



Café nile avec Hélène Espérou et Bernard Rouault

Mercredi 20 juin au Sir Winston

Le Dr Hélène Espérou, directrice du projet médico-scientifique et de la qualité d'Unicancer, Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer et M. Bernard Rouault, administrateur du Groupement de Coopération Sanitaire Amplitude sont venus présenter l'organisation des établissements hospitaliers, sur le thème : « Nouvelles organisation hospitalières : va-t-on assez loin ? »

Interventions

Hélène Espérou : La Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) a été créée en 1964, et s'appuie sur 18 établissements dont certains ont été fondés en 1923. Le groupe Unicancer pourrait se résumer par « une offre territoriale reconnue sur le plan national ». Ces 18 établissements de santé, des Etablissements de Santé Publique d'Intérêt Collectif (ESPIC) selon la terminologie de la loi du 21 juillet 2009, sont exclusivement dédiés à la lutte contre le cancer avec une triple mission fondamentale de soins, d'enseignement et de recherche. Leur financement est le même que celui des établissements du secteur public, par l'Assurance Maladie, et sont habilités à recevoir des financements MIGAC (Mission d'Intérêt Général et d'aide à la contractualisation) et MERRI (Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation). L'organisation de la Fédération est classique : un bureau, un conseil d'administration, et une assemblée générale au sein de laquelle sont représentés l'ensemble des directeurs de Centres. Les Centres sont très attachés à promouvoir l'innovation, médicale comme en organisationnelle. D'ailleurs, un certain nombre de mesures des deux Plans cancers qui se sont succédés, est directement issu de ce qui a été fait dans les CLCC. Les Standards, Options et Recommandations (SOR) et les réunions de concertations pluridisciplinaires font partie des exemples d'organisations portés de façon innovante par les Centres. Les CLCC sont également à la pointe de la recherche. Sur les 16 centres d'essais précoces labélisés par l'Institut National du Cancer (INCa), 11 sont des CLCC. Quant à leur place dans l'organisation des soins, elle est prépondérante ; aussi bien dans les labellisations INCa que dans les appels à projets, les Centres ont une place particulière. Sur 35 expérimentations sur les parcours du patient atteint de cancer, lancées il y a deux ans par l'INCa, 9 sont le fait de CLCC. Sur la radiothérapie peropératoires, 5 des 8 centres sont les CLCC. Tout ceci confère aux CLCC une certaine obligation de rester à la pointe du progrès médical et organisationnel. Une des forces d'actions des Centres est leur capacité à mutualiser, et ce sans perdre leur autonomie, tout en gardant leur spécificité. Cette mutualisation est mise en œuvre au niveau de la direction fédérale, qui travaille chacun dans son domaine en liaison

directe avec un comité stratégique composé de membres des Centres, qui sont force de propositions à partir des expériences montées dans les Centres. Cette mutualisation s'exerce dans tous les domaines, le projet médical et scientifique, l'organisation des soins, la qualité, la gestion hospitalière, les études médico-économiques, la recherche, et les fonctions supports (achats, systèmes d'information, communication, ressources humaines).

Le projet médico-scientifique est pour le groupe le pivot de la stratégie, basé sur 14 axes stratégiques qui doivent fédérer l'ensemble des actions des Centres. Concrètement, l'élaboration d'une charte en 10 points engage la Fédération à proposer aux patients la même prise en charge pluridisciplinaire, le même accès à l'innovation, la même formation des médecins et personnels soignants. Par ailleurs, une grande enquête sur le diagnostic rapide a été menée, pour laquelle la prise en charge des cancers du sein a été segmentée afin d'étudier les délais, grâce à différents indicateurs de qualité. Ces délais sont mis en regard des organisations des Centres afin de l'améliorer. Un autre élément du projet médico-scientifique est celui de la mise en place d'un observatoire des attentes des patients et de leur satisfaction prenant la forme d'un forum sur Internet. Concernant les achats, l'organisation associe non seulement les responsables de ces achats, mais aussi des pharmaciens, ayant ainsi permis une économie de 18% du volume financier avec un taux moyen d'adhésion des Centres de 87%. Enfin, tous les médecins sont salariés, il n'y a aucune activité libérale au sein des Centres et il n'y a donc aucun dépassement d'honoraire.

Bernard Rouault : Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Amplitude est un ensemble de 7 établissements qui se situe en haute Côte-d'Or ; un centre hospitalier intercommunal, 3 centres hospitaliers, un EHPAD, une clinique privée et un foyer logement. Les plus distants le sont de 80 km. L'idée est de faire travailler ensemble tous les professionnels de santé, hospitaliers comme libéraux, afin de garantir une permanence des professionnels de santé plutôt qu'une permanence des soins. La réalité hospitalière en France est des territoires dans lesquels il y a quelques dizaines d'habitants au km². Donc si les médecins sont une problématique réelle, les autres professionnels le sont tout autant. Le GCS Amplitude est basé sur des programmes de coopération et chaque adhérent participe au programme qu'il souhaite voir développé dans sa structure. L'idée est de mutualiser toutes les activités connexes aux soins pour recentrer les moyens autour du lit du patient et du résident. C'est en offrant une possibilité de mutualisation aux professionnels que l'on arrive à recruter. Nous mettons en place des directions fonctionnelles territoriales, c'est-à-dire les achats, les ressources humaines, les finances, etc., ce qui permet de réinjecter les marges de manœuvre là où nous en avons besoin. Cela permet aussi de faire travailler ensemble les libéraux et les hospitaliers, entre lesquels il existe un lien très fort. Les points de blocage de ce système sont juridiques. En effet le GCS ne permet pas d'avoir une comptabilité qui puisse prévoir des programmes d'investissements consolidés. C'est ici qu'il faut aller plus loin, puisque la seule alternative que nous avons et que nous sommes en train de mener est de transformer ce GCS en établissement de santé, qui sera alors le deuxième établissement de Côte-d'Or après le CHU de Dijon. Cela nous permettra de mieux fonctionner, par exemple pour les lignes de garde et d'astreinte et surtout en organisant le fonctionnement autour d'un projet médical de territoire. L'idée est d'inverser le système, faire que ce soient les professionnels qui se déplacent et non les patients. Tant que nous ne serons pas établissement de santé, nous serons bloqués, mais c'est un statut auquel nous devrions accéder en janvier 2013.

Corinne Duhamel, AEF : *Vous avez parlé de collaborations importantes avec les professionnels libéraux, comment se déroulent-elles exactement ?*

Bernard Rouault : D'abord structurellement, un certain nombre des hôpitaux qui constituent le GCS et qui étaient auparavant des hôpitaux locaux mêlaient déjà l'exercice libéral avec l'exercice hospitalier, c'est donc un terrain favorable pour mettre en place le décroisement. Il faut ensuite potentialiser cet avantage, par exemple par la participation des libéraux avec les hospitaliers aux tours de gardes et aux tours d'astreintes.

Jacques Bonte, Medco : *Ce GCS facilite-t-il un lien médecin hospitalier/médecin libéral pour optimiser le parcours de soins ?*

Bernard Rouault : Nous associons les médecins libéraux à quasiment toutes nos instances. La notion de trajectoire de soins est également très présente dans le projet médical de territoire. Il est par ailleurs important de mentionner les maisons de santé pluridisciplinaires ; pour quatre projets de création de maisons de santé disciplinaires sur notre territoire, trois possèdent des projets de santé qui sont écrits à la fois par les médecins libéraux et par les médecins hospitaliers.

Hélène Espérou : En ce qui concerne le lien ville/hôpital pour les patients atteints de cancer, nous avons mis en place dans le cadre d'expérimentations l'instauration d'un appel téléphonique fait directement au médecin-traitant, avec la mise en place de postes d'infirmières de coordination, au moment de l'entrée du patient dans le parcours de soin, afin d'améliorer la fluidité de ce dernier. Par ailleurs, dans le cadre d'une autre expérimentation sur le parcours de soins, nous avons mis en place la participation des médecins-traitants à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie, sur rendez-vous téléphonique.

Bernard Rouault : Les maisons de santé pluridisciplinaires sont un autre outil de décroisement. La maîtrise d'ouvrage est assurée par le centre hospitalier, et le projet de santé est écrit par les professionnels libéraux et par les hospitaliers.

Gilbert Caranhac, Hox-Com Analytiques : *Quelle est l'organisation même des soins ? Car si vous avez raisonné en termes de pôles en fonction des différentes pathologies, n'y a-t-il pas un problème de financement avec la T2A ? Que pouvez-vous faire pour la prise en charge en urgence ? Avez-vous des liens avec le CHU ?*

Bernard Rouault : Je milite plutôt pour des pôles qui correspondent à des entités gérables, et à des types de prises en charge. Cela permet un meilleur fonctionnement. Un GCS doit être lisible pour les utilisateurs. Mais la question du financement se pose. Tous les pôles doivent être vertueux, même si nous savons que certains ne le seront jamais. Ici, la solidarité inter-pôle doit jouer. Sur l'urgence, nous avons des dispositifs qui nous permettent des atterrissages rapides, notamment sur les CHU.

Alain Perez, Les Echos : *Une question est essentielle, elle concerne vos relations avec les élus locaux. L'organisation que vous avez mise en place à Châtillon sur Seine a été perçue par la population comme un tremblement de terre. Vous avez par exemple fermé la maternité. L'impact peut être très lourd localement. Comment convaincre les élus locaux qu'il s'agit de la solution à adopter ?*

Bernard Rouault : Premièrement, il faut convaincre avec l'idée que nous ne restructurons pas pour le plaisir de restructurer, mais pour satisfaire aux besoins de la population. Nous avons mis en place un

centre périnatal de proximité, en lien avec le CHU, qui fonctionne très bien, en toute sécurité. Nous restructurons, mais tout en expliquant pourquoi. Il faut faire en sorte que l'offre corresponde toujours aux besoins de la population. Deuxièmement, dans ces régions-là, l'hôpital est vraiment un outil d'aménagement du territoire. Nous restructurons, tout en gardant les emplois. D'ailleurs, de façon générale sur le GCS, nous avons gagné 3 points d'employabilité depuis que nous avons commencé la restructuration.

Françoise Tenenbaum, vice-présidente du Conseil Régional de Bourgogne et présidente de la CRSA de Bourgogne : *Le travail réalisé marche tout à fait bien. Le fait d'associer les élus locaux dans des groupes de travail, leur expliquer les démarches, les associer dans des projets concrets est essentiel. Dans ce parcours de santé du patient, avez-vous sollicité les élus pour les services sociaux ? Il y a souvent besoin notamment pour les personnes âgées d'un accompagnement social lorsqu'elles rentrent à domicile.*

Bernard Rouault : Le lien entre les structures hospitalières et les contrats locaux de santé est essentiel. Oui, nous avons associé bien évidemment et totalement les élus, et les services sociaux par leur intermédiaire.

Hélène Espérou : Sur la volonté de la FHF d'envoyer des professionnels hospitaliers dans les maisons de santé pluridisciplinaires, c'est réalisé également au sein de la Fédération. C'est ce que l'on appelait avant les consultations avancées, et qui correspond de fait à une activité des professionnels spécialistes sur des maisons de santé pluridisciplinaires.

Corinne Bébin, Maire adjointe de Versailles : *Les élus locaux sont vraiment les représentants des usagers. En région parisienne, l'enjeu est de faire en sorte qu'il n'y ait pas de surenchère de l'offre, et qu'elle soit équilibrée avec l'offre sociale. En termes d'investissements et de fonctionnement, les élus locaux sont confrontés à une comptabilité publique et privée. Comment cette double comptabilité est-elle articulée ? Etes-vous soumis en tant que GCS à la réglementation des appels d'offres publiques ?*

Bernard Rouault : Cela fait partie des points de blocage évoqués tout à l'heure. Normalement, un GCS de moyens est soumis à la réglementation budgétaire M 9-5, puisqu'il n'est pas un établissement de santé. Donc ça ne peut pas fonctionner. La première chose que nous avons faite a été de demander à l'ARS une dérogation pour que le GCS puisse continuer à fonctionner en M-21, comme les établissements de santé. Au niveau des investissements par exemple, nous sommes soumis au code des marchés publics, et nous fonctionnons au niveau comptabilité comme un établissement de santé.

Jean-Philippe Rivière, Doctissimo : *Nous entendons beaucoup que le DMP et le dossier communicant de cancérologie vont permettre de la fluidité, de la multidisciplinarité, de la télé expertise, etc... Concrètement, au niveau de la Fédération, y a-t-il déjà quelques résultats ou êtes-vous encore dans la dépense d'argent dans l'espoir d'une efficacité ultérieure ?*

Hélène Espérou : Le dossier communicant de cancérologie est effectivement très lié au déploiement du DMP. Pour l'instant il reste en expérimentation. Nous n'avons pas les leviers pour faire avancer les choses plus vite, même si à terme, nous comptons beaucoup dessus.

Olivier Mariotte, nile : *En voulant être plus provocateur, a-t-on le temps de les attendre ou avez-vous trouvé des solutions de contournement ?*

Hélène Espérou : En ce qui concerne les Centres, il y a des solutions d'attente. Un certain nombre de Centres a par exemple mis en place des portails, sur lesquels les médecins peuvent avoir les informations liées au dossier médical. Le jour où le dossier communicant de cancérologie existera au sein du DMP, nous l'utiliserons.

Cécile Dauzats, Fleishman Hillard : *Quelle est la place de la télé médecine dans l'organisation des soins dans un territoire rural comme celui sur lequel vous exercez ?*

Bernard Rouault : La place de la télé médecine est fondamentale, étant donné le manque de professionnels. En ce qui concerne les radiologues par exemple, sur tous les plateaux techniques en radiologie, les images sont télétransmises. Tous les établissements sont reliés par un réseau, un Réseau Privé Virtuel (VPN), qui permet la téléconsultation. Enfin, nous avons mis en place un lien avec le CHU et nous avons des téléconsultations, notamment en gériatrie avec les professionnels du CHU. Cela a été un des dossiers les plus importants que nous avons mené.

Renaud Degas, Presse Info Plus : *Certaines réformes sont annoncées sur l'organisation hospitalière, voire sur le financement. Par rapport à votre dynamique d'organisation, d'optimisation, de découplage, quelles sont les voies dans lesquelles il ne faudrait pas qu'une nouvelle réforme s'engage ?*

Hélène Espérou : Unicancer a fait une plateforme à l'intention des candidats à la présidentielle dans lequel il y avait 47 mesures, dont la principale était la demande d'un troisième Plan Cancer, et dont certaines autres ont déjà été annoncées par la nouvelle ministre, comme la fin de la convergence ciblée. Nous sommes aussi attachés sur le plan éthique à l'absence de dépassements d'honoraire, et là aussi les annonces vont dans le bon sens. Une autre chose pour laquelle nous sommes plus que vigilants est le financement de l'innovation. La T2A a révolutionné les choses et dans le bon sens, mais elle a montré ses limitations, notamment en matière de financement de l'innovation. Il y a ici la nécessité d'un financement adapté, ne serait-ce que par les pertes que cela induit par ailleurs. Entre le moment où les innovations sont financées par les MIGAC et celui où elles passent à un financement de tarification, il y a un *gap* qui freine la diffusion de l'innovation. C'est quelque chose sur lequel nous serons vigilants.

Bernard Rouault : La tarification à l'activité est probablement le système le moins mauvais, mais sur certaines activités, nous sommes allés trop loin. Il faudrait garder la T2A mais trouver un meilleur équilibre. Certaines activités indispensables sont en péril, ou bien ne peuvent être mises en place car la T2A s'applique dès le premier jour à 100%. Un exemple avec l'hospitalisation à domicile, pour laquelle nous avons besoin de professionnels de santé, mais qui est financée par la T2A dès le premier jour, et donc impossible à mettre en place. La ligne rouge est donc malheureusement déjà un peu franchie.

Olivier Mariotte, nile : *Nous avons parlé des outils, mais nous n'avons pas parlé des Coopérations Hospitalières de Territoire (CHT). Quelle est votre opinion sur cet outil ?*

Hélène Espérou : Les CHT sont formés à partir de centres hospitaliers publics, donc nous, en tant que centres hospitaliers privés, ne pouvons être à l'origine d'une CHT. C'est une limitation pour les hôpitaux privés à vocation de service public comme les CLCC.

Bernard Rouault : C'est effectivement un frein au découplage puisque réservé aux hôpitaux publics. Un autre frein important est apporté par les décisions des ARS de coller le périmètre des CHT

aux territoires de santé. Certes c'est dans la loi, mais les professionnels de santé concernés peuvent proposer un projet médical qui ne soit pas forcément un projet qui épouse le territoire, qui peut être trop vaste. Une CHT n'est pas forcément adaptée à des disparités territoriales qui ne seraient pas prises en compte.

Yves Mamou, *agevillage.com* : *Le mot ARS a été peu prononcé. Quelles sont les relations que le GCS entretient avec les ARS ? Et finalement, n'est-ce pas aux ARS de faire le boulot des GCS ?*

Bernard Rouault : Les liens entre ARS et GCS sont simples, le GCS est autorisé par l'ARS. Dans la loi HPST, le législateur a prévu une possibilité pour les ARS de susciter fortement des coopérations entre établissements. Il vaut mieux proposer des choses à l'ARS plutôt que de se les voir imposer. Donc on propose, et l'ARS valide ou pas. En ce qui nous concerne, le lien est très fort avec l'ARS de Bourgogne. C'est aussi notre rôle de proposer des changements et des structurations. Cette vision infra-territoriale, qui peut mieux la défendre et la porter que des professionnels qui sont sur le terrain ?

Hélène Espérou : Il y a une nécessité d'améliorer les relations entre l'ensemble des acteurs. Le modèle de prise en charge des patients atteints de cancer, relativement cadré depuis des années, nous permet d'avoir cette force de proposition et d'innovation de façon très concrète. L'enjeu de la prise en charge des patients après qu'ils aient été traités est très important, et soulève pour nous le problème de la place des Centres dans l'organisation de la suite de la prise en charge des patients qui deviendront des biens portants. La délégation de la prise en charge initiale à l'ensemble des autres professionnels par la suite, est un enjeu extrêmement important sur lequel nous réfléchissons.

Bernard Rouault : J'appelle de mes vœux un certain calme en matière de réforme hospitalière. *A priori*, une nouvelle loi est en préparation. Nous n'avons pas encore fini une réforme qu'il faut déjà anticiper celle qui arrive. Nous avons aussi besoin d'être en « mode pause » pour pouvoir réfléchir à ce qui a besoin d'être fait.