



Café Nile « Quelle place pour l'hôpital dans un système de santé transformé ? »

Mercredi 20 juin 2018 au *Sir Winston*

Les constats d'un hôpital à bout de souffle ne manquent pas : effets pervers de la T2A, gestion financière au détriment des malades, rationalisation budgétaire généralisée... La Fédération Hospitalière de France a récemment formulé 22 propositions pour transformer le système de santé. Le chantier est considérable et la tâche à la hauteur des ambitions. Frédéric Valletoux nous a expliqué la contribution et la place de l'hôpital dans ce système de santé en transformation. Il nous a fait l'honneur et le plaisir d'intervenir lors du dernier café Nile pour discuter de ce sujet.

Intervention de Frédéric Valletoux

Notre époque est à la fois enthousiasmante et désespérante. Enthousiasmante car le système de santé est probablement à la veille d'une grande transformation. Le gouvernement a démontré sa capacité à réformer certains pans de l'économie, que ce soit le ferroviaire ou le code du travail. L'un des prochains chantiers sera probablement celui de la santé et c'est grandement souhaitable au regard de l'état du système actuel.

D'autres individus examinent la situation avec un regard moins optimiste. En effet, de nombreuses promesses de grandes réformes n'ont pas dépassé la phase des annonces. Le résultat est celui d'un système de santé en perte de vitesse, dans lequel les inégalités d'accès aux soins sont exacerbées et les tensions budgétaires de plus en plus réelles. Les professionnels de santé ont le sentiment de passer d'un système qui faisait notre fierté sur le plan international à un système traversé par de nombreuses tensions. Les acteurs de santé ne sont plus crédules face aux discours des politiques et demeurent dans l'expectative des résultats concrets.

L'hôpital n'est pas l'alpha et l'oméga du système de santé mais un acteur important parmi d'autres. Depuis des années, les acteurs de terrain ont l'impression d'être lancés dans une course à l'économie et à la productivité qui n'est pas tenable à terme. Le chiffre du déficit hospitalier est un symptôme parmi d'autres, mais il est nécessaire de sortir d'une approche uniquement comptable. Ce déficit est avant tout le signe d'une fragilisation et d'un malaise dans les règles de financement. Les défis à l'avenir sont multiples, en voici quelques-uns : repenser l'organisation territoriale des soins, inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques, repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation et accélérer le virage numérique.

Repenser l'organisation territoriale des soins afin d'inverser la tendance de la désertification médicale

La territorialisation est un enjeu essentiel. Négliger cet élément conduit à créer un sentiment de distanciation croissant entre les Français et les professionnels de santé. Les conséquences pour les patients sont nombreuses : allongement du délai d'attente de rendez-vous, difficulté d'accès chez le généraliste, impression que le système leur échappe... Cette réalité est vécue dans les territoires de manière très présente. Les déserts médicaux se répandent sur toute la France. Le constat est accablant : 76 % des Franciliens sont réputés vivre dans des zones sous-denses en matière d'offre médicale. La France sera bientôt un immense désert médical.

Pour ne pas aboutir à cette situation désespérée, un changement de paradigme de notre système de santé est indispensable. Intégrer une stratégie de territorialisation procurera des outils aux professionnels de santé leur permettant d'organiser l'offre de soins en fonction des besoins de santé et des forces vives réparties sur un territoire. Cela nécessite que le système actuel, hyper administré, bureaucratisé, centralisé et jacobin s'organise plus simplement. L'État a vocation à occuper un rôle de régulateur et de garant de l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. Aujourd'hui, la territorialisation est extrêmement complexe, plusieurs types d'organisations coexistent : contrats locaux de santé, bassins de vie, de santé, territoires de santé, agences régionales de santé... Si nos territoires sont effectivement variés, les approches sont trop nombreuses et une simplification est donc nécessaire.

En partant d'abord de l'échelle la plus proche des habitants, il faut créer un territoire de projets dans lequel se décident des coopérations entre professionnels. À une échelle inférieure, il sera possible de regrouper les territoires de recours autour des grands centres hospitaliers et notamment des 32 CHU. Leur excellence est indispensable pour produire une coopération à une échelle plus vaste. Ce principe de responsabilité populationnelle nous préoccupe particulièrement à la FHF.

La Fédération hospitalière entreprend des expérimentations dans cinq territoires pilotes. C'est au titre de l'article 51 que nous allons demander au gouvernement des dérogations dans l'organisation des soins. La réflexion ne sera pas publico-publique, mais concernera l'ensemble des professionnels de ces cinq territoires. Certains pays ou régions comme le Danemark ou le Québec ont repensé leur organisation des soins en partant d'une lecture par les forces vives des territoires. Nous encourageons les acteurs à adopter ce principe de responsabilité populationnelle en s'inspirant de ces expériences réussies dans ces deux territoires. Voici le premier enjeu à amorcer, mais avant cela, il est nécessaire de réformer la citadelle administrative française et sa conception complexe des politiques publiques. De plus en plus d'acteurs partagent nos points de vue. La FHF a récemment rencontré Gérard Larcher au Sénat, ainsi que la commission des affaires sociales et une mission sera probablement lancée sur le sujet. De nombreux acteurs sont intéressés par cette démarche « bottom-up ».

Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques

Le deuxième défi du système de santé est le défi de la pertinence et de la qualité des soins. Il ne s'agit pas d'améliorer l'accès aux soins mais la qualité du service rendu aux patients. Cela interroge notre capacité collective à rendre le système de santé plus efficace avec les sommes déjà considérables injectées dans le système sans demander davantage d'efforts aux contribuables. Les objectifs sont l'amélioration de la qualité des soins, la fluidité des parcours et l'apport de visibilité à l'ensemble du système.

La FHF a publié des cartographies indiquant les différences de pratique d'un territoire à l'autre. Il en résulte que les écarts de pratiques sont totalement stupéfiants et complètement injustifiés aux yeux des

Français. D'un département à l'autre, les écarts de pratiques varient du simple au triple, et paraissent incompréhensibles pour les citoyens.

Des réformes sont indispensables pour remédier à cela. La régulation par la pertinence des soins est une solution pourtant problématique puisqu'elle concerne la rémunération des professionnels de santé. Mettre en œuvre cette régulation créera immédiatement de la résistance. C'est pour cela que le gouvernement doit faire preuve d'audace pour réformer jusqu'au fond du sujet. Réaliser ne serait-ce que 10 % d'économies dans les dépenses liées aux actes non pertinents représente un montant considérable à réaffecter dans d'autres domaines : rémunération des généralistes, investissements dans les équipements et le système d'information, ou prise en charge des Français. Voilà un gisement qui doit nous convaincre que le système de santé a besoin d'une meilleure régulation plutôt que d'injecter de nouvelles sommes considérables. C'est un message fort faisant largement consensus parmi tous les acteurs de santé.

Un sujet que je souhaite aborder par ailleurs est la question du renoncement aux soins. Ce sujet peu mesuré et difficilement mesurable est devenu une problématique récurrente parmi les professionnels de santé. Le sentiment d'exclusion du système de santé est une réalité pour de nombreux Français. Les raisons ne sont pas uniquement des raisons d'éloignement géographique mais sont aussi liées à la difficulté d'accéder au système de santé et à la question économique. C'est un sujet que l'on ne doit pas écarter.

Responsabiliser à nouveau les acteurs du système de santé

Le troisième défi est celui de l'attractivité pour les professionnels. Aujourd'hui, les hôpitaux font face à une pénurie de médecins dans certaines spécialités, due à des difficultés de recrutement et aux départs inquiétants de médecins dans les territoires. Le constat est davantage marqué dans le public que dans le privé. Les ARS désresponsabilisent le système hospitalier et parfois infantilisent les managers hospitaliers. Ces derniers ne savent plus où ils travaillent car ils dépendent de préoccupations administratives qui leur paraissent déconnectées des réalités. Pour plusieurs raisons liées à une perte de sens, les professionnels de santé s'interrogent sur leur rôle de plus en plus confus. Je l'ai répété aux deux derniers Présidents de la République : les réformes successives ont complexifié l'organisation du système de santé.

Cette situation dessine à terme des perspectives difficiles pour les établissements publics. De nombreuses mesures doivent être mises en place afin de rendre les carrières médicales à nouveau attractives. Ces réformes consistent à confier aux gestionnaires hospitaliers et au corps médical participant à la gouvernance des établissements une responsabilité accrue et la possibilité d'adapter les organisations au plus près des besoins du terrain. C'est l'une des nombreuses propositions de la FHF pour retrouver de l'attractivité qui ont été réalisées avec les internes, les syndicats et les composantes de l'hôpital. L'élément essentiel est que le système actuel cesse d'infantiliser les acteurs et rende plutôt l'ensemble des professionnels responsables.

Accélérer le virage numérique

Le quatrième défi est de prendre le virage numérique. Les acteurs doivent s'emparer du numérique, qui a de nombreux atouts : partage des connaissances et de données, gain de fluidité entre les professionnels et nouvelles solutions de transfert de données des patients. Au niveau des plateformes numériques, il sera possible de partager des données sur les territoires et à terme, le levier numérique permettra de réaliser des bonds d'organisation.

Benoit Péricard, KPMG : *Certains directeurs d'hôpitaux envisagent de céder leurs EHPAD à d'autres acteurs publics au sein du GHT ou de les céder à des acteurs privés. Est-ce que la FHF est prête à accompagner ce mouvement ? La FHF est-elle prête à s'engager pour un statut unique des médecins pour faciliter la fluidité entre les différents établissements, ville et hôpital ?*

Frédéric Valletoux : Les EHPAD publics souffrent effectivement de difficultés de financements mais ils ont comme vertu l'accessibilité économique. Ma ville (Fontainebleau) compte à la fois des EHPAD publics et des EHPAD privés. Ce ne sont pas les mêmes restes à charge pour les résidents, ni les mêmes prises en charge ou les mêmes résidents. Ce constat peut paraître simpliste mais c'est une réalité. Le problème n'est pas le statut de l'établissement qui gère l'EHPAD mais les règles de financement de la maison de retraite. Je n'ai pas connaissance de ce mouvement de fond, mais s'il est avéré et que le privé garantit de maintenir le reste à charge, aucun inconvénient ne se dresse contre la privatisation des EHPAD publics. Concernant la deuxième question, statut unique du médecin signifie rémunération unique ou convergente. Si le même type de responsabilité est demandé à tous les médecins, pourquoi ne pas l'envisager ? Aujourd'hui, la pratique au quotidien pour un professionnel n'est pas équivalente d'un hôpital à une clinique ou d'un établissement à un autre. Le statut unique des médecins peut se concrétiser si une convergence des responsabilités est à terme réalisée. La FHF entretient des discussions avec Lamine Gharbi (Président de la FHP) sur le partage de responsabilité entre praticiens et cliniciens, la question de la non permanence des soins et la non sélection des patients. En France, les acteurs publics pensent que la rédaction de nouveaux statuts résoudra les problèmes. Plutôt que de rajouter des statuts, il s'agit de construire des passerelles entre les professionnels pour mieux répondre aux besoins des patients.

Mazen Elzaabi, LFB : *Est-ce que l'article 51 de la LFSS 2018 est une opportunité ou une menace pour les hôpitaux ? La coordination doit être réalisée par l'hôpital ou par les médecins libéraux ?*

Frédéric Valletoux : L'article 51 est une véritable opportunité. Quant à la coordination, cela dépend des territoires. Ce seront les médecins libéraux ou les hôpitaux qui en sont chargés mais c'est une question de pragmatisme. La Fédération hospitalière entend aider les acteurs de terrain à bénéficier de l'article 51. Pour autant, l'article 51 ne changera pas fondamentalement l'organisation du système de santé. J'ai peur que ce texte de loi soit encore un chiffon rouge pour les professionnels de santé. L'article 51 a été mentionné pour la première fois à l'été 2017. Les expérimentations sont de plus prévues pour durer plusieurs années, donc leur généralisation n'est pas prévue d'ici peu.

Le travail le plus important est de déterminer les objectifs à atteindre à la fin de l'expérimentation. C'est tout le travail d'évaluation que le système administratif français n'est pas en capacité d'accomplir. Pour rappel, le champ d'expérimentation des collectivités publiques est inscrit dans la Constitution depuis 2004. Les collectivités locales ont le droit à l'expérimentation même si ce droit est virtuel car il n'a jamais été mis en œuvre ni appliqué. L'évaluation est intéressante si elle fait progresser l'ensemble du système. L'évaluation de la diffusion de l'expérimentation est quelque chose que notre système administratif ne peut et ne sait pas faire, ce n'est pas dans notre culture française mais anglo-saxonne. Ma crainte est que les vingt millions d'euros mis sur la table soient vains, même si je tiens à rappeler que les hôpitaux jouent leur rôle d'accompagnateur des porteurs de projets sur les territoires, en coopération avec les acteurs, des associations d'élus, les URPS, pour essayer de faire bouger les lignes.

Lamine Gharbi, FHP : *Je tiens à saluer la qualité des échanges que nous entretenons avec la FHF, car les deux fédérations (public et privé) se sont opposées pendant des années dans une guerre stérile. Il était nécessaire de changer de registre. Je réclamaï une convergence tarifaire et j'évoque désormais une convergence des droits. Étant un des premiers défenseurs des GHT publics, j'ai même déposé un GHT privé. Ne pensez-vous pas que répondre à l'ensemble des besoins de santé d'une population au sein d'un GHT est une impossibilité en termes médicaux ?*

Je m'explique : lorsqu'un directeur d'hôpital remplit le tableau de gardes, il se trouve confronté le vendredi à un chantage des médecins. Ces derniers ne consentent à travailler en fin de semaine uniquement en échange d'une somme d'argent exorbitante. Certains médecins modifient même leurs horaires en temps partiel afin de réaliser des remplacements dans leur propre établissement. La ministre a affirmé que les directeurs d'hôpitaux ne doivent pas céder face au chantage de ces médecins mercenaires. Est-ce qu'il ne faudrait pas plutôt, comme le fait le privé, fermer une activité en cas de pénuries de médecins ? La première des pertinences de soins est de trouver un médecin qui corresponde à son poste. Il est nécessaire d'arrêter la chirurgie dans un service où il n'y a que des chirurgiens vacataires.

Sur l'article 51, je n'y crois pas non plus. Je partage votre opinion et votre scepticisme sur l'efficacité d'une expérimentation. Ne serait-il pas plus efficace de s'entraider sur des cartographies ? Il s'agit de se répartir les services entre hôpitaux et cliniques de telle sorte que dans une distance de 20km, des services en manque de médecins se dédoublent. Les autorités doivent comprendre que les médecins sont comme tout le monde et souhaitent avoir une vie de famille. C'est parfaitement normal et c'est l'évolution de la société.

Frédéric Valletoux : Je dois aussi témoigner de la qualité des dialogues entre tous les acteurs. Cependant, un hôpital qui a des autorisations dans une spécialité ne peut pas refuser de recevoir des patients. La continuité du service public engage la responsabilité des directeurs des établissements et des professionnels de santé. Ces derniers doivent veiller à la continuité de l'accueil et de la permanence des soins. Des solutions bancales sont mises en place.

La solution la plus désastreuse est effectivement le recours à des intérimaires qui gangrène complètement le fonctionnement de l'hôpital. Dans certains établissements, des médecins quittent leur emploi statutaire pour entrer dans des systèmes d'intérim par intérêt personnel, car ils seront deux à trois fois mieux payés qu'en restant praticien hospitalier. Néanmoins, l'hôpital a cette obligation d'assurer la continuité du service public et de soigner la population. Si un chirurgien orthopédiste par exemple est en congé le week-end, il serait intéressant, comme vous le proposez, de transférer ce patient à la clinique à proximité. Cependant, dans le privé, le statut ne les oblige pas à travailler le week-end donc il n'est pas possible de compter sur eux non plus. Donc, l'intérim est une très mauvaise réponse à un véritable sujet car cela coûte cher.

Aujourd'hui, des médecins diffusent des listes d'hôpitaux qui respectent ou non la réglementation du cadrage des rémunérations de l'intérim. Certains médecins disent quels hôpitaux respectent la réglementation ou non. Je trouve cette pratique scandaleuse, l'Ordre des médecins a pour l'instant rappelé à l'ordre ces médecins. La FHF a alerté le gouvernement et la DGOS car ces individus devraient être suspendus ou sanctionnés par les instances ordinales. Être médecin signifie être attaché à de l'éthique. L'échelle de « violence » dans la réaction des instances ordinales montre que nous sommes dans un système où le conformisme et le conservatisme peuvent encore prospérer.

L'intérim est un sujet majeur lié aux tensions de la démographie médicale que ce soit dans les cabinets médicaux ou les hôpitaux, de même que les années les plus durent arrivent. Les effectifs de médecins qui soignent continuent à diminuer. C'est un paradoxe français, alors que le nombre de médecins inscrits à l'Ordre des médecins (250 000) n'a jamais été aussi élevé, rarement aussi peu de médecins soignent en

France. Il faudrait le dire à nos concitoyens, la France ne manque pas de médecins mais de médecins qui soignent. Néanmoins, si la FHP a des bonnes nouvelles à annoncer et que les médecins de cliniques sont prêts à aider à la permanence des soins de la fonction publique, j'encourage Monsieur Gharbi à venir s'exprimer.

Lamine Gharbi : *Oui, nous sommes effectivement prêts à aider dans la permanence des soins de la fonction publique et également sur les EHPAD. La FHP est disposée à recevoir des missions de délégation de service public. Quand je propose de participer à la permanence de soins, je ne suis pas d'accord avec vous. Lorsque je préconise de fermer des activités, il ne s'agit pas des urgences mais de chirurgie programmée. Les urgences ont tiré la sonnette d'alarme. La FHP regroupe 130 services d'urgence qui accueillent 50 patients par jour, soit 3 millions par an, ce nombre peut facilement être doublé, ce qui signifie 6 millions de patients par an. Cela représente 3 millions de patients en moins pour les urgences du public.*

Le privé pourrait aider le public de deux manières. D'abord, il est important d'expliquer à nos concitoyens qu'en venant chez nous, les frais sont solvabilisés par les complémentaires et l'assurance maladie. Pour simplifier, un patient ne paie pas son séjour dans une clinique. Nous sommes mêmes en train de bâtir une charte d'éthique intitulée « zéro refus » destinée aux cliniques.

De plus, au sein du GHT, nous devons parvenir avec cette complémentarité public-privé à fermer une activité en manque de médecins. Il faut renforcer la coopération sur les territoires. La FHP doit inciter les cliniques à prendre plus de parts dans des charges que l'hôpital public porte dans les urgences, la permanence des soins, le social, la médecine gériatrique ou encore les soins de vie.

Docteur Claire Georges, Hôpital Saint-Louis : *Pour continuer dans votre idée du « bottom-up », cela fait des années que je défends les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Les PASS répondent entièrement aux évolutions des recommandations. Sur la pertinence, on appelle cela le juste soin ou le juste coût. Ce qui est concret est que les PASS réunissent dans l'hôpital des professionnels de ville. Il s'agit donc d'un décloisonnement pluri-professionnel.*

Face à la situation de plus en plus difficile que vous décrivez, nos modèles sont une preuve de dynamisme : peu de turnovers, autonomie contrôlée... ce système de santé compte tellement de vertus qu'il faudrait l'essayer dans le système de santé.

Frédéric Valletoux : Je n'ai rien à ajouter car je suis entièrement favorable à ce système de PASS. J'ai porté un discours assez négatif concernant le niveau macro, néanmoins, des poches d'inventivité répandues dans les territoires témoignent de la bonne volonté des acteurs du terrain. Les solutions qui en ressortent sont guidées par le bon sens des responsabilités par rapport aux besoins des populations. Le rapport sur le lien ville-hôpital de la FHF liste une quinzaine d'expériences qui montrent l'existence de rapprochements très avancés entre acteurs sur des territoires locaux. Cela paraît anecdotique au regard de l'échelle très locale mais cela reste porteur d'espoir.

Murielle Thibierge-Batude, Communication et systèmes en cyber sécurité : *Que constatez-vous par rapport à un choc des médecines ? Le tourisme médical se développe considérablement avec internet.*

Frédéric Valletoux : La France accuse un retard assez conséquent sur les nouvelles pratiques médicales, l'internationalisation de la médecine et le tourisme médical. Nous n'avons pas développé suffisamment les filières d'accueil pour les patients étrangers.

Plusieurs établissements notamment dans le privé s'y sont engagés. La réforme Macron a permis à certains CHU de créer des filiales commerciales et de déployer des activités internationales. L'accueil des

patients étrangers, autrement dit le tourisme médical, a très peu avancé depuis la réforme. Nous ne sommes pas non plus parvenus encore à la création de vraies filières qui associent savoir-faire public et privé, mais aujourd'hui les tensions sont telles à l'hôpital que ce ne sont pas des sujets de préoccupation majeurs pour les gestionnaires hospitaliers, probablement à tort.

Yves Juillet, Fondation de l'Académie de Médecine : *L'expérimentation est en réalité un moyen pour retarder la prise de décision. Aucun moyen par exemple ne facilite la remontée d'une expérimentation locale à la région, et c'est encore plus compliqué au niveau national. Dans l'intervention du Docteur Claire Georges, le « bottom-up » a été évoqué et beaucoup d'initiatives déjà appliquées sont réalisées de manière positive. Comment mettre cet enthousiasme que nous portons tous au service des collectivités ?*

Frédéric Valletoux : L'approche de l'expérimentation ne fait pas partie de la culture de l'administration française. Réaliser le même saut que la décentralisation en 1982 de Mitterrand est aujourd'hui nécessaire. Un directeur d'hôpital doit actuellement soumettre son budget pour validation au bureau de l'ARS. La régulation du système de santé et le pilotage des acteurs locaux sont infantilisants.

Je propose un changement de paradigme dans le système de santé, ce dernier doit respecter les initiatives locales et s'inscrire dans une approche de responsabilité populationnelle. Il s'agit de juger à partir de données épidémiologiques et d'indicateurs explicites si les objectifs des expérimentations ont été atteints dans le délai fixé. En cas d'échec, les acteurs pourraient se voir sanctionner, mais je pense que les acteurs sont tous suffisamment mûrs pour amorcer leurs projets. Ce changement de paradigme nécessite que notre administration régulatrice se repositionne entièrement.

Lionel Collet, Conseil d'État : *Est-ce que la FHF considère que la gouvernance née de la loi HPST est satisfaisante en tant qu'elle associe les professionnels de santé aux décisions et qu'elle reconnaît ou non pleinement les professionnels de santé au sein des établissements hospitaliers ?*

Frédéric Valletoux : Dans la plupart des cas, cela fonctionne. Aujourd'hui, la gouvernance des médecins hospitaliers n'est pas nécessaire car ce n'est plus vraiment un sujet comme cela l'a été auparavant. Il est vrai que lors de l'élaboration de la loi HPST, la crainte s'en était exprimée très fortement. Les blouses blanches se sont en effet même mobilisées de peur que le directeur soit le patron et que les médecins soient laissés pour compte. Dans la gouvernance au quotidien, le sujet n'est plus l'équilibre entre les directeurs d'hôpitaux et les médecins. Les forces administratives sont moins importantes que les forces médicales dans le directoire.