

REFLEXION SUR LE PROJET DE LOI **RELATIF A LA SANTE PUBLIQUE**

SUR LES MOTIFS :

Les articles L 6132-1 et suivants de la future loi relative à la santé traitent des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ceux-ci concernent les hôpitaux publics et éventuellement les établissements sociaux et médico-sociaux.

LES MOTIFS ECONOMIQUE ET D'EFFICIENCE

L'objectif est de réaliser des économies à hauteur de 270 millions d'euros notamment sur les fonctions supports :

⇒ OBSERVATIONS :

- Les CH publics adhérents déjà à de nombreux groupements d'achat dans tous les domaines, qu'ils soient hospitaliers ou non (UGAP, achats avec les écoles, les collectivités territoriales, etc...)

- La DGOS a lancé en mai 2014 le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats RESponsables) pour les années 2015-2017 pour un montant de 1,4 milliard d'euros. Pour les années 2012 à 2014, les économies sont évaluées à 910 millions d'euros.

Dans le cadre de la loi, les « mutualisations d'efficience » sont chiffrées à 270 millions d'euros sur 3 ans, soit les ambitions sont revues à la baisse, soit il s'agit de supprimer des emplois dans les pharmacies, en informatique (alors que son développement est prévu, notamment avec le DMP) et que 700 postes de directeur ont été supprimés ?

Remarquons que les pouvoirs publics ont interdit aux établissements publics l'adhésion à la centrale d'achats privée des médicaments et dispositifs médicaux qui offraient des prix moins élevés que les groupements d'achats publics.

Il aurait été plus efficace de simplifier les procédures d'achats publics et de regroupement de ces achats.

Les fonctions supports sont souvent déjà mutualisées régionalement ou nationalement (informatique hospitalière en particulier).

D'autres formes de mutualisation existent de longue date, leur fonctionnement s'est largement compliqué avec des changements de statut juridique et de règles comptables particulières.

Enfin, les Chambres et la Cour des Comptes, l'IGAS ont souvent relevé les coûts élevés de groupements artificiels, créant des superstructures bureaucratiques et compliquant la prise de décision. Aucune évaluation préalable, ni étude d'impact n'a été menée.

Les CHT, dont l'efficacité n'a jamais été évaluée, sont aussi vivement critiquées.¹

Il faudrait étudier le coût et les conséquences de l'arrêt des mutualisations des hôpitaux avec les collectivités territoriales, les associations ou les cliniques privées.

LE PROJET MEDICAL UNIQUE (PMU)

Rappelons l'existence de Plans de santé nationaux, des Projets Régionaux de santé et des Projets Territoriaux de santé qui ont fait suite à des Schémas Régionaux d'organisation.

PRS et PTS dans l'optique de la loi HPST, sont des outils de décloisonnement sociaux, médico-sociaux et hospitaliers publics et privés. Le PMU ne concernera que les Hôpitaux publics, et le cas échéant quelques ESMS. C'est insuffisant pour le parcours du patient envisagé par ailleurs, car beaucoup d'acteurs sont absents (domicile, professions libérales, cliniques, etc...).

C'est une façon de renfermer les Hôpitaux publics sur leurs spécificités, sans tenir compte de l'environnement.

Le PMU d'un territoire comportant un CHU sera vaste, embrassant beaucoup de disciplines ayant une incidence au-delà du territoire. Un CHU susceptible d'adhérer à plusieurs GHT pourrait ainsi être impliqué dans 6 ou 7 PMU pour une même spécialité, ce qui devient un non-sens quant au U du PMU.

Les Centres Hospitaliers locaux, CH de grande proximité, seront noyés dans des territoires trop grands.

Les établissements à la frontière de plusieurs territoires ne pourront pas se contenter d'une seule appartenance.

Il n'y a pas de parcours unique du patient ; il y a des parcours selon que l'on ait affaire aux urgences, à la cardiologie, à la pédiatrie, aux grands brûlés, à la réanimation ou aux personnes âgées....

Vouloir tout faire contenir dans un PMU de territoire, c'est éliminer des acteurs, c'est ne pas pouvoir traiter de tous les sujets.

- soit l'on raisonne en termes de territoires bornés,
- soit en termes de filière et mieux de parcours flexible, adaptable, diversifié.

LES PRESUPPOSES DES MOTIFS

Les Hôpitaux publics sont inefficaces et inefficients, ce qui demande à être prouvé.

Ils sont collectivement inorganisés, ce qui est largement faux.

¹ Sur le seul site de la Chambre Régionale des Comptes de Bretagne :

- CH St-MALO : « la construction d'une CHT exige la préparation en amont d'une stratégie commune et une évaluation des enjeux en termes de gains générés par cette nouvelle structure tout en évaluant les impacts locaux ». Elle souligne aussi « l'inexistence de dispositifs d'évaluation » Rapport définitif 2011
Rappelons que cette CHT avait été l'une des premières de France et citée comme exemple à suivre.

- Voir également CH de St-BRIEUC, sur la complexité des relations à mettre en œuvre via le GCS et le fait qu'il s'agit de conventions antérieures sans nouveauté
Rapport définitif 2014

LES MODELES SOUS-JACENTS

Deux grands modèles sous-tendent ce projet de loi :

- l'organisation territoriale communale et intercommunale, avec les regroupements de communes sur un territoire bien délimité, où les citoyens sont captifs (eau, état civil...) les mutualisations peuvent se faire entre des acteurs désignés aux compétences définies.

Le monde hospitalier ne fonctionne pas tout à-fait de façon similaire : acteurs multiples de tout statut, libre choix du patient de ses prestataires y compris hors du territoire....

- le modèle de l'Assistance Publique notamment de Paris.

Un seul chef, un seul territoire, un seul projet... une bureaucratie énorme, des coûts faramineux voire pharaoniques, lourdeur des décisions, échelons multiples. Mais quelques DG d'ARS rêvent de n'avoir, pour se simplifier la vie, qu'un seul interlocuteur par territoire.

Dans ce cas, créons un Etablissement régional de santé avec le DG de l'ARS directeur des Hôpitaux publics. Nous économiserons une réforme.

UNE ABSENCE FLAGRANTE D'EVALUATION

Les surcoûts engendrés par les CHT et les CHT elles-mêmes, n'ont pas été évalués.

Plutôt que de rebâtir des usines à gaz, de la bureaucratie et une super couche supplémentaire au mille-feuille de l'organisation hospitalière, fixons des objectifs et non plus 10 000 priorités régies par 100 000 textes et instructions.

Le parcours du patient en est un, tout-à-fait intéressant. Il faut lui subordonner des outils pour le rendre possible, lever les obstacles et non commencer par créer une énième structure juridique qui sera abandonnée avant d'être achevée.

Les obstacles sont dans les modalités de rémunération des acteurs et de tous les acteurs. L'absence d'un DMP (et pas d'un SIH territorial dont on verra vite les limites), la carence dans la communication du dossier médical (propriété jalouse de l'hôpital), dans les blocages de l'Assurance maladie sur les transports, sur l'absence d'une vraie permanence des soins en ville, sur la démographie médicale.

A tout le moins, une adhésion obligatoire au GHT suppose **préalablement** :

- une évaluation des impacts financiers et organisationnels sur les établissements
- la définition d'un projet médical commun et d'une stratégie elle aussi commune
- une étude d'incidence sur les coopérations existantes, devant être revues en regard des coopérations territoriales obligatoires.

Jugeons des mesures à prendre et des simplifications à opérer à l'aune de la réussite et des moyens mis en œuvre pour le parcours du patient.

Le Président de l'ANCHL
D. COLAS