

Quelle organisation alternative pour le système sanitaire français ?

*Cathy SUAREZ **

Les éléments d'organisation alternative exposés ici reposent sur un principe stratégique fondamental : la responsabilisation privilégiée des instances politiques dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique ¹. Il nous paraît en effet essentiel de re-politiser (au sens noble du terme) les enjeux stratégiques d'une politique de santé et de clairement distinguer ce qui est de l'ordre de l'expertise technique de ce qui est de l'ordre du choix politique : quelle stratégie de la santé, quels objectifs, quels moyens, quels résultats escomptés ? Voici donc quelques propositions structurelles à débattre.

I. Quelle organisation globale du système sanitaire ?

Si l'on se penche sur la structuration politique, l'élection au suffrage universel fait émerger aux niveaux national, régional et local des représentants politiques élus. Leur rôle est de fixer les lignes stratégiques de développement et de redéploiement économique et social du pays ou de la région dans lesquelles s'inscrit le secteur sanitaire. Ces élus sont regroupés en chambres ² et détiennent le pouvoir de décision finale. Ce pouvoir politique doit demeurer déterminant par rapport à celui des experts qui tendent à être maîtres de toute décision. La caractéristique des réformes menées depuis une vingtaine d'années est d'utiliser la technique pour camoufler

* Economiste de la santé. Membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

1. Cet article fait suite à plusieurs travaux réalisés par l'auteure dans le cadre de l'agence d'objectifs CGT-IRES (Lojkine, Suarez, 2003 ; Volkoff, Dufour, Suarez, 2003 ; Suarez, Valette, 2006).

2. La notion de « chambre » se distingue de celle d'« agence » liée à la réforme de la fonction régaliennne de l'Etat. Elle vise à réinvestir le politique et à faire en sorte que les élus prennent leurs responsabilités par rapport aux citoyens.

l'aspect éminemment politique et stratégique desdites réformes (l'exemple le plus flagrant étant le programme médicalisé des systèmes d'informations – PMSI – et la tarification à l'activité – T2A). La confusion est justement le vecteur idéologique essentiel du libéralisme. Il faut, au contraire, réhabiliter le politique.

Au niveau régional, pourraient être envisagées des chambres territoriales dédiées à la santé, composées d'élus locaux, d'organismes institutionnels, sociaux et tutélaires. On parlerait alors de Chambres territoriales de santé, où siègeraient des représentants des caisses régionales d'assurance maladie, des unions régionales des caisses d'assurance maladie, des directions régionales de l'action sanitaire et sociale, des représentants des communautés hospitalières de territoire (présidents des conseils d'administration et directeurs d'établissement), des représentants des unions régionales de la médecine libérale et d'associations d'usagers. Précisons dès à présent que dans cette conception les représentants des caisses de sécurité sociale seraient élus par les salariés, à partir de listes syndicales établies en fonction des résultats des élections prud'homales. La Chambre territoriale de santé serait présidée par un élu politique sans droit de vote. Ces chambres proposeraient les axes stratégiques de développement et de redéploiement des moyens sanitaires hospitaliers et ambulatoires sur les territoires, en lien avec le médico-social, en englobant le préventif, le curatif, le palliatif. Devraient leur être garantis leurs propres moyens techniques d'étude, d'analyse et de prospective. Leur pouvoir serait cependant inférieur à celui des élus politiques regroupés dans la chambre du Conseil régional, puisqu'il ne concernerait que les champs d'activité relevant de la santé. Seuls les élus politiques entérineraient ou non les décisions stratégiques proposées à des fins de cohérence globale.

Dans ce schéma, nous pourrions alors envisager un pouvoir régional en matière de santé à trois étages :

1. Une chambre politique, le Conseil régional, composée de représentants politiques élus au suffrage universel et responsables des décisions stratégiques en matière de santé ;

2. Une Chambre territoriale de santé, sans droit de vote, présidée par un élu du Conseil régional et chargée de proposer des orientations stratégiques et de prendre des décisions en matière de répartition des moyens ;

3. Les moyens dont disposerait cette chambre territoriale se répartiraient en trois grandes administrations distinctes :

- L'Administration territoriale hospitalière (ATH) qui se substituerait à l'actuelle Agence régionale d'hospitalisation (ARH). Elle serait composée de représentants des établissements hospitaliers (directeurs et présidents des conseils d'administration, membres des commissions médicales d'établissement et de comités techniques d'établissement), de

représentants tutélaires (caisses régionales d'assurance maladie, unions régionales des caisses d'assurance maladie, directions régionales de l'action sanitaires et sociale) et d'associations de patients. Son rôle serait de coordonner les activités hospitalières sur le territoire, sous forme de pôles d'activités hospitaliers publics et de communautés hospitalières de territoire, et de mener des procédures d'évaluation des objectifs et résultats définis de façon concertée par chaque structure dans le cadre de son projet d'établissement ;

- l'Administration territoriale ambulatoire (ATA) serait composée, outre les représentants tutélaires, de représentants des unions régionales de médecine libérale et d'associations d'usagers. Son rôle serait de gérer les filières de santé ambulatoires et de veiller à la permanence et à l'égalité d'accès aux soins, en coordination avec les pôles d'activités hospitaliers publics et les communautés hospitalières de territoire ;

- l'Administration territoriale des études, de la recherche et de la prospective (ATRP) serait chargée de l'évaluation des besoins en matière de santé, à chaque niveau de risques : environnementaux, économiques (précarité, chômage, pauvreté...), professionnels, industriels, psychosociaux et comportementaux. Ses études serviront de base aux deux autres administrations, pour déterminer la nature de l'offre de santé correspondante et sa structuration géographique. Cette administration serait composée de représentants des Observatoires régionaux de santé (ORS) et de santé au travail (ORST), de l'Institut national de veille sanitaire (INRS), des Agences régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT), des caisses régionales d'assurance maladie. Les études mettraient l'accent tant sur la prévention primaire et secondaire de la santé que sur l'aspect curatif des soins.

Cet organigramme obéit à deux principes démocratiques fondamentaux :

- Premièrement, éviter une hyper-concentration du pouvoir régional monopolisé par un petit groupe d'élus et d'experts, qui risquerait de reproduire au niveau territorial le centralisme étatique des tutelles, d'où la proposition de deux chambres distinctes ;

- deuxièmement, donner d'emblée une orientation de service public à ces organismes, en remplaçant le mot « agence », qui renvoie clairement à une logique libérale fondée sur des mécanismes marchands, par le mot « chambre » qui évoque la légitimité politique d'une organisation territoriale de santé. De la même façon, le terme « administration » évoque, lui, la légitimité politique de l'Etat. Précisons qu'il s'agirait d'administrations réellement décentralisées, gérées démocratiquement, et non de simples bureaucraties déconcentrées. L'Agence régionale de santé (ARS) prévue dans la loi de la santé publique 2004 et formalisée dans le

projet de loi « hôpital, santé, patient, territoires », deviendrait alors une Chambre territoriale de santé.

Cette conceptualisation permet en premier lieu de bien distinguer la légitimité politique, qui revient aux élus politiques en charge des décisions stratégiques ; la légitimité sociale (les décisions opérationnelles, tactiques) qui revient aux partenaires sociaux, aux représentants des professionnels de la santé et des malades ; la légitimité participative (consultative) qui revient aux acteurs de terrain, aux professionnels de la santé et associations d'usagers.

Il permet en second lieu de désétatiser, décentraliser tout en gardant la cohérence de la politique d'ensemble par le biais des instances politiques élues, depuis le Parlement, le Conseil régional, la Chambre territoriale de santé, jusqu'aux structures locales (hôpitaux, filières et réseaux publics de santé coordonnés, communautés hospitalières de territoire...) elles aussi démocratisées.

On commencera par examiner la clé de voûte de la régulation du système hospitalier actuel, les actuelles Agences régionales d'hospitalisation, à l'intersection des instances nationales et des instances locales. On leur opposera des Chambres territoriales de santé, pivot d'une démocratisation efficace du système de santé.

1.1. Une nouvelle régulation du système de santé

Les ARH présentent, à l'heure actuelle, nombre de manquements qui seront probablement répercutés dans les futures Agences régionales de santé, bâties sur un schéma similaire :

- Elles peuvent être phagocytées par certaines structures hospitalières au détriment des intérêts des usagers, des organismes de tutelle et des autres établissements. Le modèle hiérarchique, ou avec tiers, de la théorie des contrats (Rochaix, 1997:21) illustre ce phénomène. Ce schéma théorique introduit un tiers entre les organismes de tutelle et les agents. Dans le système hospitalier, c'est l'introduction des Agences régionales d'hospitalisation entre l'Etat et les hôpitaux. L'objectif associé à l'introduction de cet intermédiaire, était de limiter les asymétries informationnelles qui s'exercent au profit des hôpitaux et au détriment des autorités sanitaires et des organismes financeurs. Le tiers, à savoir l'Agence régionale d'hospitalisation, devait informer l'Etat sur le fonctionnement des hôpitaux. Le problème est que l'Agence régionale d'hospitalisation peut établir une collusion avec les hôpitaux, en acceptant de ne pas révéler à l'Etat les informations qu'elle a recueillies sur eux, en l'échange par exemple d'une partie de la rente qu'ils vont pouvoir continuer de recevoir en saisissant des informations qui leur permettront d'obtenir un budget supérieur à leurs besoins ;

- les agences régionales n'ont pas au sein de l'hôpital d'interlocuteur représentatif de l'ensemble des intérêts de la structure et de ses composantes. Cela rend les négociations difficiles, car l'hôpital représente une coalition d'acteurs poursuivant des objectifs différents ;
- les agences régionales imposent des mesures aux hôpitaux, plus qu'elles ne les négocient. L'Etat veut développer le principe de contractualisation entre les Agences régionales d'hospitalisation et les établissements pour mener les restructurations hospitalières. Donc, en principe, les mesures visant à la réorganisation des hôpitaux devraient être négociées par les parties contractantes. Or la démarche de contractualisation, volontaire par définition, est imposée aux établissements. Les agences se montrent ainsi directives concernant le contenu du contrat, notamment le respect de la loi de finance de la Sécurité sociale et celui des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Les établissements hospitaliers ne peuvent donc rien négocier. Tout leur est imposé, de la démarche au contenu du contrat ;
- Les Agences régionales d'hospitalisation se basent sur les données du PMSI et depuis 1984 sur les tarifs de la T2A. Or, ces données sont manipulables et n'ont aucune pertinence scientifique (Borella, 2000:287-295). Ainsi, les données du PMSI ne sont en rien représentatives, et encore moins descriptives, de l'activité des établissements et des demandes exprimées par les populations. Quant aux tarifs de la T2A, ce ne sont que des prix par pathologie, soumis à la contrainte d'une concurrence entre établissements publics et privés censée favoriser la productivité de l'ensemble. Mais, dans la réalité, ils sont surtout fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier, défini par la loi de financement de la Sécurité sociale en vertu d'un critère d'équilibre des finances publiques.

Le rôle pivot des Chambres territoriales de santé

La transformation des fonctions des ARH en Chambres territoriales de santé passe donc par une modification radicale de leurs objectifs et par là même de leur rôle. Il convient, nous l'avons vu, de doter ces organismes d'une structure démocratique représentant l'ensemble des acteurs concernés par le champ sanitaire grâce à la création au sein de chaque chambre de trois administrations distinctes : les administrations territoriales hospitalière (ATH), ambulatoire (ATA) et des études, de la recherche et de la prospective (ATRP).

Les décisions tactiques et stratégiques prises en matière de régulation de l'offre de soins sur le territoire seraient, dans ce cas de figure, l'aboutissement d'un processus de négociation interne au Conseil régional et à la Chambre territoriale de santé. Les représentants des organismes de sécurité

sociale (Caisse régionale d'assurance maladie, Union régionale des caisses d'assurance maladie), des établissements (présidents des conseils d'administration et directeurs d'établissements), des professionnels libéraux (Union régionale de la médecine ambulatoire) et des associations d'usagers, confronteraient ainsi leurs opinions et les Chambres territoriales de santé deviendraient des lieux de dialogue et de concertation sur la répartition de l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires en lien avec le médico-social. Un processus de coopération entre les établissements et les organismes de tutelle pourrait naître au sein même de ces structures. En fait, l'existence des chambres et de leurs administrations devrait permettre aux établissements de négocier entre eux la répartition des activités et des ressources financières en fonction de leur efficacité.

Selon cette logique, l'ensemble des établissements hospitaliers de la région constituerait une communauté hospitalière de territoire. S'ils dépassent l'allocation budgétaire allouée suivant les demandes hospitalières exprimées d'une part, les projets d'établissement déclinés en contrats d'objectifs et de moyens (COM)¹ d'autre part, le budget de l'année suivante serait réduit. Ici l'enveloppe budgétaire ne serait pas fermée, mais ajustée *a posteriori* en fonction de l'efficacité. Parallèlement à ce contrôle méso-économique, pour éviter les injustices qui consisteraient à punir l'ensemble des établissements pour les dérives de quelques-uns, on peut imaginer un contrôle micro-économique exercé dans le cadre de l'administration territoriale hospitalière. Ce système de double contrôle permettrait une maîtrise de l'activité des établissements par leurs pairs sur chaque territoire. Inversement, les établissements qui en fin d'année n'auraient pas liquidé tout leur budget pourraient conserver cette somme pour l'année suivante, sous la forme de provisions.

Si on modifiait le rôle des chambres régionales d'organisation de la santé dans ce sens, les négociations pour la répartition des activités et des ressources se feraient en interne, et la maîtrise des dépenses passerait par un autocontrôle des établissements (aidés en cela par les directions départementales de l'action sanitaire et sociale), associé à un système d'incitation par le biais de contrats d'objectifs et de moyens.

La difficulté dans ce cadre est de savoir qui doit représenter chaque établissement hospitalier : un trop grand nombre de membres au sein des Chambres territoriales de santé et de leurs administrations ne risque-t-il pas de nuire à l'aboutissement des négociations ? Si ce système devait être adopté, on peut penser que ce seraient les directeurs d'établissement qui

1. Les contrats d'objectifs et de moyens sont issus des circulaires Juppé de 1996. Ces contrats sont passés entre l'ARH et les établissements hospitaliers. Ils donnent lieu à financement en fonction des objectifs assignés aux établissements et listés dans ces contrats. On considère que les COM ont été, avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les principaux instruments des restructurations hospitalières des dix dernières années.

seraient amenés à représenter leur structure dans les négociations, puisqu'ils ont la fonction de représentant légal de leur hôpital. Les présidents des conseils d'administration des hôpitaux pourraient aussi être présents, de par leur rôle à la fois politique et économique (soit deux membres par établissement).

Toutefois, pour un meilleur fonctionnement démocratique, on pourrait imaginer la création en amont de procédures de concertation des directeurs d'hôpitaux et des présidents de conseils d'administration (avec des représentants de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et de la direction des soins infirmiers), au sein des administrations territoriales hospitalières. Y seraient négociés le partage, au sein des pôles, de l'allocation budgétaire allouée, suivant leur réponse respective aux demandes exprimées, et les objectifs qu'ils se sont assignés chacun dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens.

Les Chambres territoriales de santé ne seraient en aucun cas de « super » ARH. Leurs règles de fonctionnement seraient démocratiques. Leurs membres seraient des représentants de l'ensemble des acteurs concernés par le financement, l'organisation et la répartition de l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires sur le territoire. Les trois administrations seraient chargées de la mise en œuvre des décisions votées par la majorité des membres. La présidence de la Chambre territoriale de santé serait confiée, de fait, à un élu régional qui disposerait d'un droit de décision sur les questions stratégiques en lien avec l'organisation de l'offre de soins sur le territoire, avec un souci permanent de transparence et de concertation avec l'ensemble des membres de la chambre. Il est en effet essentiel que les politiques assument leurs responsabilités en matières de pérennité de l'offre de santé sur le territoire et d'aménagement des infrastructures associées, y compris industrielles. Ce rôle est d'autant plus important que ce sont ces mêmes élus qui votent le financement de la Sécurité sociale au Parlement et que les engagements pris au sein de chaque chambre devront être pleinement assumés au sein du Parlement.

Modifier le principe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Pour que les futures Chambres territoriales de santé puissent fonctionner comme nous l'avons imaginé précédemment, il est nécessaire que l'Etat change le mode d'attribution des enveloppes budgétaires : elles sont à un tel point hermétiques qu'elles sont à mille lieux des demandes exprimées localement et freinent dans le même temps l'exercice concerté et collégial de la médecine. Il serait préférable que les enveloppes budgétaires soient régionales, établies toutes activités confondues (y compris soins de suites et psychiatrie) et affectées par les caisses régionales d'assurance maladie aux

Chambres territoriales de santé en fonction des demandes hospitalières exprimées, des règles de répartition de l'offre de santé et des résultats de la mise en œuvre des contrats d'objectifs et de moyens dans les établissements constitutifs des communautés hospitalières de territoire.

Dans un tel mode de fonctionnement, la logique actuelle de financement de l'assurance maladie et le comportement des acteurs qui produisent les prestations de santé seraient inversés. Il ne s'agit plus de définir un projet de loi de financement de la Sécurité sociale et un objectif des dépenses de l'assurance maladie uniquement en fonction d'objectifs de maîtrise comptable et des orientations données par le ministère des Finances, mais bien de partir de l'évaluation des demandes de santé exprimées. Il s'agit donc d'une rupture stratégique et idéologique. L'adéquation de l'offre de santé aux demandes est possible, dès lors que l'on pose la nécessité de revoir les modalités de financement de la protection sociale ¹ en considérant la santé non pas comme une dépense qui doit être réduite, mais comme un capital à optimiser.

Les Chambres territoriales de santé ont ici un rôle essentiel de répartition de l'offre de santé par territoire. C'est donc à elles qu'incombe la responsabilité d'estimer le budget nécessaire suivant les données fournies par les caisses régionales d'assurance maladie, les unions régionales des caisses d'assurance maladie et l'Administration des études, de la recherche et de la prospective. Mais la décision finale appartient au Parlement qui, en fonction des estimations faites, votera le projet de loi de financement et fixera l'ONDAM correspondant.

Il convient de spécifier que les Chambres territoriales de santé ne sauraient être des acheteuses de prestations de santé pour le compte de l'Etat. Elles ne sont que des organes de consultation et de concertation démocratiques entre les différents acteurs du système sanitaires (financeurs, gestionnaires, professionnels de santé, usagers). Les budgets hospitaliers et ceux dédiés à la rémunération des professionnels de santé libéraux sont alloués par les caisses régionales d'assurance maladie aux chambres (qui ne sont, rappelons-le, que de simples intermédiaires entre l'Etat, le Conseil régional et les acteurs que constituent les hôpitaux et les médecins libéraux). Seule la Sécurité sociale doit conserver en effet le droit de conventionnement ou de contractualisation avec les professionnels de santé. Elle seule doit être, à ce titre, responsable de la liquidation des dépenses et de la politique de gestion du risque.

1. Une alternative au financement actuel de la protection sociale serait d'élargir l'assiette des cotisations sociales à la valeur ajoutée. La modulation parallèle du taux de cotisations patronales en fonction du rapport masse salariale sur valeur ajoutée, d'une part, revenus financiers sur valeur ajoutée, d'autre part, fournirait une incitation aux investissements productifs facteurs de croissance économique (Suarez, 2007).

Cette précision est pour nous essentielle, compte tenu du double mouvement d'étatisation et de privatisation induit par la loi Douste-Blazy du 13 août 2004, avec la mise en place de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM). L'idée des politiques d'inspiration libérale est d'étatiser le financement de la protection sociale (fusion de la contribution sociale généralisée – CSG – avec l'impôt sur le revenu ou création d'une TVA sociale), de faire des Agences régionales de santé des acheteuses de soins pour le compte de l'Etat, en concurrence avec les organismes assureurs complémentaires qui, au sein de l'UNOCAM, pourraient elles aussi négocier des prestations pour leurs adhérents respectifs. Il est inutile de revenir sur les dangers d'une telle orientation, notamment en termes d'égalité d'accès de tous à des soins de qualité.

Liberté de choix ou efficacité sociale ?

Le système de santé français met l'accent sur deux principes :

- la liberté de choix des patients et des professionnels de santé ;
- l'égalité géographique, économique, institutionnelle et socioculturelle pour l'accès de tous aux soins, aujourd'hui remise en cause par les attaques successives contre le régime solidaire de la Sécurité sociale et par la sous-densification médicale de certaines zones géographiques, notamment rurales.

Le problème est que le principe de la liberté du choix d'installation est incompatible, s'il n'est pas encadré, avec le principe d'efficacité du système qui consiste notamment à optimiser l'allocation des ressources à la santé sur l'ensemble du territoire. Pour que le système sanitaire devienne plus efficace, il conviendrait de tempérer la liberté des professionnels en leur imposant des règles de bonnes pratiques conformes à la déontologie médicale (rôle normalement dévolu à la Haute autorité de santé, HAS) et en modifiant les conditions d'accès à l'exercice d'une médecine libérale. Il serait par exemple possible d'imposer aux jeunes médecins, à la sortie de l'internat, d'exercer dans une zone géographique en situation de pénurie médicale, pendant une durée déterminée (3 ans par exemple). On pourrait alors logiquement espérer qu'avec le développement des maisons de santé, le renforcement des infrastructures dans lesdites zones et l'usage à bon escient de la télémédecine, une majorité de médecins reste en poste, rétablissant ainsi à moyen terme l'équilibre. En parallèle, la mise en place d'un parcours de soins uniquement centré sur le régime général de la Sécurité sociale, dont le suivi garantit aux assurés sociaux l'absence de « reste à charge » (par une opposabilité du secteur 1 dans le parcours de soins), est à même d'assurer une responsabilisation des usagers et des professionnels, tout en facilitant une politique de gestion du risque dans les caisses d'assurance maladie.

Modifier les règles de notre système de santé

Le système sanitaire fonctionne sur la base de règles stratégiques, susceptibles d'être à l'origine de la dérive des dépenses de santé :

- Tout d'abord, le paiement à l'acte des médecins libéraux. Ce mode de paiement incite les praticiens à accroître le plus possible le nombre d'actes réalisés afin d'avoir un revenu plus élevé. Le refus d'aborder politiquement la remise en cause du paiement à l'acte, et plus largement la dispersion de la rémunération des praticiens selon leur spécialité et secteur d'exercice, poussent non seulement ces derniers à entrer toujours plus avant dans l'engrenage des dépassements d'honoraires, mais favorisent en outre un exercice individuel et non concerté de la médecine ;
- ensuite, la tarification à l'activité a clairement montré ses effets inflationnistes ; en attestent le rapport de l'Inspection des affaires sanitaires et sociales (Bras, 2005) et le scandale des surfacturations pratiquées par les cliniques privées à but lucratif. Une fois encore, étendre une tarification à l'acte aux hôpitaux est une hérésie tant du point de vue de la maîtrise des dépenses que du maintien des structures hospitalières publiques de qualité, ou encore de l'égalité d'accès de tous à des soins pour une sécurité optimale.

Ces deux règles incitent non seulement à l'accroissement du volume de l'activité sans adéquation avec les besoins, mais elles sont en outre sources d'inefficience sociale et freins à l'accès aux soins. En effet, le paiement à l'acte favorise la multiplication des actes aux dépens de leur rationalisation et l'exercice individuel de la médecine. Quant à la T2A, elle incite à sélectionner la clientèle en privilégiant les actes à forte valeur ajoutée technique, refluant les patients qui nécessitent une prise en charge médicosociale, les personnes âgées, les plus démunis... vers les hôpitaux publics. Il conviendrait donc de substituer à ces règles :

- un système de rémunération des médecins libéraux par forfaitisation et non plus à l'acte ;
- un système de budgétisation des établissements qui soit plus fiable, compatible avec des soins de qualité et une égalité d'accès de tous aux soins – rappelons que seul un niveau élevé de prise en charge par le régime général garantit un accès aux soins égal et solidaire pour tous. De la même façon, il est difficile pour l'assurance maladie de mener une politique efficiente de gestion du risque sur des prestations qu'elle ne prend pas, ou peu, en charge. Aussi, le rééquilibrage des prestations remboursables par le régime général est une urgence, si l'on désire qu'il gère de façon plus efficiente le risque (ce qui n'est pas le cas, puisque selon la loi « hôpital, patients, santé, territoires », ce rôle sera probablement dévolu aux futures Agences régionales de santé) ;

- enfin, le remboursement intégral des frais d'hospitalisation incite les patients à se faire soigner à l'hôpital dans l'espoir d'une meilleure prise en charge même si leur pathologie peut être traitée dans le cadre du secteur ambulatoire. Or les soins hospitaliers sont généralement plus coûteux que les autres catégories de soins. Pour résoudre ce problème, il conviendrait d'améliorer la couverture de la prise en charge des soins de base, pour que l'activité médicale se répartisse mieux entre les secteurs hospitalier et ambulatoire. Le système d'assurance maladie français a tendance à couvrir une grande palette de soins mais de façon de plus en plus partielle, voire ridicule pour des prestations telles que l'optique et l'orthodontie. Pour plus d'efficacité, il est tout d'abord essentiel de revoir périodiquement le périmètre des prestations remboursables par la Sécurité sociale, avec un triple objectif : coller aux demandes exprimées, tenir compte du progrès technologique, encourager la productivité des actes et actualiser les prestations en fonction de leurs résultats respectifs sur l'état de santé, la qualité de vie et l'autonomie des populations.

Il faudrait enfin donner plus de transparence à la politique de santé française. Les professionnels hospitaliers ne savent pas avec exactitude « le pourquoi du comment » des réformes qui sont menées et qui les concernent pourtant directement. Pour qu'une politique soit un succès, il faut qu'elle soit soutenue par l'ensemble des acteurs concernés directement ou indirectement, et pour cela, elle doit être comprise et remporter l'adhésion du plus grand nombre.

A ce titre, les Conseils régionaux et les Chambres territoriales de santé devraient impérativement faire participer l'ensemble des personnels hospitaliers à la structuration des pôles d'activités hospitaliers publics et à leur rôle dans les réseaux de santé. Effectivement, le changement le mieux compris par les professionnels est celui auquel ils ont participé et qui correspond étroitement à leurs besoins, leurs valeurs, leur éthique et à leur corps de métier. A ce niveau, il nous semble essentiel de renforcer le rôle des comités techniques d'établissement hospitalier au sein des administrations territoriales hospitalières, ainsi que leurs moyens de fonctionnement.

1.2. Une régulation de l'offre de soins basée sur la proximité et la négociation sociale

La santé est une question d'ordre public. La population tient beaucoup à préserver son système de santé, notamment ses hôpitaux publics. Il semblerait donc normal que les citoyens soient associés aux prises de décision concernant la réorganisation des hôpitaux et qu'ils soient au cœur de ces réformes. Or, le gouvernement prend des mesures sans concertation, notamment pour ce qui est de l'offre de soins.

Redonner un rôle actif aux usagers du système de santé et plus de crédibilité aux institutions sanitaires

Les critiques relatives à la Conférence nationale de santé portent sur le peu de place qui est généralement fait aux usagers du système de santé. On se retrouve dans une situation où, avec le vieillissement de la population, le progrès technique, la hausse des restes à charge, les citoyens sont appelés à contribuer de plus en plus au financement d'un système sanitaire dans lequel aucun rôle actif ne leur est attribué. Ce sont essentiellement l'assurance maladie et les organismes assureurs complémentaires qui paient, avec les cotisations des usagers qu'ils collectent, les dépenses de santé ordonnées par les médecins. Il est nécessaire que les citoyens, représentés par les parlementaires, puissent mieux maîtriser les prestations qu'ils financent par le biais de leurs cotisations sociales, et leur qualité.

Par ailleurs, le gouvernement devrait développer les procédures d'évaluation des établissements de santé et faire de l'accréditation un garant de la qualité et de la sécurité de leur activité. Mais pour qu'une politique soit incitative, elle doit être crédible, ce qui supposerait de revoir le financement du régime de protection sociale (Bras, 2005) et de modifier la logique de financement en partant des demandes exprimées par les usagers, de façon à retrouver une adéquation entre ressources disponibles et dépenses engagées.

Développer une vraie démarche de contractualisation

Le principe de contractualisation actuelle entre l'Agence régionale d'hospitalisation et les hôpitaux est une bonne chose en lui-même, mais son caractère obligatoire et sa mise en œuvre effective posent problème. En effet, par définition, un contrat entre deux entités doit relever d'un acte volontaire de la part des deux parties contractantes. Or, dans le cadre des restructurations hospitalières, les établissements sont dans l'obligation formelle de passer un contrat avec leur Agence régionale d'hospitalisation.

De plus, le contrat d'objectifs et de moyens (COM) est établi pour cinq ans, alors que la politique budgétaire est définie pour un an seulement. Cela implique que les établissements ne sont pas sûrs de disposer chaque année des fonds nécessaires à la réalisation de leurs contrats. La cohérence voudrait que la politique budgétaire soit définie pour la même durée que les contrats d'objectifs et de moyens afin d'en garantir la réalisation en donnant de la visibilité aux établissements. Or le budget d'un hôpital est actuellement défini par rapport à l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie, lui-même fonction de la situation de la Sécurité sociale et des finances publiques (déficit de l'Etat) à l'année « t ». Cette incompatibilité temporelle peut néanmoins se résoudre désormais par la modification en octobre 2004 de la loi organique de financement de la Sécurité sociale.

Cette modification permettrait en effet de définir des postes budgétaires pluriannuels.

Cependant, même si la politique budgétaire peut être aujourd'hui définie sur le moyen terme, les établissements ne sont toujours pas sûrs d'obtenir chaque année les fonds nécessaires à la réalisation de leurs engagements : l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie est toujours défini selon des objectifs de maîtrise comptable des dépenses et l'Agence régionale d'hospitalisation peut ne pas respecter ses engagements sans être l'objet de représailles. Par contre, les établissements hospitaliers voient leur budget amputé s'ils ne respectent pas leur contrat. Nous retrouvons ici la nécessité de doter la Sécurité sociale de ressources propres indépendantes des finances publiques, de façon à ce que l'ONDAM ne soit pas défini systématiquement à la baisse, indépendamment des prévisions faites par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En parallèle, il conviendrait d'établir une réciprocité dans les engagements respectifs des futures Chambres territoriales de santé et des établissements hospitaliers.

Une politique de contractualisation est nécessaire, mais il faudrait qu'elle réponde à des objectifs de santé publique clairement spécifiés, définis démocratiquement, qu'elle soit incitative et non contraignante. Les établissements ne devraient pas être obligés de passer un contrat ; ils devraient y être incités. Pour ce faire, il faudrait qu'ils y voient un avantage. Les autorités sanitaires devraient donc rendre leurs contrats plus lisibles en rapport aux objectifs propres aux professionnels de santé. Ils devraient permettre aux hôpitaux de se fixer des objectifs de santé publique sur le moyen terme. Il serait aussi nécessaire que les contractants soient sur un pied d'égalité. Des pénalités devraient être prévues pour chaque partie qui ne respecterait pas ses engagements. Enfin, les contractants devraient avoir les moyens de respecter leurs engagements. L'Etat devrait mettre en place un contexte stable pour garantir la réalisation des contrats. Il devrait notamment assurer la stabilité et la péréquation des financements des Chambres territoriales de santé et donc des établissements.

Le principe de contractualisation en interne des établissements pourrait être une démarche intéressante, car il peut permettre de responsabiliser tous les acteurs hospitaliers en les regroupant autour d'un projet commun : la réalisation du projet d'établissement. Cette démarche est pourtant entravée par de multiples difficultés : il n'y a pas de fondements juridiques à la contractualisation interne – sans parler de l'absence d'évaluation des résultats de la contractualisation.

Il conviendrait ici de privilégier le rôle des instances représentatives des personnels (comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, comités techniques d'établissement) dans cette contractualisation : comment articuler plus particulièrement la contractualisation et le renforcement du

rôle de ces instances ? Par ailleurs, il conviendrait de réfléchir à un droit très particulier : le droit de refuser de travailler dans certaines circonstances, c'est-à-dire de refuser le contrat si celui-ci n'est pas conforme à certaines règles du droit du travail et de la déontologie médicale, droit qui serait opposable et conduirait à la renégociation du contrat. Il faudrait que le contrat respecte les normes de sécurité et les normes de bonnes pratiques professionnelles, les décrets d'actes, les cadres de déontologie, le statut de la fonction publique hospitalière. A ce propos, le droit d'alerte donné aux comités techniques d'établissement et aux commissions médicales d'établissement par le volet gouvernance d'Hôpital 2007 constitue dans ce sens un progrès, mais il est trop restrictif puisqu'il ne porte que sur le danger de faillite de la structure – et, le droit d'alerte devant être posé par les deux instances, il est rarement applicable.

A ce niveau-là, nous pourrions envisager que l'évaluation de la mise en œuvre des contrats, d'une part, de leur conformité aux règles déontologiques et éthiques de la profession, d'autre part, relève du champ de compétences des directions départementales de l'action sanitaires et sociales.

Les facteurs incitatifs seraient les mêmes qu'au niveau de la contractualisation externe. Le passage d'un contrat en interne doit donner aux personnels hospitaliers de la visibilité et leur permettre de se fixer des objectifs, sur la base de la garantie d'un niveau de financement adapté et répondant à des objectifs de santé publique.

Démocratiser les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)

A l'heure actuelle, l'application des SROS s'impose à l'ensemble des établissements hospitaliers. Or, comme le disait Edgar Faure : « En décrétant le changement, j'ai mis en place l'immobilisme »¹. Il faisait là référence au fait qu'un processus de changement est voué à l'échec dès lors qu'il est imposé. Il faut au préalable susciter l'envie d'évoluer chez le public concerné et le laisser lui-même choisir le chemin du changement sur lequel il souhaite s'engager. La mise en place de la Chambre territoriale de santé comme lieu de concertation de la structuration de l'offre de soins serait ainsi en toute logique le lieu d'élaboration du SROS sur la base des réflexions menées en amont dans les trois administrations.

Par ailleurs, l'ordonnance de 1996 portant sur l'hospitalisation stipule que les services réalisant moins de 300 actes par an doivent disparaître, sous prétexte que la qualité des actes effectués par une structure croît avec le nombre d'actes réalisés annuellement. Dès lors, un établissement dont le volume d'activité reste en deçà d'un certain seuil ne sera pas en mesure de garantir des soins de qualité. Cette ordonnance a conduit, en l'espace de 10 ans, à la quasi disparition des petits hôpitaux assurant des soins de

1. Kourilsky (1999:266-267).

proximité. Pourtant, la survie de ces établissements est essentielle dans l'accès aux soins d'urgence. Nous estimons qu'il serait possible d'organiser leur maintien par un usage étendu de la télémédecine, en les positionnant à la base de pôles d'activité hospitaliers publics, organisés en communautés hospitalières de territoire. Les établissements de proximité pourraient alors constituer le premier niveau de soins. Ils accompliraient des soins primaires et orienteraient les patients vers des niveaux supérieurs, en fonction de leur état de santé. Les soins primaires étant des soins non complexes, ils ne nécessitent pas une grande pratique pour être réalisés correctement. En parallèle, l'usage de la visioconférence, de la téléradiologie et des téléconsultations permettrait de développer des activités qui sont à l'abandon actuellement, ou par défaut, de sécurisation des personnels exerçant dans les petits services d'urgence.

Enfin, il conviendrait de rajouter dans les SROS des objectifs de formation continue et d'évaluation des règles de bonnes pratiques médicales, définis par les Chambres territoriales de santé sur la base des recommandations de la Haute autorité de santé. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire devraient aussi avoir pour rôle d'encourager l'innovation technologique et organisationnelle dans les hôpitaux, d'une part, de favoriser l'innovation dans le tissu industriel territorial en amont, d'autre part. Pour cette raison, il est essentiel de veiller à l'adéquation entre la politique de santé publique, les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les plans d'urbanisation et d'industrialisation des territoires.

II. Quelle structuration de l'activité hospitalière ?

Le principe des pôles d'activités hospitaliers pourrait représenter une avancée pour l'organisation hospitalière dans la mesure où il rompt avec la logique de clivage des activités hospitalières par spécialité médicale.

II.1. Les pôles d'activités

Tout dépend de l'orientation stratégique qui va piloter ces organisations :

- Une stratégie étatiste de déconcentration de la tutelle, avec création des agences régionales de santé et mise en place d'un bouclier sanitaire qui marquerait la prise en charge par l'Etat (avec ou sans la Sécurité sociale) des risques lourds (notamment les affections longue durée), d'une part, la privatisation du système avec la montée en charge des organismes assureurs complémentaires sur les petits risques (en commençant par l'optique et le dentaire) sur le modèle des *Health Management Organizations* américains, d'autre part ;
- une stratégie de santé publique vraiment décentralisatrice, à l'instar de la psychiatrie de secteur, impliquant des regroupements interdisciplinaires,

des coopérations horizontales socialement fécondes, scientifiquement cohérentes, fondées sur des réseaux de santé publique, avec au centre les communautés hospitalières de territoire. Le tout serait régulé par la Chambre territoriale de santé et financé par l'UNCAM gestionnaire du risque, en collaboration avec l'UNOCAM.

Les pôles d'activités dans le plan Hôpital 2007

Le pôle d'activités se veut par principe une instance stratégique d'élaboration et de dispensation de prises en charge hospitalières cohérentes, répondant à une exigence de qualité et de résultat. Il doit permettre la traduction opérationnelle des orientations stratégiques de l'établissement (formalisées dans le projet d'établissement défini par la commission médicale de l'établissement en collaboration avec le comité technique) en clarifiant les rôles et les responsabilités des acteurs.

L'intérêt des pôles est triple :

- Les pôles présentent un nouveau mode d'organisation du secteur hospitalier qui casse la logique de caste de spécialité, favorise la concertation interdisciplinaire et constitue un pas en avant vers l'extra-hospitalier ;
- ils aident à établir un maillage (avec ou sans l'usage de la télémédecine) entre grands CHU et hôpitaux locaux, d'une part, entre la médecine ambulatoire et le médico-social, d'autre part. Ils peuvent ainsi constituer un tremplin vers les réseaux de santé publique ;
- ils représentent l'opportunité de rétablir un fonctionnement véritablement démocratique au sein de l'hôpital par un renforcement des rôles respectifs et de la concertation entre le Comité technique d'établissement (CTE) et la Commission médicale d'établissement (CME) et par le centrage des décisions sur le conseil d'administration à qui il conviendrait de redonner une autonomie pleine et entière.

Cependant, le plan Hôpital 2007, de même que le rapport Larcher, sont loin de s'inscrire dans de telles perspectives, et ce pour plusieurs raisons.

La loi a laissé une large marge de manœuvre quant au schéma d'organisation des pôles. Aucune directive n'a été fournie. Pourtant, des critères objectifs et rationnels de structuration existent. Un pôle pourrait effectivement se structurer selon une logique de regroupement géographique, de filière de soins (cours séjours, soins de suites et de réadaptation orthopédique...), d'organes (cœur-poumon, tête et cou...), de pathologie (cancérologie, pneumologie...), de population (gériatrie, psychiatrie...), une logique de prestation (biologie...), une logique de discipline (médecine...) etc. L'absence de directives précises du ministère de la Santé a par conséquent ouvert la porte à une multiplicité de logiques d'usage, dont la logique capitaliste des *Health management organisations* à l'américaine. Il convient donc d'être extrêmement clair sur les objectifs que l'on veut fixer aux pôles.

Par ailleurs, la logique des restructurations hospitalières en pôles d'activités est d'être la traduction structurelle du projet d'établissement et, plus largement à l'échelle du territoire, du schéma régional d'organisation sanitaire. Les pouvoirs publics espèrent ainsi, du moins au niveau des déclarations d'intention, une meilleure cohérence entre les objectifs mis en œuvre par l'ensemble des établissements de la Région et une responsabilisation des acteurs concernés par cette mise en œuvre, regroupés en pôles.

La structuration par pôles d'activités suppose une modification en profondeur de l'organisation des établissements, d'une part, de la gestion des ressources humaines, d'autre part.

Notons tout d'abord la modification de la composition et des missions du conseil d'administration et l'instauration d'un comité exécutif. Les réformes envisagées s'inspirent de la gouvernance des entreprises. Il faut donc être extrêmement vigilant sur la nature de ces réformes. Elles prennent acte, en effet, de la séparation entre gestion effective et contrôle prévue dans la loi du 24 juillet 1967 et étendue par les dispositifs européens des nouvelles réglementations économiques (dispositifs NRE). Les entreprises sont alors dotées d'un directoire chargé du management opérationnel et d'un conseil de surveillance qui s'assure que la politique conduite par le directoire est conforme aux intérêts des actionnaires (ou plus généralement, à ceux de l'entreprise). Dans cet esprit, il est proposé qu'un comité exécutif soit chargé d'élaborer et de mettre en œuvre la stratégie de l'établissement, dans le cadre du projet d'établissement. Le comité exécutif, composé à part égale de membres de l'appareil administratif et de la commission médicale d'établissement, s'appuie sur le binôme du directeur de l'établissement et du président de la commission médicale d'établissement. Pour les centres hospitaliers universitaires, il inclut également le doyen de la faculté. On remarquera l'absence d'une représentation des personnels soignants dont le poids est pourtant le plus important en termes de volume de soins réalisés, de nombre de salariés, de frais engagés.

Le conseil d'administration n'a plus alors pour mission que de valider le travail du comité exécutif, principalement les choix stratégiques, organisationnels et financiers. Le conseil d'administration peut être composé d'élus, de professionnels et de membres de la société civile, la présidence ne devant pas nécessairement incomber à un élu local.

Les auteurs du plan Hôpital 2007 proposent également de relancer la concertation entre la commission médicale d'établissement, le comité technique d'établissement et le comité de la qualité, de la gestion des risques et des conditions de travail. Ces instances sont dotées d'un droit d'alerte en cas de risques financiers encourus par l'établissement. Le rapport Larcher mène à son terme ce dispositif de refonte de la gouvernance hospitalière en transformant le conseil d'administration en conseil de surveillance et en

nommant un directoire, selon un modèle identique à celui de l'industrie des banques et des assurances.

Ensuite, l'individualisation et la responsabilisation sont les maîtres mots de la politique des ressources humaines que défend le ministère de la Santé. S'agissant des praticiens, il est prévu que le recrutement statutaire puisse être complété par un recrutement par contrat, particulièrement pour les spécialités sinistrées : les modalités de rémunération et d'intéressement devraient s'affranchir de la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière et de la progression à l'ancienneté. Concernant les personnels de direction, le recrutement serait également modifié sur la base de la contractualisation. La loi sur la gouvernance instaure un mandatement de quatre ans proposé aux directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires (ce qui est assez contradictoire dès lors que les projets d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens qui lient les Agences régionales d'hospitalisation et les hôpitaux courent sur cinq ans) sur la base d'un contrat signé par le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation et le président du conseil d'administration. Pour les autres directeurs d'établissements publics, les mêmes procédures sont proposées, mais la nomination peut être le fait du seul directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation. Le rapport Larcher sur la modernisation des statuts de l'hôpital public prend acte de la fin du monopole de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) et prône l'élargissement du recrutement à des « managers ». S'agissant des personnels infirmiers, il propose des évolutions de carrières, la mobilité au sein des équipes et la formation continue afin d'évoluer vers l'encadrement ou l'expertise, d'une part, d'opérer un partage des compétences en fonction des besoins à mobiliser dans chaque pôle, d'autre part.

Actuellement, nous sommes dans une logique similaire à celle des « parcours de soins », instaurée par la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Les réformes en cours se fondent sur de bons principes, mais les décrets, circulaires, conventions rendent leur mise en œuvre soit complètement inefficace, soit les subvertissent totalement. Là encore, la stratégie libérale du gouvernement est à la base de dysfonctionnements profonds de l'organisation des soins. Le souci de préserver le corps médical hospitalier, en l'incitant à jouer le jeu par des biais multiples (intéressement aux résultats, précarisation des statuts, pouvoir stratégique, responsabilités en termes de management...) prend ici le pas sur le nécessaire décloisonnement du milieu hospitalier. Une fois de plus, le rapport Larcher accentue cette tendance.

Deux ans après la mise en place des pôles expérimentaux, il s'avère effectivement que la mise en place des pôles est biaisée par le flou entretenu par la loi, les décrets et circulaires associées. Tout d'abord, la direction des hôpitaux n'a donné aucune information sur la structuration organisationnelle des pôles d'activités, laissant à chaque établissement le soin de

structurer ses pôles comme il le désire, aux dépens parfois de toute logique de cohérence géographique ou d'activités, cohérence pourtant nécessaire à la recherche rationnelle d'économies d'échelle. Aussi, dans les faits, les pôles d'activité se construisent de façon extrêmement hétérogène, ce qui risque de nuire considérablement à la lisibilité de l'organisation hospitalière par les organismes de tutelle, de gestion et par les usagers. Cela risque également de compromettre à terme l'égalité d'accès aux soins des populations, dès lors que la structuration n'est pas faite en fonction des besoins.

Si certains établissements construisent leurs pôles sur une logique géographique de filière de soins, de regroupement d'organes ou d'activités connexes, nombre d'entre eux se structurent suivant des logiques de copinage¹. Une fois encore la tentative d'introduire une rationalité substantielle² dans la sphère hospitalière se heurte à la prédominance d'un fonctionnement selon une rationalité procédurale³, s'appuyant sur un réseau de relations informelles bâti sur une confiance mutuelle – confiance qui peut se transformer en connivence (Reynaud, 1997).

Cette structuration ne poserait pas de problème si ces relations informelles se doublaient d'une logique de regroupement des spécialités dans un objectif de coopération scientifique et de meilleure réponse aux besoins sanitaires, mais ce n'est pas le cas. Pire, la loi sur la gouvernance obligeait les directions générales hospitalières à nommer leurs chefs de pôle au 31 décembre 2006, sachant qu'elle prévoyait en parallèle la parution en décembre 2007 de la liste des chefs de pôle en fonction de leurs aptitudes. Là aussi, il s'agit d'un processus de détournement intrinsèque des principes affichés du pôle d'activités (sélection et regroupements en fonction des compétences). La liste d'aptitudes paraissant en effet après la nomination effective des chefs de pôle, elle ne fait qu'avaliser l'existant ; l'existant n'est donc pas fonction des dites aptitudes (puisqu'elles ne sont pas encore définies), mais bien des arrangements faits entre chaque chef de pôle pour sa nomination et sa direction générale.

Ensuite, dans les faits, la délégation de pouvoir du conseil exécutif envers chaque chef de pôle est très étendue, et donc disparate. Ainsi, la loi stipule que les chefs de pôle disposent d'un droit d'ordonnancement des dépenses budgétaires de groupe 2 (médicaments, matériel médical, produits de soins divers...). Nous estimons que cette mesure est peut-être

1. Propos recueillis auprès de S. Billon, *Health consultant economist*, spécialisé dans les questions hospitalières, Artemis consulting groups.

2. La rationalité substantielle renvoie à la capacité de l'individu à faire des choix optimaux en référence à de simples arbitrages prix/quantités fournis automatiquement et sans délais par le marché (information parfaite et capacités cognitives illimitées), afin de maximiser son utilité individuelle.

3. La rationalité procédurale décrite par H.A. Simon est une rationalité centrée sur les processus de choix de l'individu, en tenant compte des limites de ses capacités cognitives et de la subjectivité de ses choix en lien avec son expérience professionnelle, son vécu personnel et ses relations socioéconomiques et organisationnelles.

source d'une meilleure efficacité dans l'achat des produits hospitaliers, notamment concernant le médicament.

Dans la pratique, deux extrêmes s'observent, tous deux hors du cadre de la loi. Premier cas, la délégation totale de compétences dans les pôles de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, où la directrice a confié aux chefs de pôle l'ordonnancement de dépenses du groupe 1 (personnels hospitaliers et médicaux). Deuxième cas, dans certains centres hospitaliers universitaires de province, il est nécessaire d'obtenir l'aval du directeur général pour l'ordonnancement de toute dépense, la délégation de gestion aux chefs de pôle étant factice. Dans les deux cas, il appartient au législateur de remettre les établissements dans l'esprit de la loi. À défaut, dans le premier cas, la réforme risque de générer des inégalités extrêmes entre les établissements concernant les compétences et qualifications des professionnels de santé, alors que dans le second, les effets attendus en termes de rationalisation des prescriptions hospitalières risquent d'être limités.

Enfin, la loi est porteuse, du moins au niveau des principes, d'un certain rééquilibrage des pouvoirs et donc d'une meilleure coopération entre l'administration hospitalière et le corps médical. La loi prévoit effectivement une coopération accrue entre le comité technique d'établissement (instance représentative des personnels soignants et techniques) et la commission médicale d'établissement (instance stratégique du corps médical). Cependant, dans la réalité et avec le recul, on ne peut que s'interroger sur la faisabilité de ce rapprochement. Dans un premier temps, il existe un clivage culturel important entre soignants et médecins, entretenu largement par le corps médical et encouragé par l'administration et les organismes de tutelle. Pour qu'un rapprochement réel et constructif des deux instances se produise, il faudrait que les médecins reconnaissent les personnels soignants et techniciens comme des interlocuteurs à part entière et tentent d'amorcer un dialogue pour l'heure inexistant. Dans un second temps, renforcer les prérogatives du comité technique d'établissement suppose de revoir les droits de ses membres à la hausse (que ce soit en termes d'heures de délégation, de formation, de moyens techniques mis à leur disposition). En l'état, ce rapprochement n'est qu'un vœu pieux. La loi est en parallèle porteuse d'un rééquilibrage des pouvoirs administratif et médical, par le biais d'une représentation égalitaire des deux corps de métiers à l'intérieur des comités exécutifs. Cependant, en cas de désaccords des deux corps, le directeur administratif est le seul habilité à trancher. Si l'on ajoute à cette prédominance de l'avis administratif l'importance de la politique d'intéressement et la pratique de nomination des chefs de pôle, la loi s'apparente davantage à une tentative larvée de phagocytage du corps médical qu'à un renforcement de son pouvoir par rapport au corps administratif.

Propositions alternatives

Selon nous, le principe de pôles d'activités hospitaliers serait à prendre en compte dans la mesure où il peut présenter l'avantage de casser la logique actuelle de division entre services hospitaliers, source de non efficacité et d'irrégularité dans la prise en charge globale du patient. L'organisation en services alimente en effet, notamment dans les gros centres hospitaliers universitaires, le pouvoir excessif des chefs de service et constitue un frein à un exercice plus collégial et concerté de la médecine. L'organisation en pôles pourrait remettre en cause ce pouvoir mandarin, mais en fait tout dépend de l'orientation stratégique que les pouvoirs publics voudraient lui donner et de l'usage qui en serait fait par les différents acteurs hospitaliers, comme nous allons le voir.

Nous pourrions envisager des pôles d'activités structurés en communautés hospitalières de territoire, selon une logique de prestations homogènes, en concordance avec les demandes exprimées par les populations (ce qui n'entre pas dans la même logique des communautés proposées par le rapport Larcher). En aucun cas le regroupement de services ou de structures ne pourrait se faire sur la base d'objectifs financiers d'économie de moyens, ce qui a été généralement la pratique des Agences régionales d'hospitalisation depuis leur création. Pour être clair, l'équation de mise en place des pôles et des communautés hospitalières de territoire ne devrait plus être $1 + 1 < 2$.

Dans le même ordre d'idées, les pôles ne devraient pas regrouper des entités de natures juridiques différentes. Il conviendrait ici de rompre avec le développement de pôles associant le public avec le privé à but lucratif, à l'œuvre depuis la réforme Juppé de 1996, renforcé avec le plan Hôpital 2007 et le rapport Larcher. Cette intrusion latente du privé lucratif à l'intérieur de l'hôpital public constitue une grave atteinte à l'égalité d'accès aux soins pour tous, par la généralisation des dépassements d'honoraires sans tact ni mesure, notamment de la part des chirurgiens et des anesthésistes. Elle induit, en outre, une remise en cause du statut de la fonction publique hospitalière, les personnels des cliniques privées étant en moyenne moins bien rémunérés et surtout bien moins qualifiés que leurs homologues exerçant dans le public¹. C'est pourquoi nous rappelons à ce propos que nous serions favorables à une séparation stricte des financements et des modalités d'exercice des structures publiques et privées. Ainsi un pôle d'activités serait soit public, soit privé (ce qui est aussi valable pour les communautés hospitalières de territoire). Le premier serait financé par la Sécurité sociale, selon les modalités définies dans notre troisième paragraphe ; le second le serait sur la base de fonds exclusivement privés (notamment les organismes

1. Note de la Fédération hospitalière de France, « La convergence biaisée des tarifs entre hôpitaux publics et privés » (2008).

assureurs complémentaires). L'Etat devrait alors être particulièrement vigilant quant à la couverture de chaque territoire en communautés hospitalières de territoire publiques, en fonction de la demande exprimée des populations. Actuellement, la montée en charge du privé lucratif est telle que certaines régions se retrouvent dépourvues de structures hospitalières publiques, notamment en chirurgie et en obstétrique. Cette absence nuit considérablement à l'accès aux soins des populations les plus démunies. Elle est inacceptable.

L'organisation du parcours des patients pourrait bénéficier d'une meilleure intégration des structures qui permettent que les professionnels aillent vers eux et non le contraire. Certaines prestations se prêtent particulièrement à une organisation en pôle. C'est le cas de la chirurgie : une structure en pôle entre les hôpitaux de proximité et le centre hospitalier universitaire, sous la forme d'une communauté hospitalière de territoire, pourrait permettre d'organiser une prise en charge chirurgicale qui allierait proximité et qualité. Les interventions simples, effectuées notamment en ambulatoire, pourraient être réalisées dans les hôpitaux de proximité et, pour les plus lourdes, les patients seraient transférés sur les structures de niveau supérieur. Cela serait d'autant plus réalisable par l'usage de la télé-médecine qui, comme nous le verrons plus avant, peut permettre à des structures de proximité très isolées de rentabiliser les actes diagnostics et chirurgicaux simples et de renforcer leurs activités grâce aux téléconsultations et à la téléradiologie (la « Grande Garde » de neurochirurgie de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris en Ile-de-France en est un bon exemple ¹). Cela impliquerait bien sûr davantage de mobilité des professionnels de santé, les chirurgiens en particulier devant se déplacer et exercer sur les différentes structures du pôle ou de la communauté hospitalière. Il pourrait être envisagé, suivant la structuration des demandes hospitalières, des pôles départementaux dans certaines zones. La même réflexion vaudrait pour les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et les services médicaux d'urgence régionaux (SMUR).

Sur cette base, avant d'envisager le regroupement administratif d'établissements en pôles d'activités hospitaliers, il serait nécessaire de sortir des pôles version Hôpital 2007 pour envisager des pôles inter-établissements régionaux, voire départementaux sous la forme de communautés hospitalières, permettant une mutualisation positive et solidaire des moyens.

1. La « Grande Garde » de neurochirurgie de l'AP-HP, créée en 1991, regroupe aujourd'hui une vingtaine d'établissement d'Ile-de-France. Elle permet, *via* la visiophonie, une mise en relation entre les grands spécialistes en neurochirurgie de deux CHU parisiens et les urgentistes des hôpitaux locaux avoisinants. Les spécialistes téléconsultés établissent un diagnostic à distance des patients reçus en urgence dans les hôpitaux locaux. La Grande Garde permet non seulement de désengorger les urgences des grands CHU parisiens, mais d'accroître l'activité des hôpitaux locaux et d'assurer par conséquent la continuité de leur service d'urgence dans de bonnes conditions de sécurité pour les patients, qui étaient auparavant systématiquement dirigés vers les CHU parisiens.

Concernant le système d'intéressement instauré par Hôpital 2007, il ne sert que la maîtrise comptable des dépenses hospitalières et risque d'avoir des effets dramatiques en termes de sélection de la clientèle, d'entrave au libre accès aux soins et de baisse de la qualité des soins. Les professionnels de santé devraient être rémunérés suivant leurs compétences, leur charge de travail et leur implication dans la coordination des soins. On pourrait imaginer un système de contrôle qui vérifierait l'effectivité¹ des contrats d'objectifs et de moyens des différents établissements. Ceux qui auraient une effectivité basse pourraient faire l'objet d'un audit par la Haute autorité de santé, de façon à identifier les dysfonctionnements et à suggérer aux conseils d'administration concernés les modifications à apporter pour y remédier.

Les conseils d'administration devraient garder également l'entier contrôle des établissements et continuer à être présidés par un élu politique. La mise en place d'un conseil de surveillance ne se justifie pas dans une structure non lucrative, ayant des missions d'intérêt général. Par contre, les rôles respectifs de la commission médicale d'établissement et du centre technique d'établissement devraient être réaffirmés et rééquilibrés. Ce rééquilibrage demanderait cependant du temps, compte tenu du (trop fréquent) clivage culturel qui existe aujourd'hui entre le corps médical et le corps soignant.

II.2. Filières et réseaux de soins

De l'ordonnance Juppé de 1996 à tous les responsables des politiques de santé, il est de bon ton encore aujourd'hui de se référer aux réseaux.

Un nouveau mode de structuration et de régulation de l'offre de soins

Le problème posé par l'alternative réseau est tout d'abord qu'il juxtapose une analyse organisationnelle non marchande des réseaux informels (relations de dons/contre-dons opposées aux échanges marchands) et une analyse tout à fait conformiste et néo-classique des indicateurs d'évaluation des coûts et des performances des différents acteurs du soin (encadré 1). C'est notamment le cas pour le PMSI qui est justifié par les économistes conventionnalistes, dans ses principes, comme l'outil incontournable de toute évaluation de l'activité hospitalière, sans que la critique de son fondement marchand et mécaniste ne soit effectuée. Plus exactement, les éloges dithyrambiques (le PMSI serait « une des inventions majeures de la régulation du système hospitalier français ») coexistent sans recul scientifique visible, avec des critiques en sens inverse : « Hormis dans le but d'aboutir à une politique incitative dure, on ne comprend pas très bien pourquoi

1. Effectivité : optimisation des résultats par rapport aux moyens engagés, au regard des objectifs à atteindre.

l'échelle des coûts s'applique de manière identique à tous les établissements (...) Le coût moyen d'un groupe homogène de malades cache donc une hétérogénéité intrinsèque (...) l'utilisation mécaniste des données pourrait conduire à des conclusions erronées sur la plus ou moins grande efficacité des établissements et donc à des incitations inconsidérées » (Mathy, 2000:194 et 227). Bien entendu, ces critiques peuvent être reprises pour la T2A, qui marque le passage du coût médian au tarif moyen.

Cependant, si vraiment l'hôpital est une firme multi-produits, dont la structure d'activité diffère d'un établissement à l'autre, pourquoi persister à justifier le PMSI et l'échelle de pondération des points ISA, c'est-à-dire une échelle de pondération des groupes homogènes de malades moyenne qui gomme l'hétérogénéité des coûts dans chaque groupe homogène de malades ? Ensuite, la plupart des critiques portent essentiellement sur les modalités d'application et supposent implicitement qu'un simple perfectionnement de l'outil suffirait. En adoptant cette logique de la verrue, on se place cependant dans une tactique relevant d'une rationalité procédurale, en oubliant que le PMSI, à la fois élément incitatif financier et outil de rationnement, est guidé par une rationalité substantielle visant l'optimisation de la productivité des établissements. Enfin, les relations entre l'Agence régionale d'hospitalisation dispensatrice des fonds alloués et les établissements hospitaliers sont contractuelles (encore plus lorsqu'un contrat

Encadré 1

Dans le cadre du courant de l'économie « conventionnaliste » et « évolutionniste » (Ralet, 1993 ; Gadret, 1992:50-80) et de la sociologie relativiste des réseaux (Callon, 1981:381-399), plusieurs économistes de la santé (Béjean, 1992 ; Fargeon, 1995 ; Suarez, 1999...) ont développé une perspective qu'ils présentent explicitement comme une alternative à la logique néo-classique d'allocation des ressources. Il s'agit notamment d'opposer le concept non marchand de réseau au concept néo-classique de contrat libre échangiste. Le réseau comme forme spécifique d'organisation s'opposerait à la fois au contrat marchand et à la hiérarchie de l'organisation centralisée (c'est le cas de l'organisation hospitalière actuelle marquée par de fortes relations de pouvoir). En prenant l'exemple des réseaux ville-hôpital mis en place pour lutter contre le SIDA ou pour s'occuper des personnes âgées, on pourrait voir dans ceux-ci le moyen de mettre en place une coordination informelle dont le principe déterminant serait la relation de confiance mutuelle entre individus (Callon, 1981 ; Suarez, 1999), des coordinations entre partenaires complémentaires (co-utilisation d'équipements médicaux lourds, de plateaux techniques, conduite de recherches fondamentales longues et coûteuses), une volonté commune de réduire l'incertitude (cas de maladies très complexes tel le SIDA) ainsi que la circulation d'informations et de connaissances entre l'ensemble des professionnels de la santé et du social, en ville comme à l'hôpital.

d'objectifs et de moyens est signé) et ne relèvent pas de la confiance qui est à la base du don/contre don.

Nous retrouvons les mêmes contradictions dans les descriptions faites par ces économistes des différents types de réseaux de soins. Les réseaux pilotés par des entreprises ou des organismes assureurs complémentaires (tels que Groupama ou encore le projet de parcours de santé mutualiste de la Fédération nationale de la mutualité française, FNMF) sont ainsi mis sur le même plan que les réseaux SIDA ville/hôpital ou les secteurs psychiatriques, ou que les conventions de coopération public/privé pour un usage commun des plateaux techniques, sans que l'on cherche à savoir à qui bénéficient ces réseaux, et qui en assure le financement majoritaire (parts des fonds publics/privés). Il est bien évident que la réponse à ces questions modifie considérablement les principes de fonctionnement de ces réseaux en termes de solidarité, d'égalité d'accès aux soins et d'universalité des droits.

Les *Health Management Organisations* américaines, qui servent de modèle de référence aux organismes assureurs complémentaires français (notamment la Mutualité française, mais aussi certaines institutions de prévoyance telle que Médéric) ont connu elles aussi une profonde mutation avant de devenir l'organisation privilégiée des assureurs privés. L'intervention des assureurs privés dans ces réseaux pose question, dans la mesure où les organismes assureurs complémentaires ont des normes de rentabilité et de solvabilité croissantes à satisfaire ¹, qui passent justement par la sélection des risques (à savoir la distinction entre malades à risques faibles et élevés, entre patients jeunes et âgés, entre populations aisées et démunies... exactement comme pour l'assurance automobile). La même stratégie de sélection prévaut en cas de succession d'événements qui augmentent les risques et mettent en péril les profits attendus (maladies chroniques graves). Il y a donc réseaux et réseaux, selon les normes gestionnaires et les règles de fonctionnement qui les pilotent. Ainsi, les *Health Management Organisations* américaines sont des réseaux de soins privés assurantiels pilotés par des critères de rentabilité et de solvabilité croissants, et non des réseaux de santé publique. Ces derniers, financés par la solidarité nationale ou les cotisations sociales suivant le modèle de protection sociale, représentant l'exercice concerté et coordonné de la médecine par un ensemble structuré de professionnels (hiérarchisé en filière ou non) en vue d'assurer une meilleure prise en charge du patient.

Cette distinction est essentielle, car la conception libérale du réseau (qui est porteuse d'une conception de la filière centrée non pas sur la santé

1. D'ici 2012, les organismes assureurs, toutes familles confondues, devront répondre aux exigences de Solvency 2, qui oblige (entre autre), les organismes assureurs à constituer des provisions limitant le risque de faillite à 5 %.

publique, mais sur le soin et pilotée par des critères de sélection du risque et donc de la clientèle) repose sur les deux piliers de l'économie néo-classique que sont le libre choix individuel des acheteurs et la libre concurrence des offreurs de soins. Or, dans la santé, ces deux piliers sont un leurre. Tout d'abord, « la souveraineté du consommateur est limitée » (Benamouzig, 2005). Le patient n'a pas les informations nécessaires pour évaluer *a priori* la qualité du service qui lui est offert. Nous avons vu ainsi que, dans le cas de la sectorisation psychiatrique, le choix de la filière publique de soins permet de prendre en charge tous les malades mentaux. Comme le dit B. Odier, « c'est parce que la solidarité avec les malades mentaux ne peut être laissée au bon vouloir et au libre arbitre de chacun que l'assistance psychiatrique doit être "gouvernée d'en haut" » (Odier, 2001), c'est à dire par l'Etat garant de l'accès de tous aux soins.

Ensuite, la mise en concurrence des structures de soins est fictive, compte tenu de l'extrême personnalisation de la demande de soins, de la fragmentation de la médecine ambulatoire et du caractère oligopolistique de l'offre des hôpitaux et des cliniques (surtout dans certaines régions). Comme l'indique J. de Kervasdoué lui-même, pourtant peu susceptible d'être taxé d'étatisme antilibéral, « tout système d'assurance privée exclut du marché une partie de la population » (de Kervasdoué, 1999) – en gros, les personnes non solvables ou comportant trop de risques de maladies. Avant de couvrir une personne, l'assureur privé va réclamer toute une série d'informations qu'il considère comme prédictives (héritage génétique, déficiences géniques, antécédents familiaux, conduites addictives, milieu professionnel...). Quant aux *Health Management Organisations* américaines, J. de Kervasdoué rappelle l'inégal traitement des patients dans ces réseaux assurantiels : « Les meilleurs d'entre eux traitent 93 % de leurs maladies cardio-vasculaires avec des bêta-bloquants, les plus mauvais n'en traitent que 10 % ». Où est alors l'égalité de traitement et d'accès aux soins ?

La question de fond est de savoir si l'on peut accepter, en restant dans une logique de service public, l'assimilation d'un service public comme l'hôpital à une firme multi-produits. L'hôpital reste dans toutes ces théories économiques d'obédience néo-classique, une « coalition de groupes d'individus », alors qu'il est une institution légitime, de par la loi qui l'a instaurée, et donc distincte, par ses principes fondateurs, d'organisations privées sans mission de service public.

L'individualisme méthodologique domine donc ces divers courants et leurs problématiques. Le réseau est certes parfois distingué d'une simple collection d'individus pour être défini positivement comme « une structure, une entité possédant sa propre cohérence à travers sa conduite collective » (Mathy, 2000:189-190). Mais cette approche des coopérations inter-hospitalières continue à occulter les contradictions sociales qui sont à la base des

enjeux de toute politique de la santé : les inégalités sociales dans l'accès aux soins, les conflits catégoriels interprofessionnels, les conflits entre structures publiques et privées, les contradictions entre logique de la rentabilité (qui innerve des outils comme le PMSI dans l'évaluation comparée de la productivité hospitalière) et logique d'évaluation des besoins collectifs en matière de santé publique.

Elle occulte aussi la dimension proprement politique de ces réseaux confrontés soit à une privatisation de la coopération (de type *Health Management Organisations*), soit à une coopération entre réseaux locaux et institutions « laïques ». Dans cette seconde optique, pourraient être impliqués : les collectivités locales (avec leurs instances de représentation et de débats publics), les représentants de l'Etat central (Agence régionale d'hospitalisation, Caisse régionale d'assurance maladie, direction régionale des affaires sanitaires et sociales...), les organisations syndicales... Reste alors à poser le problème de la régulation démocratique de ces réseaux, de l'articulation entre démocratie directe, participative et démocratie représentative, si l'on veut donner un sens à l'opposition entre des réseaux publics autogérés qu'il convient de structurer et d'objectiver davantage d'une part, et des organisations privées sélectives dont les principes de fonctionnement libéraux vont à l'encontre de toute solidarité nationale d'autre part.

Filières et réseaux de santé publique versus filières et réseaux de soins assurantiels : deux conceptions de la santé radicalement opposées

Notre conception des filières et réseaux viserait un usage concerté de la médecine pour une prise en charge globale de la personne, tout au long du processus de prise en charge (prévention – ambulatoire – hospitalier – médico-social). Il s'agirait de rendre plus aisés les flux entre médecine de ville et hôpital, en faisant de ce dernier l'élément pivot de l'organisation des soins. Les filières et réseaux de santé publique (une filière de santé publique où la prévention joue un rôle moteur) engloberaient aussi bien le préventif que le curatif et le palliatif, ainsi que les soins de suites et de réadaptation. Ils suivraient le patient jusqu'à sa guérison complète. L'exemple de la sectorisation psychiatrique en constituerait le modèle.

Il convient cependant de bien distinguer filières et réseaux de santé publique d'une part et filières et réseaux de soins assurantiels d'autre part, dès lors que les réformes en cours tendent à privilégier des filières de soins qui sont par nature sélectives et source d'inégalités. Par exemple, la mise en œuvre progressive d'un « parcours de santé mutualiste » proposée par la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) s'inscrit dans cette seconde catégorie, même si la mutualité n'a pas été en mesure à cette date de le mettre en place. Ce dernier devait initialement être proposé aux adhérents mutualistes et leur permettre de bénéficier de meilleurs niveaux de

remboursement dès lors qu'ils se seraient inscrits dans ce parcours, d'être mieux informés et orientés, voire de bénéficier d'un plan de soins formalisé en cas de pathologie chronique. La FNMF stipulait que les niveaux de remboursement seraient fonction des tarifs qu'elle négocierait avec les professionnels de santé. Cette négociation donnerait lieu à une charte commune portant sur les tarifs, la qualité des prestations et l'accès aux soins. Cela était rendu possible par la loi du 13 août 2004 qui instaurait l'UNOCAM avec les missions que l'on connaît, dont celle de négociation.

Une fois finalisée, cette filière de soins mutualiste (donc assurantielle) viendrait concurrencer la filière de soins (le parcours de soins) de l'assurance maladie. En ce sens, loin de participer à une meilleure structuration du système de santé et de pallier l'inefficience du parcours de soins existant, elle risquerait de favoriser l'émergence d'un système sanitaire à multiples vitesses. Certes, les organismes assureurs complémentaires disposent déjà de réseaux de professionnels de santé, notamment en optique et orthodontie. Ils proposent ainsi à leurs adhérents une liste de professionnels chez qui ils auront la garantie de prestations ayant un bon rapport qualité/prix. Cependant, le fait d'aller voir ces professionnels ou d'aller en consulter d'autres ne modifie en rien le niveau de prise en charge. Le développement de tels réseaux qui permettent aux usagers et à l'assurance maladie une meilleure maîtrise du rapport qualité/prix des prestations est même à encourager à l'avenir. Cependant, la proposition de la Mutualité française dépassait largement celle de ces réseaux informels. Il s'agissait ici d'orienter les usagers adhérents dans une filière de soins composée à terme par les professionnels de santé et les structures qui auraient négocié avec la Mutualité. Bien entendu, suite à l'effet d'annonce de la Mutualité, les autres organismes assureurs cherchent aujourd'hui eux aussi à développer leurs propres filières de soins, du fait même de la concurrence (cas par exemple de Médéric ou d'Axa).

Selon nous, l'émergence progressive de filières de soins assurantiels risque de générer une segmentation sans précédent du système sanitaire français. Progressivement, les adhérents des organismes assureurs ayant leurs filières seront orientés dans des parcours de soins spécifiques, sans lien direct les uns avec les autres et en déconnexion complète avec le parcours de soins de l'assurance maladie, qui à terme sera littéralement vidé de son contenu. En effet, après avoir proposé des meilleurs taux de remboursement aux adhérents entrant dans leur parcours de soins, il est probable que les organismes complémentaires réduiront les taux de prise en charge des patients ne s'y inscrivant pas. Ce processus pourrait aller jusqu'au déremboursement.

Mais, outre cette segmentation qui va à l'encontre de toute régulation globale du système de santé, la mise en place de filières et réseaux de soins assurantiels est contraire au principe de solidarité et introduit une rupture fondamentale dans le droit, égal pour tous, aux soins. Les droits sont en

effet fonction des contrats proposés aux adhérents des organismes assureurs complémentaires. Par exemple, le parcours de santé mutualiste ne concerne pas les assurés sociaux, mais les adhérents mutualistes. Nous estimons que le seul parcours de santé juste est un parcours qui reste sous le contrôle de l'assurance maladie, qui s'adresse à tous, sans reste à charge, sans discrimination aucune, tant en termes de tarifs que de qualité des prestations. C'est pourquoi est fondamentale la distinction entre filières de soins assurantiels (obligation pour un usager de suivre un parcours de professionnels de santé et de structures de soins prédéterminés et listés par l'organisme assureur sous peine de ne pas être pris en charge) et filières de santé publique (prise en charge coordonnée d'un patient jusqu'à sa guérison par un ensemble de professionnels et de structures agissant de concert, dans le cadre de rapports plus ou moins hiérarchisés).

Si la sectorisation psychiatrique est un modèle à suivre, nous bénéficions aujourd'hui de nouvelles techniques qui offrent des potentialités réelles de coordination et de concertation des professionnels de santé. Leur usage constitue un plus indéniable.

La télémédecine, un outil essentiel au bon fonctionnement des réseaux de santé

La Société européenne de télémédecine définit la télémédecine comme « l'utilisation de tous les moyens de transmission à distance, d'informations utiles à la pratique médicale » (Rapp. Thierry, 1993). Est considéré comme relevant du champ de la télémédecine l'ensemble des techniques susceptibles de rapprocher l'usager des professionnels compétents et des structures spécialisées, de réunir l'expertise médicale afin d'améliorer la fiabilité du diagnostic et de permettre un meilleur suivi du patient le long du parcours de soins hospitaliers, de réguler l'activité sanitaire autour de réseaux coordonnés de santé.

Les techniques télémédicales comportent des enjeux globaux qui risquent de modifier à moyen terme le paysage du secteur sanitaire. Selon nous, elles pourraient être le point de départ de l'émergence d'un nouveau modèle d'organisation et de mise en relation des structures de soins et des acteurs qui s'y trouvent. Elles pourraient faciliter ainsi l'émergence de filières et réseaux de santé coordonnés avec :

- des pôles d'activités hospitaliers publics structurés en communautés hospitalières de territoire (régionaux ou départementaux selon les besoins), composés d'un centre hospitalier universitaire central et d'hôpitaux de proximité ;
- des professionnels de santé libéraux rémunérés à la forfaitisation, travaillant avec les communautés hospitalières et partiellement à l'intérieur de ces communautés (1/3 temps par exemple) ;

- le maintien d'une infrastructure permettant une activité médicale, paramédicale et hospitalière, donnant un accès aux soins dans les zones actuellement sous-densifiées (zones rurales, pauvres, à risques, ou difficiles d'accès). La télémédecine et le développement de maisons de santé devraient faciliter une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

La mise en place d'un dossier médical partagé constituerait la clé de voûte de la coordination au sein d'une filière ou d'un réseau de santé publique. Le dossier médical partagé devrait être renseigné et mis à jour par un médecin traitant librement choisi par l'assuré social, au vu des renseignements fournis par l'ensemble des professionnels de santé dispensant des soins à l'assuré, sauf opposition de ce dernier, et dans le respect du secret médical.

Dans le cadre de son adhésion à la convention médicale, le médecin traitant devrait s'engager à proposer à ses patients un suivi médical comportant : la mise à jour du dossier de suivi médical ainsi que la promotion et le suivi d'actions individuelles et collectives de prévention et d'éducation pour la santé, décidées ou validées par les instances conventionnelles (UNCAM et HAS). Dans le cadre de son adhésion à la convention, tout praticien s'engagerait à adresser au médecin traitant dépositaire du dossier médical partagé d'un patient, sauf opposition de ce dernier, toute information (diagnostic, image, bilan...) nécessaire pour compléter ce dossier. Le dossier médical partagé donnerait lieu à un document de liaison (support papier ou informatique) détenu par l'assuré social. Ce document, extrait du dossier de suivi médical, ne comporterait que les éléments nécessaires aux médecins appelés à dispenser des soins à l'assuré social, notamment : les coordonnées du médecin traitant, l'identification et la date de consultation des derniers médecins consultés, les thérapeutiques en cours, les informations essentielles concernant l'assuré social qui doivent être connues des praticiens susceptibles de lui dispenser des soins (allergies, groupe sanguin, pathologies chroniques, traitement, prothèses éventuelles...).

Il convient de spécifier ici que le dossier médical partagé prévu dans la loi du 13 août 2004 est un projet mort-né qui s'inscrit dans une logique financière qui est en porte-à-faux par rapport à l'objectif d'une meilleure concertation des professionnels et de la qualité des soins. En effet, selon les textes, tout refus de présentation du dossier médical partagé par l'usager à un médecin se traduira par un moindre remboursement. Il s'agit d'une sanction financière discriminante envers ceux qu'elle obligera à présenter leur dossier médical et ceux qui pourront s'en dispenser. Il s'agit également d'une atteinte à l'état de santé des personnes par interférence sur la qualité de la relation patient-soignant (incidence sur la confiance). L'objectif premier du dossier médical partagé est dans ce cadre de réaliser

des économies. L'amélioration du suivi et de la prise en charge du patient supposerait certains préalables qui ne semblent pas rentrer dans les plans gouvernementaux, ni en 2004, ni aujourd'hui.

Ainsi, selon nous, le déploiement du dossier médical partagé devrait être subordonné à la garantie de la confidentialité des informations qu'il contient : lieu spécifique de stockage, mots de passe patient et professionnel indépendants du numéro de sécurité sociale, système informatique protégé, cryptage des données, conditions d'accès sélectives suivant la nature des informations et le destinataire... Il conviendrait aussi de s'assurer de l'interopérabilité des systèmes d'information, notamment entre la ville et l'hôpital, et de leur simplicité d'utilisation et d'appropriation par les professionnels. Cela supposerait donc l'élaboration d'un cahier des charges qui tiendrait compte de l'ensemble de ces préalables, élaboration d'autant plus importante que la question du dossier médical partagé est particulièrement sensible de par les problèmes techniques et éthiques de confidentialité qu'elle soulève. Au cas où des informations quitteraient la sphère médicale et celle de l'assurance maladie, la responsabilité des médecins cesserait alors d'être engagée. Le problème est que, tel qu'il est présenté dans la loi du 13 août 2004, le dossier médical partagé ne respecte aucun de ces préalables. Nous mettons donc en garde contre un outil dont la mise en œuvre détournée vise davantage la mise sous surveillance des assurés que l'amélioration de la qualité des soins.

III. Conclusion

Les alternatives présentées dans cet article vont certes à l'encontre de l'ensemble des réformes touchant la santé depuis les vingt dernières années. Pour cette raison, leur faisabilité est essentiellement une question de choix politique. Considérer la santé comme un capital et engager une réforme du financement de la Sécurité sociale constitue le préalable de nos propositions. Ensuite, il s'agit moins de remettre en cause les instances existantes (hormis remplacer les ARS par des Chambres territoriales de santé), que de faire évoluer leurs objectifs (réponse aux besoins socialisés des usagers, égalité d'accès de tous à des soins de qualité, efficience de l'affectation des ressources, accent mis sur la recherche et le progrès médical...) ; leurs modes de fonctionnement (plus de démocratie, prise de décision collégiale et concertée, recours à la contractualisation et aux paiements forfaitaires, mise en place de réseaux, utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication tout en garantissant la sécurisation de l'accès aux données médicales...) ; et les principes qui les guident (émergence d'une culture de santé publique chez les professionnels de santé qui passe par une réforme de la formation initiale, pratique de la

gestion du risque par l'assurance maladie, information faite aux usagers sur la qualité des soins et des structures...).

Reforme du financement de la protection sociale, amélioration de la gestion du risque par l'assurance maladie, suppression du paiement à l'acte et responsabilisation des professionnels de santé (notamment libéraux), mise en œuvre effective du dossier médical partagé et recours à la télémédecine sont autant de mesures susceptibles d'être mises en place rapidement, dès lors que l'on en ferait le choix.

Références bibliographiques

- Bejean S. (1992), *Fonction et régulation dans le système de santé*, Thèse es Sciences Economiques, université de Bourgogne.
- Benamouzig D. (2005), *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF.
- Borella L. (2000), « Le PMSI : un outil d'évaluation hospitalière ? Intérêt et limites du PMSI et de l'ISA pour l'évaluation de la performance hospitalière », *Gestions hospitalières*, avril.
- Bras R. (2005), *La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés*, Rapports de l'IGAS, septembre.
- Callon M. (1981), « Pour une sociologie des controverses technologiques », *Fundamenta Scientiae*, n° 314.
- Fargeon V. (1995), « Les formes organisationnelles de l'offre de soins : pourquoi et comment coopérer ? », Centre de recherches en Economie de la santé (CNRS-INSERM), Hôpital Bicêtre.
- Gadret J. & Coll. (1992), « Economie des services et de l'organisation », *Cahiers Lillois d'économie et de sociologie*, n° 20.
- Kervasdoué (de) J. (1999), *Santé. Pour une révolution sans réforme*, Gallimard, Le Débat.
- Kourilsky F. (1999), « Comment ne pas bloquer le changement ? », *Gestions Hospitalières*, avril.
- Lojkine J., Suarez C. (2003), « Quelles alternatives à la logique gestionnaire "libérale" à l'hôpital ? Tentatives de formalisation de l'information à l'hôpital », Partie 1, CGT (Conf. générale du travail), 185 p.
- Mathy C. (2000), *La régulation hospitalière*, Médica Editions, Paris.
- Odier B. (2001), « La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, numéro spécial « PMSI en psychiatrie : oui ou non ? », vol. 77, n° 2, avril.
- Ralet A. (1993), « La théorie des conventions chez les économistes », *Réseaux (CNET)*, n° 62.
- Reynaud B. (1997), *Les limites de la rationalité*, Colloque de Cerisy, La Découverte (recherches).
- Rochaix L. (1997), « Asymétrie d'information et incertitude en santé : les apports de la théorie des contrats », *Economie et Prévision*, 07-09/97.

- Suarez C. (1999), *Quelle rationalité économique pour les choix technologiques en secteur sanitaire : le cas de la téléassistance médicalisée*, Thèse d'Economie Appliquée, université Pierre Mendès France de Grenoble, mars.
- Suarez C. (2007), « Quel financement de notre système sanitaire public ? », *Analyses et documents économiques*, n° 105, juin.
- Suarez C, Valette J.-C. (2006), « Groupe permanent de recherches et de prévisions – Santé au travail » (mars 2003 - décembre 2004), CGT (Conf. générale du travail), 87 p.
- Thierry J.P. (1993), *La télémédecine : enjeux médicaux et industriels*, Paris, Rapport aux Ministères de l'Industrie, des Postes et Télécommunications, du Commerce extérieur, de l'Enseignement et de la Recherche, des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, ronéoté.
- Volkoff S., Dufour C., Suarez C. (2003), « Groupe permanent de recherches et de réflexions – Santé au travail », CGT (Conf. générale du travail), 130 p.