

# 3e Forum FHF - DOLE 13 octobre 2017

## Santé et Territoire d'aujourd'hui à demain

Cette journée a porté la réflexion sur cinq champs d'investigation :

- Territoires : Construire une approche populationnelle
- Construire une politique de santé de Territoire
- L'Hôpital et le Territoire
- Une expérience de territorialisation à l'étranger : le Danemark
- La santé, un levier d'aménagement du Territoire ?

### Propos préliminaires –

#### M. GENRE, Président de la FHF – BFC

Il rappelle le cap qu'il s'est fixé à propos de sa mission de Président :

- Le souci d'améliorer le service public et ses établissements hospitaliers. L'hôpital est un élément d'attractivité du Territoire. Il est un élément d'équilibre du Territoire avec les adaptations qui s'imposent.
- Il met en garde concernant le risque de diminuer la capacité du Territoire en diminuant de manière excessive les lits de médecine.
- Il adhère à l'idée de complémentarité entre les structures privées et publiques. Des accords gagnant/gagnant entre les cliniques et les hôpitaux peuvent se réaliser.
- L'offre de santé sur le Territoire doit se réaliser avec des hôpitaux-pivots, têtes de pont bien équipées et un maillage des hôpitaux locaux assurant la proximité de soins, premiers recours. C'est l'objectif des GHT qui doivent mutualiser les moyens pour réduire les coûts, sans entraîner le « vidage du Territoire ». Le service aux publics doit viser l'amélioration de l'offre de santé sur tout le Territoire.
- Il termine son propos en invitant à ne pas stigmatiser les fonctionnaires comme certains discours le laissent entendre. Lorsqu'il y a des crises sanitaires, ils sont là et assument parfaitement leur responsabilité.

#### M. Cédric ARCOS, représentant M. Frédéric VALLETOUX, Président de FHF

retenu le jour-même par le Premier Ministre et la Ministre de la Santé, en déplacement en Haute-Vienne pour présenter le plan Santé contre les déserts médicaux.

Il souligne le rôle important de la FHF qui est force de transformation du service public hospitalier. Malgré les difficultés (moyens, temps contraints, concurrence, réorganisation qui déstabilise,...) le service hospitalier public reste solide, garant de ses valeurs avec une vision confiante, exigeante et rassembleuse pour l'intérêt des concitoyens.

Avec le nouveau quinquennat, s'affichent la fin des petites mesures, la fin de la politique du rabot et s'ouvrent des chantiers structurels avec comme seule boussole les valeurs du service public.

La ligne de conduite s'appuie sur les principes suivants :

- 1.- la responsabilité populationnelle (RP)

Sur le Territoire, les professionnels de santé libéraux, hospitaliers, doivent organiser l'offre de santé des concitoyens visant la **Prévention**, imaginant une nouvelle gouvernance sans s'attacher à un modèle unique. La responsabilité des acteurs est en lien avec la prise de conscience du coût de la santé en France qui est de 200 milliards d'euros et le fait qu'il y a 6 millions de personnes qui n'ont pas accès aux soins. Chaque acteur rémunéré par les fonds de l'Etat doit s'interroger sur sa mission pour améliorer le système de santé – allusion à la couverture de la permanence des soins, à l'organisation des Urgences,...

La responsabilité s'adresse à l'égard des patients qui doivent bénéficier d'**actes pertinents**, alors que l'on sait que 30 % d'actes sont inutiles. La responsabilité s'adresse également à l'égard des professionnels, pour leur assurer des conditions de travail stimulantes, enrichissantes en concevant des exercices mixtes.

- 2.- Une politique de la Transversalité

Celle-ci doit accompagner le tournant de la **Prévention**. Le GHT est une réforme majeure conduisant à une stratégie de groupe. Mais il n'est pas une finalité ; c'est un outil pour l'aménagement du Territoire auquel est adossé le Projet médical partagé des acteurs, au service de l'amélioration de l'offre de soins. Pas de modèle unique, mais de la coopération, de l'adaptation et... une bonne dose de raison.

La conduite de la réussite de ce chantier est liée à la responsabilité, à plus de transversalité. Ce modèle de financement doit rester la T2A qui a fait ses preuves. La méthode de travail est empreinte de confiance, de subsidiarité, de coopération entre tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux. La réussite passe par une exigence d'innovation dont les CHU font déjà preuve. Et la réussite passe également par la nécessité d'investir dans le système de santé. Notre système n'est pas trop cher. Il n'est pas le problème, il est la solution. C'est un bon investissement pour préparer l'avenir.

La GAFA n'hésite pas non plus à investir dans la santé. Cela est bien un signe d'avenir.

M. Pierre PRIBILLE, Directeur Général ARS – BFC

M. PRIBILLE souligne que FHF/ARS : même combat, même intérêt pour les patients, le sens du service public.

La mission de l'ARS est titanesque. Pour surmonter les difficultés, le sens de la responsabilité oblige à passer par le mode Solution dans un champ de contraintes. Le principe de transparence doit exister. Il n'y a rien à cacher mais tout à partager. Le dialogue doit être permanent pour aboutir à une bonne prise de décision. Le respect de l'autonomie de la gestion des Etablissements est une des conditions de la réussite des GHT. Ce n'est pas une machine à transférer les responsabilités. L'ARS doit être un soutien, un appui avant de paraître le lieu de contrôle des allocations de ressources. Il ne faut pas refuser l'**obstacle**. La réorganisation ne doit pas apparaître comme moins de service public mais un service public **autrement** avec l'espoir de la capacité collective à surmonter les difficultés. Mais tout doit se réaliser dans la **confiance**, la force de propositions émanant du terrain et la volonté d'améliorer le système de santé par des adaptations réalistes.

### Territoires – Construire une approche populationnelle

M. Antoine MALONE – Responsable Prospective FHF

\* Face à notre système de santé fragmenté, les médecins de ville, les hospitaliers, le monde associatif doivent s'unir. Ce qui peut unir, c'est le déploiement de la responsabilité populationnelle. C'est un mode de gestion au plus près du patient qui doit inviter à transformer notre système de santé et relever les trois défis : démographique, épidémiologique et technologique, dans un système budgétaire contraint, avec trois objectifs :

- le meilleur acte de soin pour le patient
- la meilleure santé pour la population
- le meilleur coût pour la société.

La RP est un service clinique au service des patients. Il s'agit d'élaborer des stratégies cliniques intégrées, les mettre en œuvre et les évaluer. Ce n'est pas un générateur de coût mais un moteur de performance.

- Comment construire la Responsabilité populationnelle ?

Elle repose sur six leviers :

- 1 – rôle central des acteurs de première ligne au contact des patients et de la population
- 2 – focalisation sur les besoins de santé de la population sur un Territoire
- 3 – organisation qui recherche l'amélioration des stratégies intégrées des acteurs par un travail en commun
- 4 – mobilisation de la population, des citoyens
- 5 – prises de décision appuyées sur des données probantes
- 6 - élaboration d'une politique favorable.

Cela implique trois modifications dans les pratiques et modes de travail

- a) L'approche populationnelle impose de sortir de l'hôpital et de construire des ponts, de la confiance avec l'ensemble des acteurs sanitaires, médicaux sociaux
- b) L'intégration très poussée de la Santé Publique et des services de santé. Il s'agit de bien connaître les populations et concevoir des interventions spécifiques à chacune d'elles et les

évaluer. Ces interventions sont basées sur des données scientifiques probantes. C'est la matière première du pilotage de l'organisation à tous les niveaux. Cela revient à stratifier les gens en populations cliniques, en sachant que les offreurs de soins ne couvrent que 25 % des besoins de santé. L'état de santé est essentiellement corrélé aux statuts socio économiques des personnes.

Sur un Territoire, il convient de repérer les besoins en santé : s'agit-il de ceux des jeunes, des migrants, des personnes âgées, des défavorisées,... et trouver des modes d'intégration spécifiques adaptés à chaque population pour améliorer leur état de santé.

c) Travailler en mode projet :

Aujourd'hui, les offreurs de soins travaillent en **gestion de flux**. Dans une approche populationnelle, le travail en **mode projet** permet de s'attaquer à ce qui génère les flux, de manière pro-active. On s'intéresse, pour une population donnée, aux causes et on réfléchit à une stratégie intégrée, au déroulement de l'ensemble des prises en charge. On définit ainsi des objectifs SMART : spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, temporairement définies - et l'on évalue pour adapter les processus.

***Un guide pratique de l'approche populationnelle*** est en cours d'élaboration à la FHF qui a fait appel à l'expertise du Dr Denis ROY, Vice-Président de *l'Institut National en Excellence en Santé et en Services sociaux du Québec* (INESSQ).

Suite à la présentation du concept de Responsabilité Populationnelle, une table ronde, réunissant les responsables locaux de Bourgogne et de Franche-Comté, a eu lieu. Elle a pointé déjà des prémisses de réflexion sur l'exercice coordonné (médicaux, paramédicaux) l'installation de pratiques en mode exercices groupés, l'informatisation des patients (ex. : 200 000 dans le GHT de Haute-Saône), liens avec les usagers vécus comme des patients experts, mise en place dans la Nièvre de la *Maison de l'Obésité*. Avec l'illustration de toujours être en mode Solution et de ne pas refuser les obstacles.

M. PRIBILLE a conclu la table ronde en rappelant la priorité donnée à la prévention et que les GHT ne sont pas là pour déstabiliser mais doivent être perçus comme une reconquête de la proximité. Ils doivent offrir une porte d'entrée du système de santé en étant au plus près de la population. Ils favorisent la gradation des soins en offrant la perspective d'accès à un service de soins le plus performant. Cela repose sur l'exercice des soins coordonnés. La télémédecine contribue à l'organisation d'une meilleure médecine.

Tout n'est pas parfait. Mme BEAU, Directrice du CHU de DIJON, a souligné les rigidités, les contradictions qui paralysent l'évolution du système de santé. On prône, d'un côté, l'ambulatoire mais on contingente l'allocation Transport. On valorise la télémédecine sans clarifier son mode de financement. Le Centre Hospitalier restant le recours universel, il se produit des hospitalisations non pertinentes pour les personnes âgées par exemple. Pour elle, il faut décroquer le système de santé, permettre des expérimentations. Pour l'heure, elle reprend la réflexion d'un administrateur de la DATAR qui a pu dire : « La France avance tous freins serrés ». Il en est de même pour le système de santé.

### **L'Hôpital et le Territoire – Du concept à la réalité**

Emmanuel VIGNERON, Professeur d'aménagement sanitaire, Université de MONTPELLIER/IDEHATE.

Son propos comprend trois parties :

#### 1.- une idée ancienne mais une nécessité aujourd'hui renforcée

\* déjà après la Révolution, on a eu le souci que l'Hôpital réponde à une démarche populationnelle pour des raisons sociales et sanitaires, réduisant les inégalités territoriales profondes. Celles-ci se creusent à nouveau. En 1789, dans les cahiers de doléances, la question de santé occupe une très grande place ;

\* la médecine s'est enfermée dans les hôpitaux. Claude BERNARD a induit la médecine expérimentale. Depuis 1950, les hôpitaux ont développé les recherches sur paillasse qui ont conforté l'activité médicale des hôpitaux.

\* à présent, il faut abattre les murs de l'Hôpital.

## 2.- Comment en sommes-nous venus aux GHT ?

Sans disruption, les lois successives de 1970 : article 5, article 30 de l'Ordonnance du 24 avril 1996, puis article 22 de la loi HPST de 2009, ont installé progressivement le concept de Responsabilité populationnelle. Mieux dépenser, tout en recherchant la qualité à travers la gradation des soins.

## 3.- Comment faire progresser et faire vivre les GHT ?

Développer la stratégie de groupe en rassemblant quatre conditions de viabilité :

- a) Connaître le Territoire avec l'installation de la Responsabilité populationnelle
- b) Réunir les partenaires, acteurs de la santé du Territoire
- c) Avoir l'assurance de la vie devant soi. Il faut du temps pour déployer les stratégies d'amélioration du système de santé
- d) Pratiquer une pédagogie stimulante.

## Une expérience de territorialisation à l'étranger : le Danemark

Anne SMETAND – Chef consultant, Healthcare Denmark

- Le Danemark compte 5,7 millions d'habitants.
- La transformation du système de santé s'est appuyée sur le partenariat public/privé, sur la détection précoce des maladies critiques
- Les hôpitaux ne fonctionnent pas sur le mode/silots : ils sont en prise avec les libéraux et les services offerts par les municipalités
- La vision du système articulant Hôpital et Médecine de ville, c'est garder le patient le plus possible à la maison. La dépense de santé correspond à 9 % du PNB. Les municipalités financent 20 % du budget de santé. La moyenne de séjour à l'hôpital est de 3 jours avec espoir de rabattre à 2 jours. On ne peut pas se rendre aux Urgences directement. Il faut passer d'abord chez le Médecin généraliste. Les ambulances sont connectées. Elles constituent un service Pré-Hôpital. 7 à 8 mn suffisent pour qu'elles soient orientées vers le service *ad hoc*. Les Urgences s'effectuent dans une ambiance très calme, tout est numérisé. Les hôpitaux n'offrent que des chambres à un lit qui assurent au patient un meilleur sommeil, moins de risque infectieux, une meilleure communication soignant/malade et une plus grande confidentialité. Un lit est prévu pour un membre de la famille. L'Hôpital –à l'image de l'aéroport- vise par l'informatique « au juste temps » pour assurer un flux rapide des patients. Robotique, télé-médecine favorisent cette exigence.
- En résumé : les soins les plus proches du citoyen changent le rôle des Hôpitaux.

## La Santé, un levier d'aménagement du Territoire

Table ronde animée par M. Emmanuel LUIGI, Directeur du Centre Hospitalier LOUIS PASTEUR à DOLE.

- Le Professeur Francis AUBER : Professeur d'économie AGROSUP, INRA Dijon, s'interroge sur le découpage fonctionnel des 12 GHT de Bourgogne/Franche-Comté. L'augmentation de la taille d'un Territoire accroît son hétérogénéité. Chaque problème a son périmètre. Rappelons que nous sommes passés de 780 Centres hospitaliers à 135 GHT.
- La démarche du Parc Régional et celle des GHT ont été mises en parallèle. Dans le premier, il s'agit de protéger, puis ensuite d'installer une dynamique entre les acteurs, les usagers. La mise en réseau recherche la réponse adaptée. Pour l'heure, les parcs sont connectés avec les communes : ce n'est pas le cas des territoires Santé qui sont déconnectés du terrain.
- Gilbert BARBIER, Sénateur honoraire du Jura, révèle que la distance avec les hélicoptères fonctionnant 24 h/24 ne devrait plus être rédhibitoire pour accéder à la pertinence des soins. Il déplore que la France se situe à la 11<sup>e</sup> position en termes de qualité du système de santé. Force est de reconnaître une dégradation de notre système de santé, un recul de l'accessibilité, un manque d'équité. Ne se dirige-t-on pas vers un *low cost* en médecine (paupérisation des médecins hospitaliers) ?
- M. Rémi REBEYROTTE, Député de Saône-et-Loire, soulève le problème de l'implantation des médecins qui sont en nombre suffisant mais répartis inégalement.

- M. LUIGI conduit la table ronde en affirmant que la santé est bien un levier d'aménagement du Territoire à condition qu'il y ait :
  - Un projet médical partagé,
  - Un réseau d'acteur
  - Une confiance réciproque en pratiquant le langage de la Vérité
  - Avec une bonne dose de pragmatisme.

Et pour terminer, Mme Catherine SADON, Maire de SEMUR-en-AUXOIS, retient deux mots forts qui ont traversé la journée :

**Confiance et Dialogue.**

*Claude CAMUS  
Représentant des Usagers  
Membre du C.A. de l'ARUCAH  
14 octobre 2017*