



## Montpellier – Mardi 8 décembre 2009

En introduction de la rencontre de Montpellier le 8 décembre 2009, Pascal Maurel, Directeur général du groupe Décision Santé à l'initiative de cette démarche nationale, a souhaité rappeler l'objectif de ces débats.

Depuis juillet 2009, le système de santé français a franchi une nouvelle étape à travers le vote de la loi Hôpitaux Patients Santé Territoires. Cette nouvelle législation implique des changements structurants et importants selon un schéma d'évolution de grande ampleur. Comme toute adaptation, celle-ci ne sera ni simple ni évidente pour les acteurs et les organisations, tout comme pour les usagers.

- *La collaboration entre les établissements, la mutualisation des ressources humaines, techniques et financière, de nouveaux dispositifs de gouvernance équilibrés seront les moteurs d'un décloisonnement majeur destiné à permettre une meilleure prise en charge des patients.*
- *Les Agences Régionales de Santé coordonneront toutes les structures et toutes les ressources d'une région, publiques et privées, de ville et hospitalières.*
- *Une priorité dorénavant : recentrer la prise en charge sur le parcours patient plutôt que sur les établissements.*
- *Il est important que les nouvelles opportunités de collaborations ne se réduisent pas à des passerelles entre la ville et l'hôpital, intègrent également au cœur du système le champ du médico-social, les structures de réadaptation et rééducation, les réseaux EHPAD, les maisons de santé, etc. pour une coordination et une cohérence optimales au bénéfice du patient.*

**Alain Manville, Directeur Général du CHRU de Montpellier**, a souligné que toute réforme apporte son lot de craintes, d'espoirs, de doutes et d'inconnues. Ambitieuse, la réforme actuelle devra être abordée dans une vision stratégique et prospective permettant de tirer le meilleur parti de la loi.

Elle se décline en deux dimensions : il s'agira d'une part de poursuivre la modernisation en interne des structures, et d'autre part de développer des réseaux en externe.

Jusqu'alors, les CHU représentaient pour les autres structures de santé une sorte de « grand frère », mais aussi parfois un imposante, tentaculaire. La mise en place d'une nouvelle gouvernance est aujourd'hui incontournable, à travers la valorisation de pôles d'innovation, la délégation de gestion, la refonte des instances de décisions.

Une place importante sera donnée à l'ambulatoire et à la télémedecine pour désengorger et fluidifier le système. La mise en place de plateformes régionales d'imagerie par exemple ne pourra être menée à bien sans des partenariats entre établissements publics et établissement privés.

Alain Maville a attiré l'attention sur le fait qu'il n'était en aucun cas dans l'idée des CHRU de s'approprier la réforme en absorbant les autres structures, mais bien au contraire de développer des coopérations et des réseaux, et de valoriser les ressources de la région à travers, entre autre, leur mutualisation. En ce sens, la loi HPST offre des outils juridiques nouveaux qui faciliteront les démarches et les articulations entre structures.

Concernant l'enseignement et la recherche, indissociables de toute réflexion sur notre système de santé, la loi apporte la fin des monopoles et l'instauration d'une saine complémentarité entre public et privé grâce à des dispositifs de contractualisation. Les activités d'enseignement et de recherche doivent également être développées et mutualisées dans un contexte de concurrence nationale et internationale accrues.

**Dr Martine Aoustin, Directeur préfigurateur de l'Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon**, a commencé par exposer les trois axes forts de cette nouvelle loi : l'approche transversale, l'ancrage territorial et de nouveaux leviers d'actions. L'objectif final étant de mieux répondre aux besoins de la population et du terrain dans un souci d'égalité d'accès à des soins de qualité. Pour cela, il faut que la mobilisation des ressources ne soit pas un obstacle : c'est dans cette perspective que les ARS vont regrouper l'Etat, l'Assurance Maladie et toutes les structures médicales et médico-sociales d'un territoire.

Le Docteur Aoustin a exprimé son souhait que le directeur de l'ARS reste en proximité avec l'ensemble des structures, ce qu'elle juge fondamental pour un bon pilotage de la politique de santé d'une région. Elle s'est également engagée sur la maîtrise des dépenses : « Il faut que les besoins rencontrent l'offre dans la meilleure efficacité des coûts de santé ».

**Le laboratoire Novartis, partenaire de ces Rencontres de la Santé 2009-2010 et représenté par son Directeur des relations Institutionnelles et économique Jean Bourhis**, a également tenu à exprimer son engagement auprès de tous les acteurs concernés par ces réformes. Empreinte des valeurs d'innovation, de performance et soucieuse de sa responsabilité sociétale, l'entreprise souhaite contribuer à faciliter la mise en place du dispositif et a pour cela mis en place de nouvelles directions des relations institutionnelles et économiques dans chaque région afin d'être à l'écoute de ses partenaires et de développer des partenariats innovants et pertinents sur le terrain.

Le Laboratoire, engagé depuis près de dix ans à travers sa Fondation d'entreprise dans l'accompagnement de l'entourage des patients, a également souligné que le nouveau système de santé devra accorder plus de place aux familles qui se révèlent être de précieux partenaires de soin.

**Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des Comptes, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) et ancien président du Haut conseil des professions paramédicales**, bien qu'en accord avec tout ce qui a été évoqué précédemment, a fait part de ses doutes et ses réserves. « Ce texte crée un nouveau paysage mais il reste encore bien sûr des zones inconnues et floues. Tout va dépendre des textes d'application » a-t-il souligné.

D'après lui, un certain nombre d'éléments ont été préfigurateurs de cette loi :

- Un nouveau système de financement qui a introduit notion de performance et d'évaluation de la dépense publique dès les années 2000
- Une révision générale des politiques publiques consistant à auditer toutes les politiques publiques, notamment dans le domaine de la santé. Il est ressorti de ces évaluations que l'hôpital était « un trou noir » de 50 milliards d'euros par an sans que l'Etat n'ait une visibilité claire sur l'efficacité de l'utilisation de cet argent, et avec pour résultat une permanence et une équité des soins médiocres

Au regard de ces constats, une concertation a été mise en place pour trouver meilleur modèle de santé possible. La réforme qui en est issue est très ambitieuse, elle propose pour la première fois une vision globale de la politique de santé : la prévention, les soins, puis la réadaptation et le suivi.

Plusieurs exemples d'expériences innovantes ont ensuite été présentées afin mettre en lumière les nombreuses initiatives régionales fructueuses qui ont vocation à être généralisées.

### **1) Hôpital de Carcassonne et polyclinique Montréal : convention commune de protocoles de prise en charge en oncologie médicale**

Dr Bernard Balza et Bertrand Mignot ont présenté la collaboration médico-pharmaceutique public/privé mise en place entre l'Hôpital de Carcassonne et la polyclinique Montréal de Carcassonne. Grâce à l'établissement d'une convention de prise en charge commune, les activités onco-médicales des deux établissements ont été intégrées à un dispositif commun géré par une seule équipe partagée. Ce dispositif prévoyait également une seule pharmacie pour les deux établissements.

Les enjeux étaient les suivants:

- Préserver une offre de soin publique et privée en oncologie ;
- Offrir un accès facilité aux consultations
- Faciliter une prise en charge complète des patients cancéreux
- Répondre au problème de géographie médicale

Un an après la mise en place de cette collaboration, les établissements ont constaté une croissance de 24% pour la polyclinique et une croissance de 23% pour le CH, soit un développement majeur des deux structures. Grâce à un engagement constant des professionnels pour faire vivre cette alliance, cette croissance est linéaire, elle progresse mois après mois.

Naturellement, la mise en place du dispositif a nécessité une phase d'uniformisation des protocoles et des pratiques de prise en charge.

Plusieurs difficultés se sont néanmoins présentées : d'une part, la loi HPST n'existant pas à l'époque, cette alliance n'a pas pu bénéficier d'un statut juridique parfaitement adapté ; d'autre part, la question des tarifications différentes entre le public et le privé a nécessité des aménagements et une démarche d'information auprès du patient.

### **2) GCS utilisation partagée du plateau technique de cardiologie en CHU avec les médecins libéraux, Dr Marc Ferrière et Frédéric Rimattei**

Le projet de partage du plateau technique de cardiologie a vu le jour à partir d'un constat : une file d'attente excessive (3 mois d'attente pour examens), un plateau technique de très haut niveau souvent disponible car le CHU ne possède pas assez de praticiens pour l'utiliser à plein temps et une géographie médicale qui nécessite de mener une réflexion sur les ressources de la région.

La volonté :

- Améliorer service public et diminuer les files d'attentes
- Améliorer la prise en charge des patients
- Rentabiliser davantage les moyens techniques et humains

Dans ce dispositif, tous les patients restent des patients du CHU et leur prise en charge est essentiellement ambulatoire pour le moment. Un esprit « éthique » de service public est conservé : la tarification se fait à l'acte mais dans le cadre secteur 1 obligatoire.

En une année de fonctionnement, le taux d'utilisation du plateau de cardiologie est monté à 85%. Les délais de rendez-vous sont passés de trois mois à 8-15 jours, l'activité a été majorée (bien que cela ne fût le but à l'origine). Il est envisagé, pour aller plus loin, de proposer aux médecins libéraux d'apporter leur propre clientèle, mais pour le moment, les membres du GCS tant hospitaliers que libéraux se montrent assez réticents.

La région Languedoc-Roussillon est très riche en coopérations, en voici une sélection.

- Un partenariat entre les CHRU de Nîmes et de Montpellier concernant les activités de recherche.  
L'hôpital de Montpellier dispose de laboratoires de pointe tandis que Nîmes bénéficie de moins de moyen. L'objectif : coordonner les ressources, partager les plateaux et mettre en commun les budgets. Une gouvernance équilibrée était nécessaire, d'où la mise en place d'une délégation à la recherche commune aux deux établissements. La mise en place opérationnelle aura lieu à partir de janvier.
- Un partenariat territorial entre le CHRU de Montpellier et celui d'Arles, pourtant hors région Languedoc-Roussillon.  
Il s'agit d'un projet de préfiguration de communauté hospitalière de territoires. Réseaux EHPAD, radiothérapie, etc. pour activités en commun ; Cependant, ce projet fait apparaître une des limites de la loi HPST: les collaborations existantes entre des régions différentes vont-elles être amenées à disparaître ?
- Partenariats industriels : donner accès aux professionnels de santé aux datas des essais industriels réalisés par l'industrie pharmaceutiques afin qu'ils puissent anticiper les évolutions scientifiques et biomédicales. Ce projet est en cours de réflexion.
- Contre les déserts médicaux et pour tous les dispositifs de collaboration, la télémédecine sera un outil incontournable, a souligné Pierre Marès, Président de la CME du CHU de Nîmes, et la loi HPST la favorise. Elle permet de gagner la confiance des patients car ils voient que les professionnels qu'ils ne connaissent pas les connaissent eux, connaissent leur dossier médical, et sont capables de les prendre en charge avec la même qualité de soins que leur médecin traitant.
- Jean-Marie Kinowski a également exprimé la réelle volonté de coopérer entre la pharmacie hospitalière et les officines de ville.  
Par exemple, une étude pilote a été menée pour limiter l'iatrogénie médicamenteuse. Le pharmacien hospitalier prend systématiquement contact avec pharmacien libéral prescripteur pour vérifier.
- Des groupes de travail sur le circuit des médicaments entre le public et le privé. Environ 50 professionnels participent à ces groupes de réflexion que devraient déboucher sur un guide à l'usage des établissements sur la gestion des risques médicamenteux.

### **CME**

Des inquiétudes ont par ailleurs été exprimées quant au modèle de gouvernance que vont créer les décrets d'application de la loi. La nouvelle composition des CME va notamment probablement rompre l'équilibre actuel car les médecins de pôles nommés par les directeurs d'établissement seront automatiquement membres de droit. Les CME seront donc constitués de membres élus et de membres nommés, mais on ne connaît pas encore la répartition entre les deux. Le CME risque également de perdre son importance car il ne votera plus le PRV.

### **SESSION III - Table-Ronde: Gouvernance régionale et territoires de santé**

Jacques Domergue, Député du Languedoc Roussillon a lui aussi témoigné de son attachement à la vision d'une mission de service publique de soin globale quelque soit le statut public ou privé des établissements. Sur la question de la place du politique dans le nouveau système, Jacques Domergue a précisé que la loi HPST ne rend plus le maire d'une commune automatiquement directeur de l'établissement de santé, ce qui permet d'ouvrir la direction à d'autres profils.

Henri Pujol, ancien Président de la Ligue contre Cancer a offert aux participants un brillant plaidoyer en faveur d'une plus grande considération des patients, qui doivent être au cœur de tout système, toute pratique : « Les directeurs d'hôpitaux doivent rendre les médecins et les infirmières heureux car c'est

ce qui rend les patients heureux. Le malade veut qu'on le regarde, qu'on lui parle, qu'on s'occupe de lui. Pourtant aucune loi ne dit ça. Les contraintes de temps et de moyens sont importantes, nous le savons, mais c'est le patient qui importe avant tout» a-t-il déclaré avec beaucoup de sincérité. Un des enjeux importants qu'Henri Pujol a également souligné et qui apparaît de manière croissante depuis quelques années maintenant est l'irruption des familles dans le système de soin, famille qu'il va falloir savoir intégrer comme partenaire dans la prise en charge d'un patient.

## **Pharmacie**

La question des évolutions à venir dans le champ de la pharmacie est également des plus importantes: la loi incite à faire dialoguer et coopérer les pharmaciens hospitaliers et les pharmaciens libéraux. Grâce à la loi HPST, le pharmacien devient 1er recours au même titre que médecin : bien que cette évolution ne soit que marquer dans la loi ce qui se fait sur le terrain, il s'agit là d'une réelle valorisation de la profession qui sera désormais très visible dans l'accompagnement des patients notamment du point de vue de l'éducation thérapeutique et de la coordination des professionnels. Grâce à la carte vitale et au dossier pharmaceutique d'un patient, pharmaciens hospitaliers et d'officine pourront assurer une continuité dans les traitements de sortie par exemple.

Plusieurs sujets sensibles ont été soulevés au travers des nombreux échanges entre les participants :

- Il est important de prendre garde à ne pas réduire les nouvelles opportunités de passerelles à la ville et l'hôpital, il faut qu'elles se construisent également entre l'hôpital et les réseaux d'EHPAD, l'hôpital et les Maisons Régionales de Santé, les structures de soins et de réadaptation, etc. En effet, lorsque le patient quitte l'hôpital, il ne rentre pas toujours à son domicile, et il faut alors assurer une continuité avec toutes ces structures
- Le développement de coopérations avec le champ du médico-social (associations, assistantes sociales, etc.) est absolument essentiel et n'a pourtant que peu été évoqué lors de cette rencontre alors même qu'il constitue un pilier de la loi.
- La médecine du travail ne fait pas partie des compétences des ARS. Il s'agit pourtant d'un secteur qui souffre d'une grave pénurie de moyens humains, organisationnels et financiers. Un comité national sur les conditions de travail s'est tenu le 4 décembre mais les négociations avec les partenaires sociaux n'ont pas abouties dans l'attente de la loi qui fixera la gouvernance de la santé du travail et les moyens qui lui seront attribués.

La loi induit une restructuration organisationnelle majeure, mais il est important qu'elle ouvre la voie au rééquilibrage des pouvoirs. Plusieurs experts ont regretté l'absence de représentation des usagers dans les nouvelles instances de gouvernance alors que leur présence est essentielle pour faire progresser le système.

Pour sa part, Edouard Couty a conclu de façon nuancée : le débat est resté principalement centré sur la dimension médicale et hospitalière de la loi, reflétant peut-être les difficultés qui se présenteront sur le terrain pour construire des passerelles entre le médical et le médico-social, comme la loi le promet pourtant.

Jean Bourhis est quant à lui beaucoup moins sceptique sur ce point, et a insisté sur l'engagement de l'industrie pharmaceutique en tant que soutien majeur dans le domaine de l'éducation thérapeutique et dans la création de réseaux entre professionnels de santé, qu'ils viennent du public ou du privé, du médical ou du médico-social.

### **Contact presse :**

Pauline Foucher

Ruder Finn

01 56 81 15 07 / [pfoucher@ruderfinn.fr](mailto:pfoucher@ruderfinn.fr)