

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton  
75012 Paris

## Synthèse des échanges

### ➤ Intervention de M. Boiron et M. Fellingner auteurs du rapport « mission hôpital public »

Deux ans après l'adoption de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), une mission d'accompagnement de la réforme, dont les membres appartiennent à la communauté hospitalière, a été mandatée par le ministre en charge de la santé. L'objectif était d'évaluer le ressenti, par les équipes de directions et les cadres, des différentes réformes qui se sont succédées au cours de la dernière décennie. Cette mission, menée de septembre 2011 à janvier 2012 et pilotée par M. Boiron et M. Fellingner, a donné lieu à la rédaction d'un rapport qui a été mis en ligne (<http://www.sante.gouv.fr/mission-hopital-public.html>). L'approche n'est donc ni scientifique ni technocratique<sup>1</sup>. Quelques tendances peuvent être dégagées :

- Un attachement puissant à la notion de service public (SP). La disparition du terme service public hospitalier (SPH) ayant été mal perçue par les acteurs hospitaliers ; Le SP doit cependant être modernisé
- Un sentiment d'injustice s'est développé vis-à-vis d'un discours dominant (médiatique et politique) critique sur l'hôpital et qui ne rend pas suffisamment compte de ses réussites ;
- La notion de territoire a été appropriée par les acteurs (enjeux de coopérations entre établissements, de stratégie de groupe dont l'objectif est de garantir une offre publique de qualité) ;
- Les équipes hospitalières mettent en exergue un besoin d'information et de formation ;
- Sont également mises en avant les relations complexes entre les établissements et les autorités de tutelle.

Il est en outre demandé aux pouvoirs publics une pause réglementaire. Nonobstant le légalisme des équipes hospitalières, celles-ci demandent l'arrêt de la multiplication des réformes : les pouvoirs publics doivent pouvoir faire confiance aux acteurs dans l'adaptation des réglementations.

Dix propositions ont été élaborées dans le rapport, parmi lesquelles:

- Restaurer dans la loi et valoriser la notion de SPH ;
- Corriger les effets négatifs de la T2A : le modèle T2A est contestable mais il n'est pas rejeté globalement. Pour autant, ce modèle demeure une antithèse à la coopération (du fait des effets de seuils par ex appliqués aux forfaits);
- Stabiliser le cadre législatif et réglementaire actuel ;
- Organiser un appui régionalisé et territorialisé ;
- Rénover les relations entre les ARS et les établissements ;

<sup>1</sup> Près de cinquante réunions territoriales ou internes aux établissements ont ainsi été organisées où se sont rassemblés à chaque fois entre 30 et 180 personnes – cadres de direction et responsables médicaux, personnels d'encadrement, praticiens hospitaliers – ainsi que, selon les régions, des représentants de l'ARS (DG ou collaborateurs), des représentants des délégations régionales de la FHF, avec une composition variable selon les disponibilités et les thèmes abordés.

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton  
75012 Paris

## Synthèse des échanges

### ➤ Les thèmes abordés lors de la discussion

Les éléments *infra* intègrent les réflexions et observations des intervenants ainsi que les réponses apportées, notamment par M. Boiron et M. Fellingier.

#### • **Quelle image est véhiculée par les établissements publics de santé ?**

Certains intervenants font le constat que l'image des établissements publics de santé s'est détériorée. La coexistence de deux objectifs contradictoires serait à la base de ce ressenti négatif (tant externe qu'interne aux établissements) :

- la maîtrise des couts ;
- l'exigence de rentabilité.

Parallèlement à ce ressenti général, est mise en exergue la souffrance au travail qui existe dans les établissements publics. Si l'on veut redonner un sens à la notion de « SPH » encore faudrait-il donner de la confiance aux acteurs en charge de ce service.

Sans contester ces propos, il est également souligné l'importance de ne pas dépeindre les établissements publics comme des structures dysfonctionnant : la vision ne peut et ne doit pas être uniquement négative.

#### • **Quelle acception pourrait avoir le SP de demain ?**

Dans la continuité des interventions ayant eu lieu lors de la première séance, il est rappelé que le SP ne peut s'arrêter à la porte de l'hôpital. Or s'accumulent depuis plusieurs années des réformes uniquement centrées sur les établissements de santé. La notion de « territoire de SP » devrait donc dépasser celle de « territoire hospitalier ». *In fine*, un lien devrait s'établir entre la médecine de ville, les services d'aide à domicile, le médico-social et les établissements de santé. Le rôle structurant de l'hôpital, acteur social et économique sur un territoire, doit être réaffirmé et les missions propres à chaque acteur clarifiées. Dès lors qu'est intégrée dans la définition du SP la notion de « parcours », cette approche plurielle du service public devient incontournable.

Un lien est établi entre cette conception du SP et les soins en psychiatrie (où la notion de secteur a permis en son temps de développer la prise en charge « hors les murs »).

Cette première base de discussion a permis une proposition de définition du SP : Le SP serait composé d'un ensemble d'obligations incombant, sur un territoire donné, à l'ensemble des acteurs, dans l'objectif s'organiser pour que toute personne accède aux soins. Cela induit une prise en charge totale et effective des besoins, une mobilisation de l'ensemble des acteurs, un service de qualité et une accessibilité (notamment financière) des soins.

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton  
75012 Paris

## Synthèse des échanges

### • Le rôle de l'état et des ARS dans la conception du SPH ?

Les intervenants ont souligné le rôle de l'ARS dans l'organisation du SPH.. A ce titre, les ARS devraient disposer d'outils de planification et de régulation ayant trait tant au secteur hospitalier qu'ambulatoire.

Enfin, a été soulevé la question du rôle de l'État : le SP doit-il être régalien ou devrait-on déconcentrer sa responsabilité (permettant notamment une adaptation des règles générales et un financement régional responsabilisant – via la construction d'objectifs régionaux des dépenses de l'assurance maladie)?

### • L'évolution des modalités de financement du SPH ?

Plusieurs interventions ont souligné que la T2A a eu un effet positif, notamment pour les établissements publics, personne ne défendant le retour à la dotation globale. La T2A ne peut être considérée comme étant à l'origine de l'ensemble des dysfonctionnements que subissent les établissements de santé. Pour autant, les modèles de financement doivent évoluer, et à ce titre plusieurs axes d'évolution ont été évoqués :

- Retour à un financement mixte ;
- Introduction d'une démarche qualité dans la T2A (au delà d'une simple évolution des procédures d'accréditation) ;
- Introduction de la notion de pertinence des actes dans les modèles de financement ;
- Valoriser financièrement le « temps de soignant passé ». Il est à ce titre souhaité la création d'une CCAM clinique.

En outre, dans la perspective d'un SP de santé et d'un pilotage régional de ce dernier, le déploiement d'enveloppes fongibles apparaît comme une solution pertinente.

Certains intervenant soulignent néanmoins que la T2A, bien qu'adapté comme prix administré de marché, ne peut être un modèle adapté pour le financement des urgences, des maladies chroniques, et des pathologies liées aux personnes âgées. A ce titre une dotation modulée sur quelques indicateurs d'activité serait une alternative. Ce constat ne fait cependant pas consensus.

Enfin, pour garantir le SPH, la stabilité des dotations garantissant son financement est souhaitée.

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton  
75012 Paris

## Synthèse des échanges

➤ **Présentation de la DGOS : distinction entre les notions de SPH, de missions de service public, de missions d'intérêt général et de service d'intérêt économique général (cf. présentation)**

La loi du 31 juillet 1991 a modernisé la notion de SPH introduite par la loi du 31 décembre 1970 en étendant à l'ensemble des établissements de santé des missions qui étaient précédemment du ressort exclusif du service public hospitalier dont: l'activité de prise en charge des urgences et des femmes enceintes.

La loi HPST en abrogeant les dispositions relatives au SPH a rompu le lien entre le statut des ES et les missions qu'ils exercent. Les missions qui caractérisaient pour partie le SPH ont été ainsi qualifiées de Missions de Service Public (MSP) pouvant être assumées par tout ES. Des obligations (qualité des soins, égalité d'accès et tarifs opposables) ont été imposées aux établissements attributaires des missions pour le champ d'exercice de la mission.

Le décret du 24 avril 2012 définit les modalités d'attribution de 5 MSP: la PDSES, les soins palliatifs, la lutte contre l'exclusion sociale ainsi que les 2 MSP sur la prise en charge des personnes retenues. Les missions non concernées par ces modalités sont celles pour lesquelles un régime juridique préexistait (ex : aide médicale d'urgence, développement professionnel continu, accueil des internes ...).

L'attribution de ces MSP est fondée sur la procédure dite de reconnaissance prioritaire, le lancement d'un appel à candidature étant subsidiaire en cas de carence. A l'issue de la période d'attribution (souvent 5 ans, soit la durée du CPOM), l'attribution sera renouvelée dans les mêmes conditions que la reconnaissance prioritaire sous réserve de la bonne réalisation de la mission et du besoin défini par le SROS.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a créé au sein de l'ONDAM une dotation nationale pour le financement des missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIG- AC). Les MIG sont limitativement énumérés par voie réglementaire (au nombre de 100 aujourd'hui). Le recouvrement est aujourd'hui partiel entre les MSP telles que définies par la loi HPST et les MIG (cf. tableau). A l'instar des MSP, les MIG participent nécessairement au financement d'engagements portant sur des missions précises et ne renvoient pas à des obligations.

Malgré l'absence de définition du SPH dans le droit positif, les principes du service trouvent déjà une certaine application dans le droit actuel en matière d'égalité, de mutabilité et de continuité.

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton

75012 Paris

## Synthèse des échanges

Le droit communautaire encadre les dotations attribuées aux services d'intérêt économique général (SIEG). La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne précise trois conditions cumulatives à réunir pour qu'un opérateur soit qualifié comme étant en charge d'un SIEG (activité économique de l'opérateur, mission dévolue par un acte exprès et explicite de la puissance publique, intérêt économique général de la mission). Les établissements de santé, dans l'exercice d'une MIG ou d'une MSP, correspondent ainsi en France à cette catégorie d'acteur économique. Or toute dotation attribuée à un SIEG est une aide d'État présumée compatible si les critères suivants sont satisfaits : existence d'un mandat d'exécution des obligations de service public, paramètres de calcul de la compensation établis préalablement et absence de surcompensation.

### ➤ **Discussion suite à l'intervention de la DGOS**

Certains intervenants soulignent que la santé ne peut être considérée comme un service marchand ouvert à la concurrence. Pour autant, il est rappelé que les principes du droit communautaire s'imposent au droit interne. Le cadre actuel nous oblige à regarder le système de financement et du droit des autorisations comme des activités répondant au principe de la concurrence et aux obligations qui pèsent sur les aides d'État.

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton  
75012 Paris

## Synthèse des échanges

### ➤ **Synthèses des notions et problématiques évoquées** (Faites en séance par Christian DUBOSQ)

#### • **Service public de santé, service public hospitalier et parcours**

Le service public hospitalier est une composante d'un « service public de santé » (SPS). Les contours de ce SPS devraient donc aussi être précisés, au moins en termes de champ, voire en termes juridiques le moment venu dans la loi, comme cela fut fait par exemple pour l'offre de soins de premier recours dans la loi HPST. Pour rappel, lors de son intervention D.TABUTEAU avait indiqué que le SPS devrait s'organiser autour de 4 éléments : le SP Hospitalier, le SP « médecine de ville » (à définir via le système conventionnel), le SP médico-social et le SP sécurité sanitaire (prévention-sécurité).

Le SPH est une composante d'un « service public de santé » territorialisé, et ce SPH doit être abordé dans ses dimensions « soins », « prévention », « médico-social », mais aussi économiques et sociales sur un territoire.

Au sein d'un SP de santé territorialisé, la place des établissements de santé publics et privés doit être appréciée au regard des évolutions en cours (attente des usagers et des professionnels en matière de pratiques : travail en équipe, soins en ambulatoire, prise en charge des maladies chroniques, relations avec la ville et le médico-social,...) qui vont dans le sens d'un SP de santé moins hospitalo-centré.

Dans le cadre d'un SP de santé territorialisé, la question des outils d'articulation entre les différentes composantes est posée : programmes territoriaux ? contrats locaux de santé ? Logique de « parcours » ?

Un SP Hospitalier rénové passe notamment par moins de textes et d'instructions, et plus de souplesse, un environnement stabilisé, une relation de confiance avec les ARS, des coopérations renforcées territorialement.

#### • **Les débats sur la T2A**

La T2A est-elle bien adaptée pour financer certaines prises en charge (ex : prises en charge des pathologies des personnes âgées, des maladies chroniques), ou au contraire un financement sous forme de « dotations » ou de « forfait » serait-il préférable ?

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton

75012 Paris

## Synthèse des échanges

Les modalités de financement des MIG sont multiples, comme la DGOS l'a démontré, et ne permettent pas une bonne lisibilité des financements de ces missions et de leur adéquation aux charges.

Les modalités actuelles assurent-elles bien le financement des contraintes spécifiques du SPH (notamment le H24) ?

Comment, et faut-il, prendre en compte « toutes ou parties » des spécificités dans la détermination des tarifs, au-delà de ce qui se fait déjà (coefficients géographiques), par exemple les spécificités des grandes zones urbaines, des territoires ruraux avec des coûts fixes élevés...).

La T2A, comme source principale de financement des établissements MCO, est à priori « contre-incitative » aux politiques de coopération. Or une approche « coopérative territorialisée » est indispensable.

Les établissements, les ARS, les professionnels souhaitent plus de souplesse pour mieux « territorialiser » les actions, et les contractualiser. Cela passe aussi par une plus grande fongibilité régionale des enveloppes de financement (dotation), dès lors qu'il n'est pas envisagé de pouvoir régionalement « moduler » un peu les tarifs.

- **Les débats sur le SP Hospitalier**

La question du SP Hospitalier que l'on « veut » a donné lieu à plusieurs interventions... et celle du SP Hospitalier que l'on « peut » (compte-tenu du droit européen, des contraintes économiques...) également.

# Pacte de confiance pour l'hôpital public

## Groupe 1 : le service public hospitalier dans le système de santé

**Réunion du 05 octobre 2012**

ANFPH, 265, rue de Charenton  
75012 Paris

## Synthèse des échanges

### Participants :

**AMUF-CGT**, Christophe PRUDHOMME  
**Avenir Hospitalier**, Bertrand MAS, Pascale LE PORS  
**CFDT**, Nathalie CANIEUX  
**CFE-CGC**, Thierry AMOUREUX  
**CFTC**, H. HOGUET  
**CGT**, Alexis BRONES  
**CH-FO**, Richard DALMASSO  
**CMH**, Martine MARCHAND  
**CNDEPAH**, Gaël CORNEC  
**Collectif Interassociatif sur la santé (CISS)**, Nicolas BRUN  
**Collège des DG d'ARS**, François-Emmanuel BLANC  
**Conférence des Présidents de CME de CHU**, Benoît VALLET  
**Conférence Nationale des Directeurs de CH**, Didier HOELTGEN  
**Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHRU**, Pierre-Charles PONS  
**Conférence nationale des Présidents de CME des CHS**, Ch. SANTOS  
**Conférence des Présidents de CME de CH**, Pierre FOUCAUD  
**Conférence Nationale des Présidents de CME, FEHAP**, Francis ZANASKA  
**CPH**, Bruno DEVERGIE  
**FEHAP**, C. REER  
**FHF**, Denis WALSER  
**FHP**, Elisabeth TOME-GERTHEINRICH  
**FNEHAD**, Olivier PAUL  
**FO**, Hervé ROCHAIS  
**INPH**, Jean-Michel BADET, Jean FERRANDI  
**ISNAR-IMG**, Anne-Claire DARRAS  
**ISNIH**, Etienne ROT  
**Présidents de la Conférence des Doyens de Médecine**, Dominique PERROTIN  
**SML**, Sophie BAUER  
**SMPS**, Zanayb RIET  
**SNAM-HP**, André ELHADAD  
**SYNCASS-CFDT**, Michel ROSENBLATT  
**UNAFAM**, Jean-Claude MATHA  
**UNICANCER**, Hélène ESPEROU  
**UNPS**, Nicolas KEMPA  
**UNSA**, Sylvie SAQUE  
**Personnalité Qualifiée**, Pierre ALEGOET  
**Personnalité Qualifiée**, Yves AUROY  
**Personnalité Qualifiée**, Jean-Noël CABANIS  
**Personnalité Qualifiée**, André GRIMALDI  
**Personnalité Qualifiée**, Marie-Christine HARDY-BAYLÉ  
**Personnalité Qualifiée**, Guy LEGAL  
**Personnalité Qualifiée**, Catherine WEBER-SEBAN