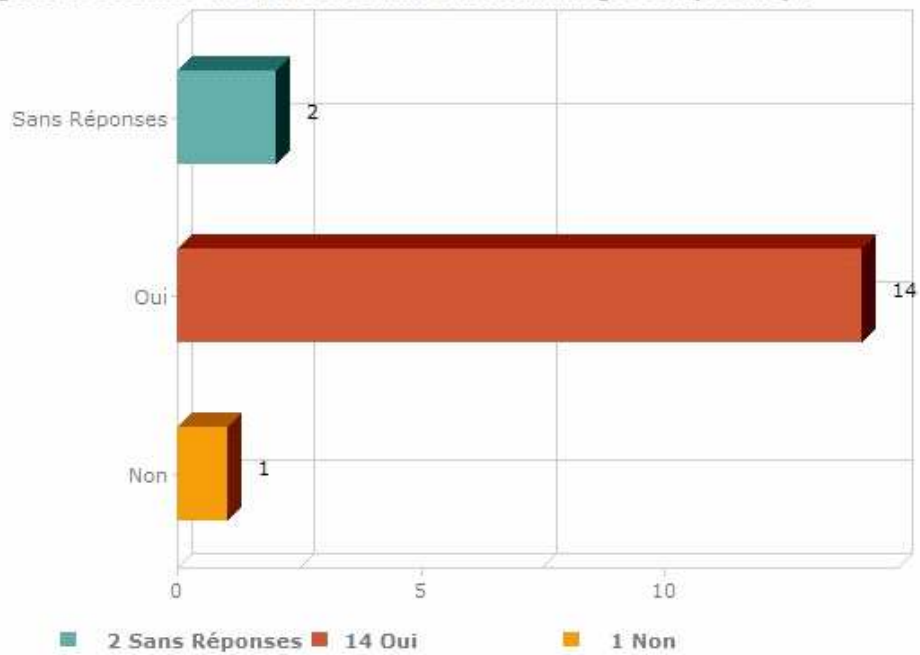


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	7	41.2 %
Interne	6	35.3 %
Externe	3	17.6 %
Ne sait pas	1	5.9 %

Q54 - Le service public hospitalier doit il être considéré comme une composante d'un service public de santé (ou d'un service d'intérêt général de santé si l'on veut retenir une terminologie européenne) ?
Graphique

Q52 - Le service public hospitalier doit il être considéré comme une composante d'un service public de santé (ou d'un service d'intérêt général de santé si l'on veut retenir une terminologie européenne) ?

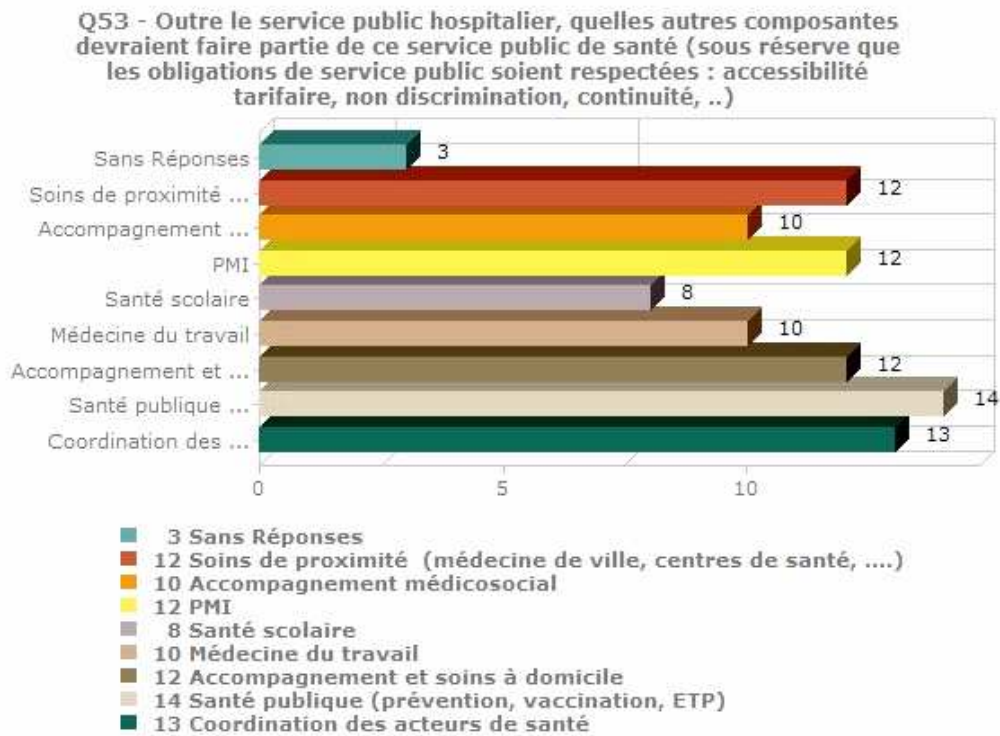


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Oui	14	82.4 %
Non	1	5.9 %

Q55 - Outre le service public hospitalier, quelles autres composantes devraient faire partie de ce service public de santé (sous réserve que les obligations de service public soient respectées : accessibilité tarifaire, non discrimination, continuité, ..)

Graphique

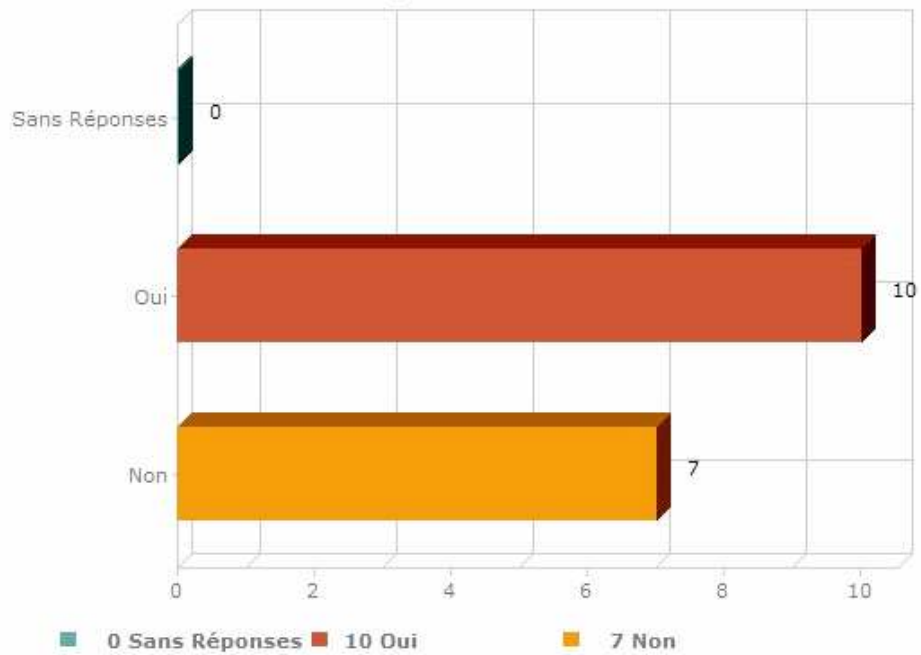


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	3	17.6 %
Soins de proximité (médecine de ville, centres de santé, ...)	12	70.6 %
Accompagnement médicosocial	10	58.8 %
PMI	12	70.6 %
Santé scolaire	8	47.1 %
Médecine du travail	10	58.8 %
Accompagnement et soins à domicile	12	70.6 %
Santé publique (prévention, vaccination, ETP)	14	82.4 %
Coordination des acteurs de santé	13	76.5 %

Q57 - Faut-il encourager la mise en place de conseils locaux de santé à un niveau inférieur à celui des territoires de santé (au sens HPST) ?
Graphique

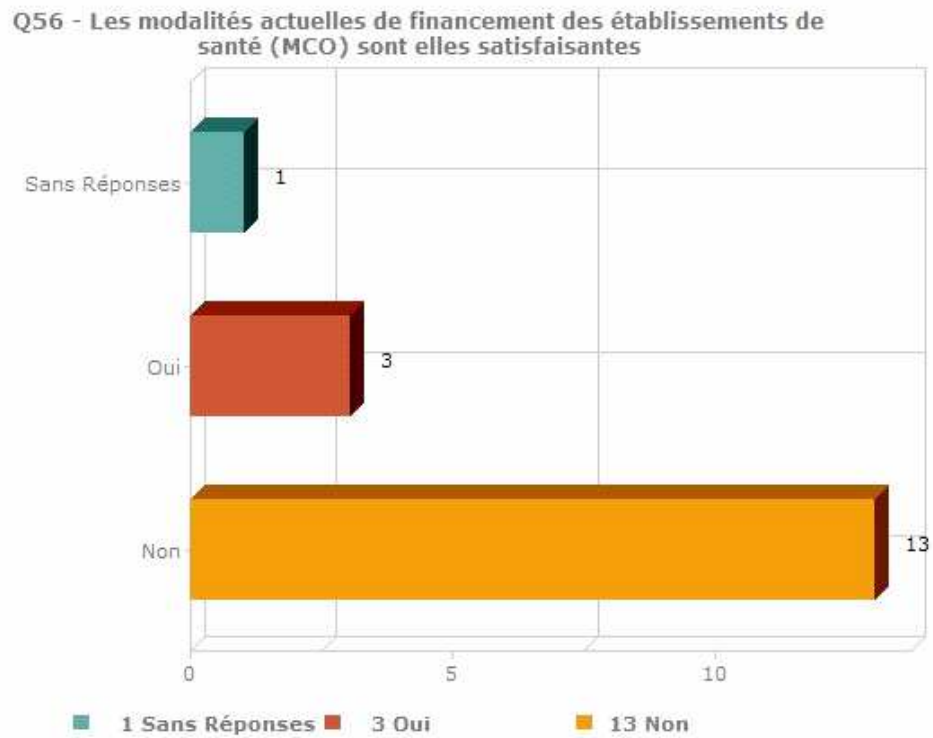
Q55 - Faut-il encourager la mise en place de conseils locaux de santé à un niveau inférieur à celui des territoires de santé (au sens HPST) ?



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
Oui	10	58.8 %
Non	7	41.2 %

Q58 - Les modalités actuelles de financement des établissements de santé (MCO) sont elles satisfaisantes
Graphique



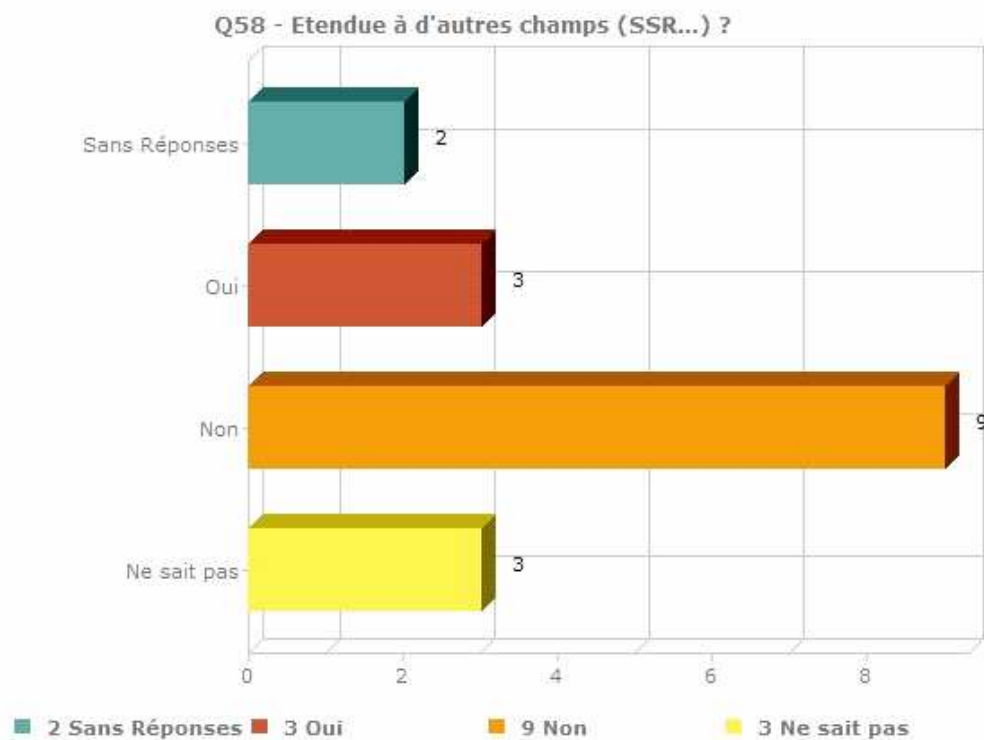
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
Oui	3	17.6 %
Non	13	76.5 %

La T2A doit-elle être ?

Q60 - Etendue à d'autres champs (SSR...) ?

Graphique



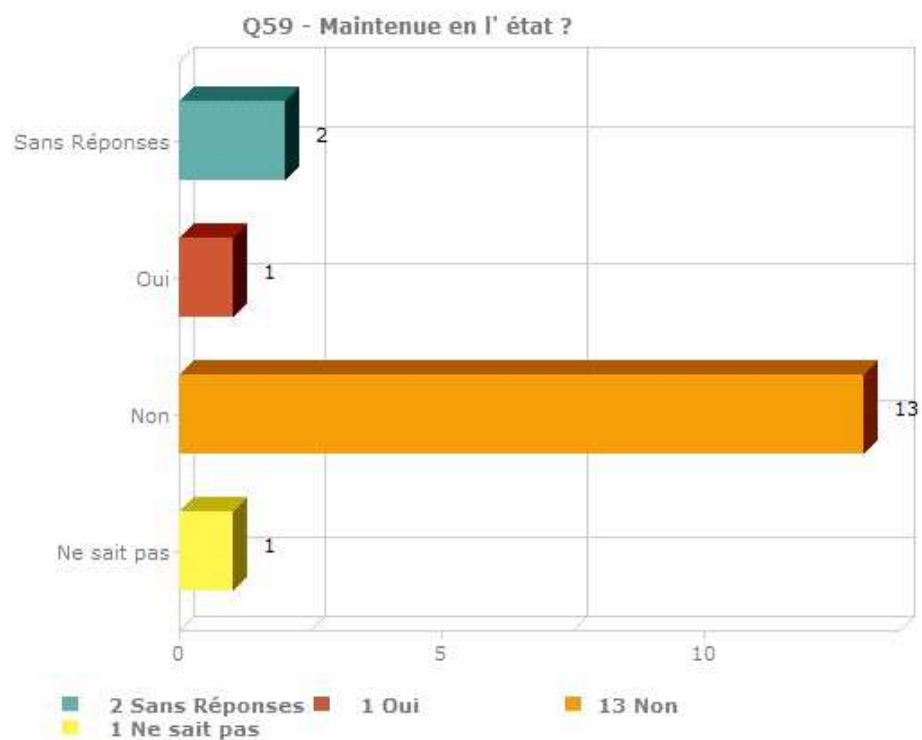
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Oui	3	17.6 %
Non	9	52.9 %
Ne sait pas	3	17.6 %

La T2A doit-elle être ?

Q61 - Maintenu en l'état ?

Graphique



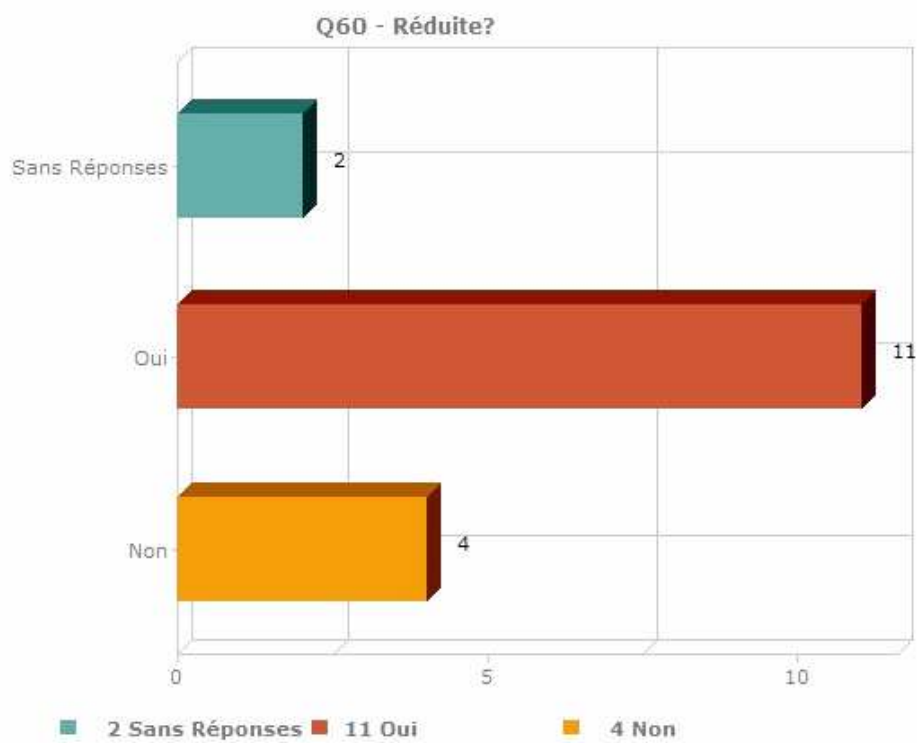
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Oui	1	5.9 %
Non	13	76.5 %
Ne sait pas	1	5.9 %

La T2A doit-elle être ?

Q62 – Réduite ?

Graphique



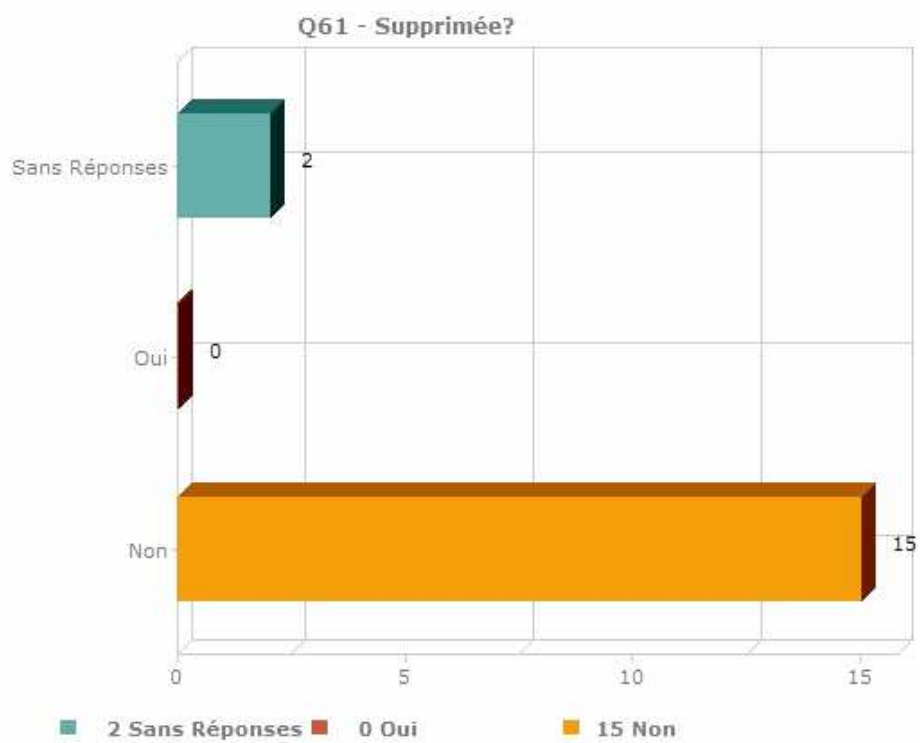
Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Oui	11	64.7 %
Non	4	23.5 %

La T2A doit-elle être ?

Q63 – Supprimée ?

Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Oui	0	0 %
Non	15	88.2 %

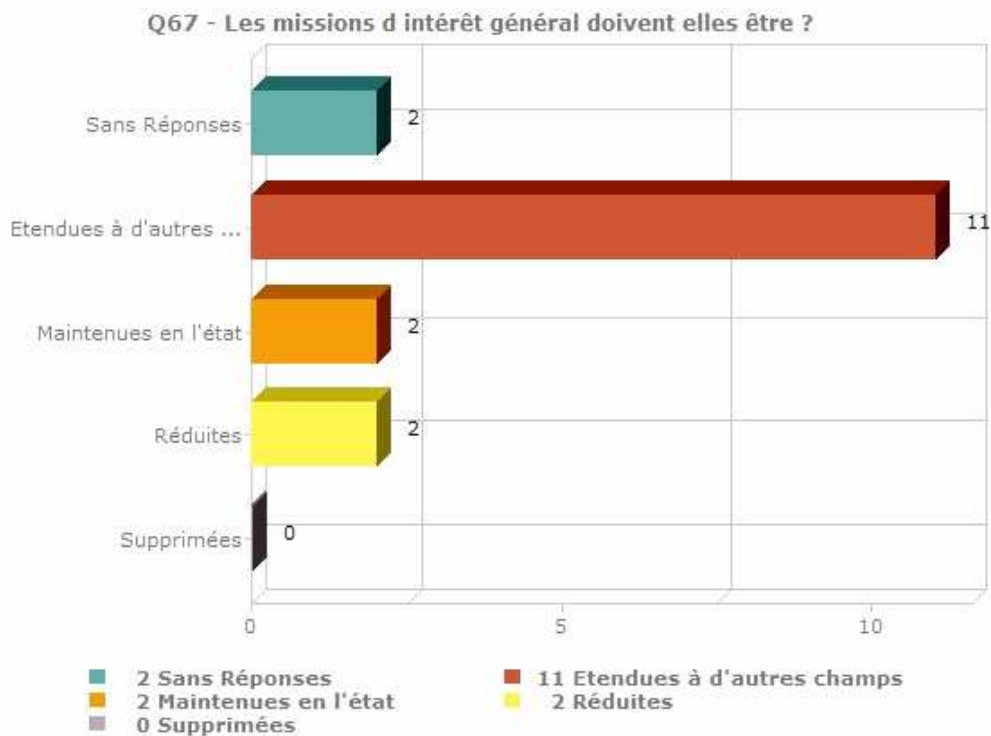
Q67 - La tarification à l'activité permet elle un financement adapté des investissements?
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	3	17.6 %
Oui	1	5.9 %
Non	13	76.5 %

Q69 - Les missions d'intérêt général doivent-elles être ?
Graphique

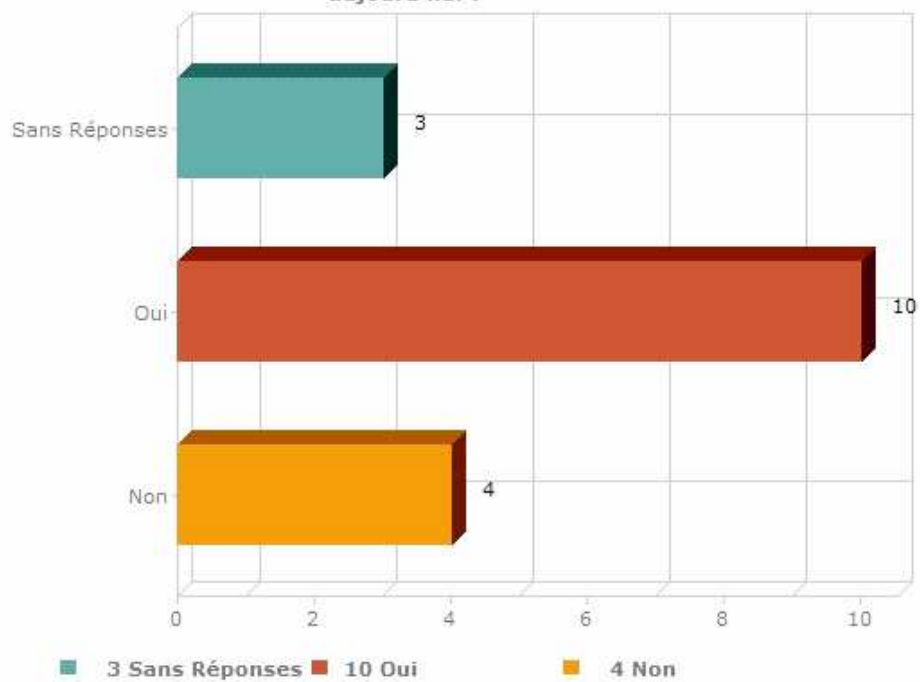


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Etendues à d'autres champs	11	64.7 %
Maintenues en l'état	2	11.8 %
Réduites	2	11.8 %
Supprimées	0	0 %

Q70 - Doivent- elles être rémunérées différemment de ce qu 'elles sont aujourd'hui ?
Graphique

Q68 - Doivent- elles être rémunérées différemment de ce qu 'elles sont aujourd'hui ?

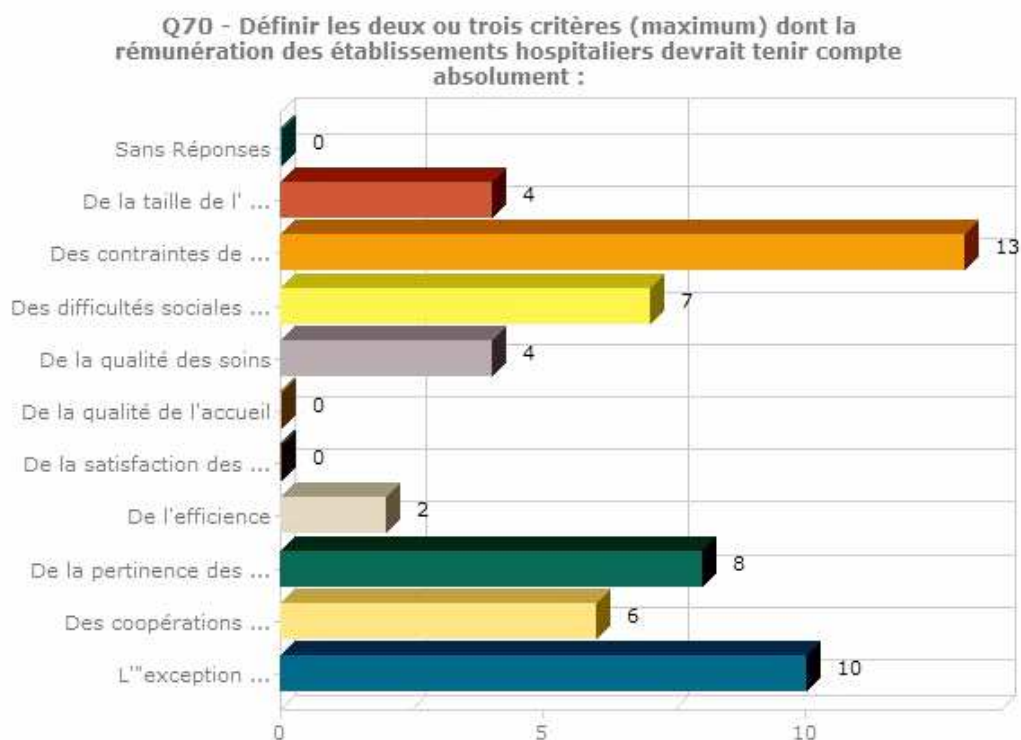


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	3	17.6 %
Oui	10	58.8 %
Non	4	23.5 %

Q72 - Définir les deux ou trois critères (maximum) dont la rémunération des établissements hospitaliers devrait tenir compte absolument :

Graphique

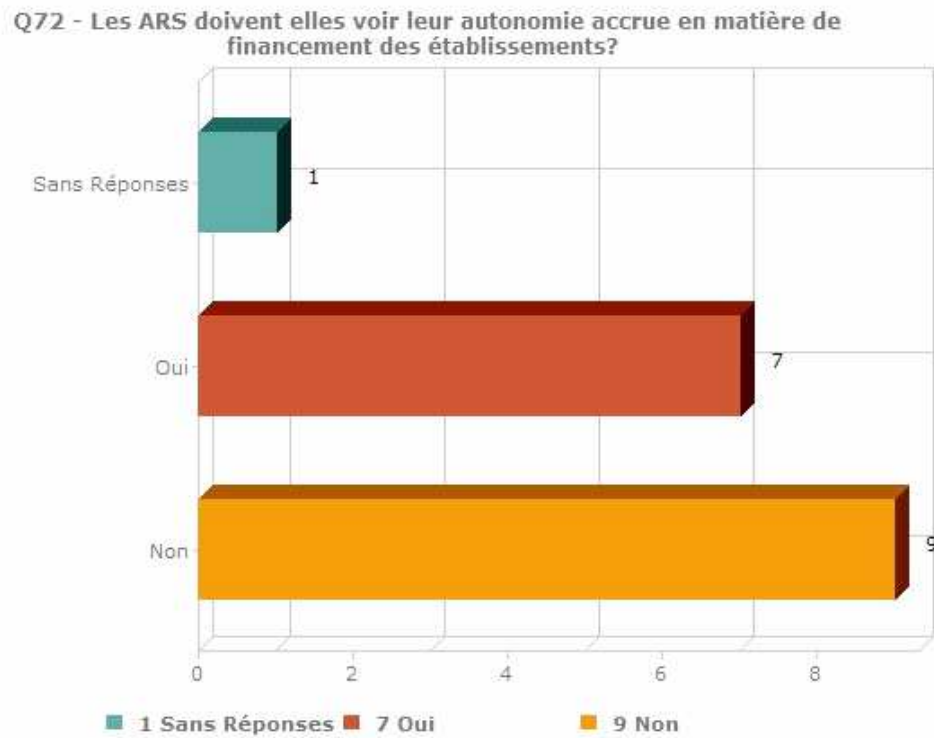


Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
De la taille de l'établissement	4	23.5 %
Des contraintes de service public (continuité, non discrimination, ...)	13	76.5 %
Des difficultés sociales des usagers pris en charge	7	41.2 %
De la qualité des soins	4	23.5 %
De la qualité de l'accueil	0	0 %
De la satisfaction des usagers	0	0 %
De l'efficacité	2	11.8 %
De la pertinence des actes	8	47.1 %
Des coopérations auxquelles participent les établissements	6	35.3 %
L'"exception géographique" (un établissement isolé et desservant une population faible en volume,	10	58.8 %

mais sans autre recours, y compris souvent en médecine libérale)		
--	--	--

Q74 - Les ARS doivent elles voir leur autonomie accrue en matière de financement des établissements?
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
Oui	7	41.2 %
Non	9	52.9 %

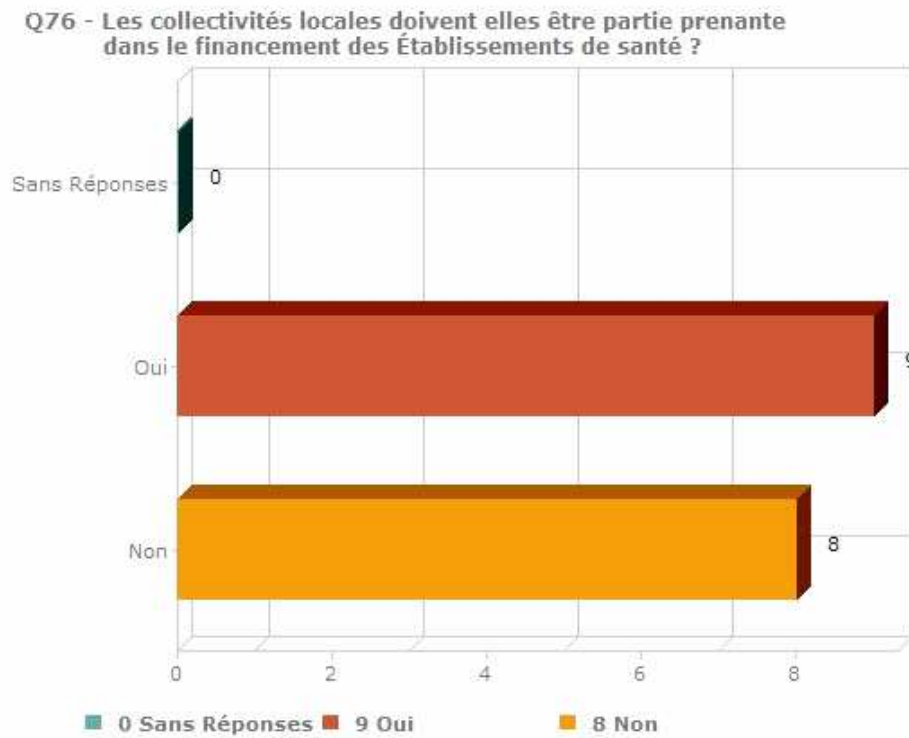
Q76 - La contractualisation ARS /Établissements est elle efficace ?
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	2	11.8 %
Oui	3	17.6 %
Non	12	70.6 %

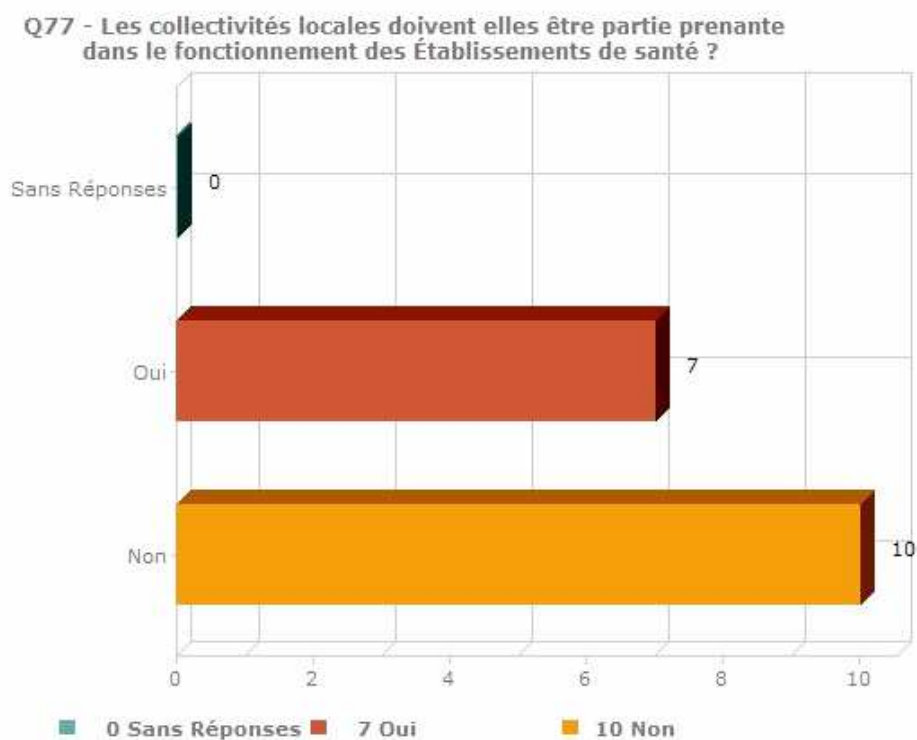
Q78 - Les collectivités locales doivent elles être partie prenante dans le financement des Établissements de santé ?
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
Oui	9	52.9 %
Non	8	47.1 %

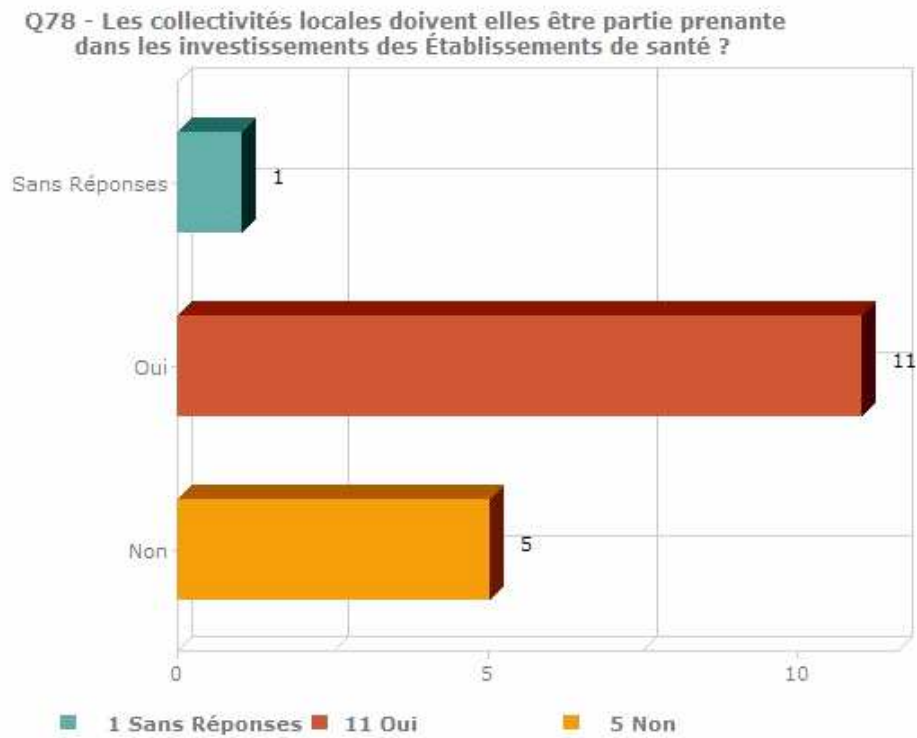
Q79 - Les collectivités locales doivent elles être partie prenante dans le fonctionnement des Établissements de santé ?
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	0	0 %
Oui	7	41.2 %
Non	10	58.8 %

Q80 - Les collectivités locales doivent elles être partie prenante dans les investissements des Établissements de santé ?
Graphique



Données

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans Réponses	1	5.9 %
Oui	11	64.7 %
Non	5	29.4 %

-
-
-
-

• Récapitulatif des préconisations :

<ul style="list-style-type: none"> • Propositions plutôt consensuelles <p>Préconisation n°1 : changer le cadre législatif mais limiter les réglementations. Réintroduire dans la loi le service public hospitalier et sa rénovation mais avec une certaine économie de réglementations traduisant la marge de manœuvre laissée aux acteurs et ainsi la confiance qui leur est faite</p> <p>Préconisation n°2 : retenir trois objectifs prioritaires à la réintroduction du SPH</p> <ul style="list-style-type: none"> *Améliorer l'état de santé de la population : faire face aux enjeux de santé publique, contribuer à la réduction des inégalités de santé, développer la prévention *Améliorer le service rendu à l'utilisateur (service public au service du public) en répondant mieux à ses attentes tout en favorisant son rôle d'acteur pour sa santé et pour la santé *Penser la réintroduction en termes de service et non de structure <p>Préconisation n°3 : redonner du contenu aux valeurs et obligations du service public</p> <p>les valeurs :</p> <p>Service et écoute des usagers ; Éthique du « juste soin au juste coût » ; Solidarité et responsabilité à l'égard d'une population sur un territoire ; Coopération Transparence Participation des usagers à la prise de décision dans les établissements</p> <p>les obligations :</p> <p>Egalité d'accès : accessibilité géographique, financière et en droits Continuité : permanence des soins 24/24, 7/7 Mutabilité : adaptation de l'offre aux besoins de santé, en particulier au travers des coopérations</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neutralité : non discrimination, même accueil pour tous 	<ul style="list-style-type: none"> • Propositions plutôt débattues • • •
<p>Préconisation n°4 : garantir l'accessibilité géographique</p> <p>Tenir compte de la gradation des soins dans</p>	<ul style="list-style-type: none"> • •

<p>l'organisation de l'accessibilité géographique ; majoritairement assumée par le secteur public et les ESPIC, en réalité et en droit, le secteur privé peut y participer, lorsqu'il contribue à assurer le maillage territorial de l'accès aux soins. C'est à l'ARS de le définir au travers de ses autorisations.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les modalités de coopération et le mode de financement les plus adaptés pour assurer le bon fonctionnement et l'équilibre financier des établissements isolés nécessaires au maillage territorial, compte tenu de leurs caractéristiques (nature des activités, type de patientèle, spécificités territoriales...). <p>Préconisations n°5 : garantir l'accessibilité financière</p> <p>Identifier les zones au sein desquelles l'accessibilité financière n'est pas assurée (prédominance d'une offre ne respectant pas les tarifs opposables) ; Conférer à l'accessibilité financière une valeur opposable au sein des schémas régionaux d'organisation des soins, permettant ainsi de réguler l'offre libérale en établissements privés lucratifs. Mieux encadrer l'activité libérale à l'hôpital public :</p> <p>Préconisation n°6 : s'assurer du respect des obligations de service public</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dès lors qu'un établissement est en charge d'une permanence de soins (qu'il soit public ou privé), l'ARS doit contrôler qu'il respecte effectivement son obligation d'accueil de tous les patients, sans prise en compte de considérants sociaux, pathologiques ou financiers 	<ul style="list-style-type: none"> • La participation du secteur privé ne fait pas consensus • •
<p>Préconisation n°7 : considérer la coopération comme une obligation du service public hospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inciter les établissements de santé à coopérer entre eux, mais aussi avec l'ensemble des acteurs de santé (médecins libéraux, paramédicaux, acteurs de l'accompagnement médicosocial à domicile ou en établissements, associations d'usagers, ...) et acteurs du social sur un territoire. 	<ul style="list-style-type: none"> •

	<p><u>Préconisation n°8</u> : élargir l'obligation de transparence aux établissements privés lucratifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • La transparence doit s'appliquer à l'ensemble des acteurs participant au SPH (y compris les établissements à but lucratif) et concerne outre les indicateurs de qualité, de la satisfaction des usagers, les résultats de la certification ... la communication des documents internes (projet d'établissement et comptes financiers). Cette préconisation est à expertiser au regard du code du commerce.
<p><u>Préconisation n°9</u> : définir les missions du SPH par blocs larges incluant les soins</p> <p>La liste des missions de MSP définies par la loi HPST est à réviser. Il faut retenir des blocs larges où les soins figurent en premier lieu. Le SPH renvoie à l'ensemble des activités des EPS et des ESPIC.</p> <p>Le service public hospitalier assure, en coopération avec les autres acteurs du service public de santé, l'activité de soins de proximité et de second recours, accessibles tant géographiquement que financièrement mais aussi certaines missions, telles que la permanence d'accès aux soins (pour les patients précaires), la mission d'actions de santé publique, l'enseignement, la recherche, ...</p>	<p><u>Préconisation n°10</u> : clairement identifier les acteurs du SPH</p> <p>Le SPH regroupe l'ensemble des établissements de santé, publics ou privés, qui assurent ses missions en respectant, pour l'ensemble de leur activité, les obligations du service public et notamment celles d'accès tarifaire : les EPS, le service de santé des armées et les ESPIC répondent à cette définition et font partie intégrante du SPH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour autant, les établissements lucratifs peuvent y être associés sous conditions de respect des obligations et sur quelques missions pour lesquelles la contribution a du sens <p><u>Préconisation n°11</u> : créer un comité technique des usagers</p>

Préconisations n° 12 : favoriser le développement de coopérations territoriales inter établissements pertinentes
Elles sont pertinentes lorsqu'elles contribuent à la poursuite des objectifs du SPH
Leur développement devrait reposer sur :
Un diagnostic initial partagé entre tous les acteurs (établissements, ARS, élus, ..) sur l'accessibilité aux soins et la répartition de l'offre ; un dialogue permanent est donc nécessaire ; il pourrait se tenir dans le cadre de la conférence de territoire
La définition d'objectifs opérationnels
L'identification des rôles spécifiques joués par toutes les entités
CHU : responsabilité régionale voire interrégionale
CH : participation territoriale au projet régional
CH local : lien avec la médecine généraliste, le partenariat avec les établissements plus importants doit être renforcé
ESPIC : participation au SPH

Comité technique réunissant l'ensemble des représentants des usagers au sein de l'établissement (siégeant en conseil de surveillance et / ou en CRUQS) auxquels d'autres représentants d'usagers pourraient s'adjoindre selon des modalités à préciser, ayant pour objectif la préparation des décisions en amont des conseils de surveillance (tout dossier sera ainsi présenté au conseil avec avis de la CME, de la CTE et du CTU comité technique des usagers). Le CTU a la possibilité de procéder à tout audit nécessaire pour éclairer sa décision.

Ce comité technique s'inscrit dans un dialogue avec la direction et peut auditionner les professionnels en tant que de besoin.

La formation des représentants des usagers est à organiser en conséquence ; le statut des représentants des usagers doit également être conforté pour leur permettre d'exercer pleinement leurs mandats

Le CTU pourrait être obligatoire dans les CHU et les grands CH et facultatif dans les établissements de taille moins importante où le dialogue avec la direction peut s'établir plus aisément.

Les CME et CTE sont par ailleurs incitées à ouvrir leurs portes aux usagers.

-

Etablissements privés lucratifs : participation au SPH moyennant respect de ses obligations

La mise à disposition de systèmes d'information partagés entre CHU, CH, ESPIC

Le développement de modalités de financement adaptées

L'évaluation régulière de l'impact de ces coopérations

Préconisation n°13 : Favoriser le développement de missions territoriales de service public, dans l'objectif d'améliorer la réponse aux besoins de santé de la population sur le territoire, associant l'ensemble des acteurs de santé partageant les valeurs et les obligations de service public sur un territoire, en lien avec les acteurs du social et les collectivités territoriales.

Préconisation n°14 : développer la notion de responsabilité populationnelle au cœur de la mission territoriale de service public :

Les acteurs de santé partagent la responsabilité de l'état de santé de l'ensemble de la population du territoire, c'est ce qui les conduit à travailler en partenariat au sein des missions territoriales de service public.

Préconisation n°15 : développer les outils nécessaires à la mission territoriale de service public

Un observatoire des besoins de santé sur le territoire (sur la base des actuels observatoires régionaux de santé) qui soit non seulement une analyse des comportements de recours aux soins mais aussi celle de l'accès à la prévention, des besoins en soins ou accompagnements non couverts, des populations laissées à l'écart du système de santé (toutes données nécessaires à la définition de la stratégie de la mission) ;

Un répertoire des acteurs : connaître les ressources sur un territoire, les compétences, les conditions d'accès, est une nécessité pour mettre en œuvre les coopérations. Ce répertoire doit être accessible à tous, professionnels et usagers ;

Un système d'informations partagé au service de la coordination est indispensable. Il doit assurer la transmission d'informations d'un intervenant à l'autre dans le respect des droits du patient et dans l'objectif de l'amélioration de

la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement. Les obstacles actuellement rencontrés au sein des MAIA incitent à proposer une nouvelle approche du partage d'informations (l'ASIP a saisi la CNIL à ce sujet). A ce propos, il faut souligner que la confidentialité des données personnelles doit s'appliquer tant aux données médicales qu'aux données d'ordre social.

Des modalités de financement adaptées qui doivent permettre aux acteurs de s'engager sans réserve dans les coopérations (les modalités actuelles T2A et paiement à l'acte étant au contraire des incitations à la concurrence). Ce point sera développé en 3.3.

Préconisation n°16 : Instituer des contrats territoriaux de santé

Revisiter les contrats locaux de santé pour en faire des contrats territoriaux de santé impliquant acteurs de santé, ARS, collectivités locales et autres financeurs dans la perspective de réalisation d'une mission territoriale de service public portée par la coordination des acteurs.

Préconisation n°18 : revoir le contenu et l'organisation de la formation des jeunes médecins

Contenu

*Orienter la formation des jeunes médecins vers un apprentissage en compétences, pour un esprit de décision au sein d'une équipe. Le souci premier doit être le patient en responsabilisant progressivement l'interne en formation.

*inclure dans la formation la notion de prise en charge des patients en état de précarité

*développer des « pleins temps alternés » (alternance de plusieurs semaines en temps plein en établissement puis à l'université)

-

Préconisation n°17 : renforcer le rôle des conférences de territoire

- Renforcer le rôle des conférences de territoire, en lien avec les ARS, dans l'évaluation des besoins en missions territoriales de service public, dans l'impulsion des coopérations entre acteurs de santé.et dans l'évaluation des résultats qui en sont obtenus,

-

<p>Organisation</p> <p>*Faire en sorte que les établissements (publics, ESPIC et si carence privés lucratifs), les médecins généralistes, les spécialistes de proximité, les maisons médicales ou les pôles médicaux puissent participer à la formation à travers des contrats pédagogiques signés avec les doyens (et prévoyant des évaluations régulières).</p> <p>*Ouvrir les possibilités de contractualisation entre CHU, CH et structures de soins territoriales afin de prendre en compte les déficits en médecins dans certains territoires développer les partenariats entre les CHR et les facultés ou universités (à ce jour seulement 8 Inter-région hospitalo-universitaire existent et 7 GCS conclus</p>	
<p>Préconisation n°19 : revaloriser la formation clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aller vers la modulation des modes de rémunérations existants pour rendre plus attractive cette fonction <p>Préconisation n°20 : garantir la place de la recherche en France</p> <p>*Renforcer la formation à la recherche biomédicale au cours des études médicales : - initiation à la recherche dès le 1^{er} Cycle, - stages obligatoires en 2^{ème} Cycle, - modules de formation à la recherche pour les médecins hospitaliers.</p> <p>*Inciter (par des incidences sur les carrières) les équipes hospitalo-universitaires et hospitalières à des initiatives de recherche innovantes dans le cadre de partenariats internationaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • •
<p>Préconisation n° 21 : revoir l'organisation de la recherche</p> <p>Organiser</p> <p>Simplifier et optimiser l'organisation de la recherche médicale à l'échelle de la région (DRCI), de l'inter région (DIRC) et de son pilotage national. Développer les départements hospitalo-universitaires (DHU) qui permettent de coordonner et d'optimiser les moyens et de rendre plus lisible la recherche en Santé</p> <p>Mettre en place une fédération des acteurs de la recherche, par discipline médicale (ce que ne recouvre pas l'INSERM, en particulier pour la</p>	<ul style="list-style-type: none"> •

psychiatrie) afin d'obtenir la masse critique suffisante face aux enjeux de recherches européens..

Contractualiser

Mettre en place une contractualisation des établissements de santé acteurs du SPH avec l'Université et les établissements publics à caractère scientifique et technologique afin de clarifier les partenariats et moyens dédiés à la recherche. Des indicateurs de mesure de la qualité et du volume des recherches doivent servir de support à ces contrats et être utilisés prioritairement pour l'allocation des dotations finançant les MERRI (du moins celles qui ne s'appuient pas déjà sur des indicateurs volumétriques).

Évaluation

Poursuivre et conforter le développement de l'évaluation de la Recherche clinique par l'AERES dans les CHU et les établissements partenaires de l'Université.

Participation des usagers

- Impliquer les représentants des usagers dans le dispositif de recherche clinique

-

Préconisation n° 22 renforcer la coopération dans la recherche

Renforcer les liens entre les CHU et les acteurs de santé à tous les niveaux (région, inter région, national) dans le domaine de la Recherche en santé et plus spécialement de la Recherche clinique. A ce titre, pourrait être promu le développement du partenariat hospitalo-universitaire et hospitalier dans le cadre de projets liant des acteurs d'un territoire plutôt que les seules structures dédiées.

renforcer les liens des sites hospitalo-universitaires avec les partenaires industriels et le monde économique (voir en ce sens le principe des instituts Hospitalo-universitaires) sous réserve d'un encadrement strict en mesure de prévenir tout conflit d'intérêt et de garantir l'indépendance des chercheurs.

-

Préconisation n°23 : garantir le financement de la recherche

- préserver un financement pérenne des personnels et des structures des hôpitaux par les dotations « MERRI », dans un processus

<p>d'évaluation et de labellisation national, avec un financement essentiellement par projets mais devant aussi prendre en compte les coûts fixes des établissements (indépendant de toute réussite à un projet).</p> <p>Préconisation n° 24 : donner aux ARS les moyens d'exercer leur rôle au regard des missions territoriales de service public</p> <p>Développer les compétences des ARS en matière de « chefferie de projet », « d'animation de logique territoriale » afin de porter ou d'accélérer les évolutions nécessaires dans ces domaines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des outils diagnostiques ciblés sur les enjeux d'accès à la santé (donc à la prévention, aux soins, à l'accompagnement médicosocial), de pertinence des soins, d'adéquation des réponses aux besoins des usagers, de fluidité des parcours de santé et donc des coopérations mises en œuvre 	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n° 25 : réduire la proportion de T2A pour les MCO</p> <p>Maintenir la T2A pour le champ MCO mais dans des proportions significativement réduites (niveau à déterminer) et sous réserve d'adaptations (voir infra)..</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concernant les hôpitaux locaux, la Psychiatrie et les soins de suite et de réadaptations, des expertises complémentaires et expérimentations dans plusieurs régions sont demandés avant toute décision d'éventuelles mises en œuvre ou extension. <ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n°26 : revoir les modalités de fixation des tarifs T2A</p> <p>Construction et neutralité tarifaire</p> <p>*adopter un principe de neutralité des tarifs par rapport à la hiérarchie des coûts, sauf exception documentée et objectivée. Cela sous-entend de renforcer l'étude nationale des coûts et d'éclaircir le périmètre et la nature des charges financées par le tarif.</p> <p>*intégrer plus fortement la prise en compte du</p>	<ul style="list-style-type: none"> •

temps médical et infirmier (non lié à l'acte) dans la construction des tarifs.

*étudier l'opportunité d'adapter la T2A pour des situations particulières (taille, spécialisation de l'établissement, localisation géographique, ...).

*conforter l'ATIH dans son travail d'expertise, de support technique, faire en sorte qu'elle assure en lien avec la DGOS une plus grande transparence dans les évolutions tarifaires vis-à-vis des acteurs hospitaliers.

*améliorer la connaissance des coûts pour les établissements (publication des coûts, homogénéisation des méthodes d'élaboration de comptabilité analytique...).

politique tarifaire

*stabiliser la méthode de fixation des tarifs et assurer une meilleure compréhension des évolutions

Bien que techniquement difficile, insérer les tarifs dans une perspective pluriannuelle et avancer leur entrée en vigueur au 1er janvier de chaque année ce qui permettra aux établissements de construire leurs budgets en n-1 en connaissant les tarifs applicables en n (ou du moins, de connaître les grandes tendances);

- Prévoir en complément de la T2A la mise en place d'un dispositif de contractualisation entre l'ARS et l'établissement lorsque celui-ci souhaite développer de nouvelles activités, afin qu'il bénéficie d'un niveau de financement

Préconisation n° 27 : revoir la liste des activités sous T2A

Exclure du financement T2A les activités qui ne s'y prêtent pas (urgences, maladies chroniques, pathologies du vieillissement, ...°après concertation avec les sociétés savantes, et les intégrer au périmètre des MIG

Inclure dans le tarif le financement de la prévention, de l'éducation thérapeutique, de la récidive,

•

<p>Préconisation n°28 : faire de la qualité un élément prioritaire de la rémunération de l'activité.</p> <p>- établir des critères permettant de rémunérer les établissements lorsque des objectifs liés à la qualité des soins sont atteints et de pénaliser financièrement les établissements qui ne s'engageraient pas dans une telle démarche de qualité. Dans cette perspective, amplifier les expérimentations en cours associant rémunération d'activités hospitalières et qualité des soins...</p> <p>- mettre en place de façon expérimentale un dispositif de dégressivité tarifaire qui pourrait être lié au volume d'actes accompli et aux gains d'efficacité économique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • mettre en place un dispositif d'amélioration de la pertinence des actes (par des systèmes incitatifs et non coercitifs) dont les ARS et l'Assurance Maladie pourraient avoir la responsabilité (sur la base de référentiels établis sous l'autorité de la HAS). 	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n°29 : Créer un observatoire de la T2A,</p> <ul style="list-style-type: none"> • indépendant dans ses travaux, ayant une mission d'évaluation des impacts de la T2A (parcours de santé des usagers, indicateurs de santé publique, offre de soins, situation des établissements, satisfaction des usagers, T2A et pratiques innovantes...). 	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n°30 : tenir compte plus rapidement des innovations</p> <p>Accélérer la mise en place d'un dispositif de valorisation rapide et provisoire (jusqu'à leur intégration dans l'échelle tarifaire) des procédures innovantes de prise en charge (médicalement validées par la HAS) conformément à l'article L.165-1-1 du code de la sécurité sociale. Il y a urgence en matière de télémédecine</p>	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n°31 : faire évoluer les modalités de contrôles,</p> <ul style="list-style-type: none"> • afin d'instaurer plus d'équité (via des contrôles aléatoires et non ciblés) intégrer des 	<ul style="list-style-type: none"> •

<p>médecins hospitaliers dans les procédures</p> <p>Préconisation n°32 : clarifier le champ d'application des MIG</p> <p>Revisiter la liste des MIG et les évaluer financièrement</p> <p>Revoir le cadre juridique et financier des MIG et des MSP dont le périmètre pourrait être clarifié. A partir de ce travail, le lien entre les dotations MIG et le périmètre des MSP devra être éclairci, précisé, contractualisé dans le cadre du FIR géré par les ARS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système d'informations adapté au suivi de l'utilisation des MIG tant au niveau de l'ARS que des établissements pour s'assurer qu'elles sont effectivement utilisées au financement des activités MIG 	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n°33 : poursuivre et amplifier la rémunération des activités MERRI correspondant à la réalité des coûts et des productions des établissements concernés</p>	<ul style="list-style-type: none"> •
<p>Préconisation n°34 : donner aux ARS les moyens de contractualiser via les AC</p> <p>poursuivre le travail d'identification des opérations finançables par des crédits AC, à l'instar du récent guide relatif aux AC, publié le 1er aout 2011.</p> <p>Donner les moyens techniques et financiers aux ARS pour s'engager dans une politique de contractualisation avec les établissements via les AC (objectifs, délais, évaluation, intéressement...) dans la pluriannualité et en donnant la souplesse nécessaire entre MIG et AC</p> <p>Préconisation n°35 : Revoir les modalités de financement de l'investissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser les aides en capital, - Valider les décisions d'investissements au niveau des ARS, avec mise à disposition d'équipes d'experts (juristes, AMO, financiers, architectes...) sur pool national et au-delà de certains seuils (réglementation actuelle) décisions nationales - Favoriser les aides financières des collectivités territoriales, ou fondations, dès lors qu'elles sont validées par l'ARS en termes d'incidence sur les couts de fonctionnement et 	<ul style="list-style-type: none"> • •

<p>ROI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exiger une vision et une traçabilité pluriannuelle des capacités financières des établissements qui souhaitent investir ; - Demander aux établissements un programme d'investissements a partir de programmes capacitaires adaptés aux Projets médicaux d'établissements et a des évolutions prévisionnelles réalistes d'activités. -Contractualiser entre l'ARS et les structures qui investissent les modalités et conditions d'investissements (coopérations inter établissements en particulier , garantie de pluri annualité des AC, fongibilité des dotations pour les ARS...) -exiger de chaque établissement qui doit conserver l'autonomie de gestion patrimoniale, un inventaire précis des valorisations immobilières et foncières -concentrer en priorité les investissements sur les plateaux techniques, les services de soins et les systèmes d'information. • -abandonner, sauf circonstance particulière et rare qui le justifierait les contrats PPP inadaptés au SPH pour les investissements concernant les structures de soins. 	
<p>Préconisation n°36 : Préconisation : donner plus de marge de manœuvre aux ARS pour le financement des expérimentations innovantes en matière de parcours de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Renforcer le rôle et les moyens des ARS afin qu'elles puissent favoriser, inciter les coopérations entre les acteurs du SPH. - Accentuer la fongibilité des enveloppes financières à disposition des ARS - Confier aux ARS sur la base d'un cahier des charges national, en liaison, entre autres, avec la HAS (définition des parcours, bonnes pratiques, qualité) la mise en place des expérimentations du financement des parcours de soins .Les acteurs de proximité partenaires des ARS dans une expérimentation de la tarification au parcours de soins devront inclure essentiellement : médecine et soins de ville, MCO, SSR, Hôpitaux locaux, établissements personnes âgées, medico-social. 	<ul style="list-style-type: none"> •
<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •

•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•
•	•

• Annexe 4 : Liste des participants au groupe de travail

• EQUIPE D'ANIMATION

- **Présidente**, Bernadette DEVICTOR
- **Vice-président**, Bertrand FENOLL
- **Vice-président**, Christian DUBOSQ
- **Rapporteur**, Paul CASTEL

• MEMBRES DU GROUPE (TITULAIRES)

AMUF-CGT, Christian GUY-COICHARD
Association des régions de France, Maryline MARTINEZ
Avenir Hospitalier, Bertrand MAS, Pascale LE PORS
CFDT, Nathalie CANIEUX
CFE-CGC, Thierry AMOUREUX
CFTC, Michel ROLLO
CGT, Nathalie GAMIOCHIPI
CH-FO, Philippe GUINARD
CMH, Didier THEVENIN, Martine MARCHAND
CNDEPAH, Marie-Hélène ANGELLOZ-NICOUD
Collectif Interassociatif sur la santé (CISS), Nicolas BRUN
Collège des DG d'ARS, Jacques LAISNÉ
Conférence des Présidents de CME de CHU, Benoît VALLET
Conférence Nationale des Directeurs de CH, Didier HOELTGEN
Conférence Nationale des Directeurs de CHS - ADESM, Gilles MOULLEC
Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHRU, Pierre-Charles PONS
Conférence Nationale des Présidents de CME des Hôpitaux Généraux, Pierre

FOUCAUD

Conférence Nationale des Présidents de CME des CHS, Christian MULLER

Conférence Nationale des Présidents de CME, FEHAP, Francis ZANASKA

CPH, Bruno DUVERGIE, David GUENET

CSMF-Confédération des Syndicats médicaux Français, Michel COMBIER

FEHAP, Antoine DUBOUT

FHF, René CAILLET

FHP, Elisabeth TOMÉ-GERTHEINRICH

FNEHAD, Olivier PAUL

FO, Hervé ROCHAIS

INPH, Jean-Michel BADET, Jean FERRANDI

ISNIH, Emanuel LOEB, Etienne ROT, François PETITPIERRE

ISNAR-IMG, Intersyndical national autonome des internes en médecine Générale,

Emmanuel BAGOURD

ISNCCA, Inter Syndicat National des Chefs de Clinique Assistant, Julien ADAM

MG France, Bernard PLEDAN

Mutualité Française, Dominique LEBRUN

Président de la Conférence Nationale des Doyens de médecine, Dominique PERROTIN

SML-Syndicat Médecine Libérale, Sophie BAUER

SMPS, Zaynab RIET

SNAM-HP, Sadek BELOUCIF, Jacques MOREAU

SUD SANTÉ-SOCIAUX, Nicolas LAADJ, Anne-Marie BERTHOMIER

SYNCASS-CFDT, Michel ROSENBLATT

UFMICT-CGT, Jean-Luc GIBELIN

UNAFAM, Philippe CHARRIER, Jean-Claude MATHA

UNICANCER, Pascale FLAMANT

UNPS, Alain BERGEAU

UNSA, Sylvie SAQUE

Personnalité Qualifiée, Pierre ALEGOET

Personnalité Qualifiée, Yves AUROY

Personnalité Qualifiée, Jean-Noël CABANIS

Personnalité Qualifiée, P. GIBELIN

Personnalité Qualifiée, André GRIMALDI

Personnalité Qualifiée, Marie-Christine HARDY-BAYLÉ

Personnalité Qualifiée, Guy LEGAL

Personnalité Qualifiée, Catherine WEBER-SEBAN

- **AUTRES PARTICIPANTS**

AMUF-CGT, Christophe PRUDHOMME

CFE-CGC, Marianne HONNART-THOMAS

CFTC, Christian CAILLIAU, H. HOGUET

CGT, Alexis BRONES, Philippe KREPEL

CH-FO, Elsa LIVONNET-MONCLON, Richard DALMASSO

CMH, François FRAISSE

CNDEPAH, Gaël CORNEC

Collectif Interassociatif sur la santé (CISS), Sylvain FERNANDEZ-CURIEL

Collège des DG d'ARS, François-Emmanuel BLANC

Conférence des Présidents de CME de CHU, Michel CLAUDON

Conférence Nationale des Directeurs de CH, Yves BLOCH

Conférence Nationale des directeurs de CHS - ADESM, Jacques MARESCAUX, Jacques AUGIER
Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHRU, Monique RICOMES
Conférence des Présidents de CME de CH, Michel HANSSEN
Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS, Ch. SANTOS
CPH, Jean-Pierre MARTIN, Denis CAZABAN
FEHAP, Catherine REER, David CAUSSE
FHF, Denis VALZER, Michèle DESCHAMPS
FHP, Dominique-Chantal DOREL, Michel COUHERT, Thierry BECHU
FNEHAD,
FO, Brigitte FIDRY
INPH, Antoinette GELOT, Michel TRIANTAFYLLOU
ISNAR-IMG, Anne-Claire DARRAS
MG France, François WILTHIEN
Mutualité Française, Sylvie GUERIN, Sylvie GUERRIN
SMPS, B. TOURNEVACHE, Christophe GAUTIER, R. SANQUER, P. PINZELLI
SNAM-HP, André ELHADAD
SYNCASS-CFDT, E. SYS
UFMICT-CGT, Alexis BRONES, Anne TAQUET, Jean-Luc GIBELIN
UNAFAM, Jean-Claude MATHA
UNICANCER, Hélène ESPEROU, Sandrine BOUCHER
UNPS, Patrick PERIGNON, Nicolas KEMPA, Philippe TISSERAND
UNSA, Eric WETTLING