

Loi HPST : Peut-on concilier soins et rentabilité ?

Sommaire

VENDREDI 16 OCTOBRE	3
POINT D'INNOVATION	3
Les valves percutanées	3
Docteur J.B. THAMBO	3
CHU – Bordeaux	3
Resynchronisation cardiaque : l'abord transeptal	8
Docteur Pierre BORDACHAR	8
CHU – Bordeaux	8
Les outils de suivi de l'insuffisance cardiaque : gadget ou réelle avancée ?	13
Professeur Christophe LECLERCQ	13
CHU – Rennes	13
LOI HPST : DECODAGE POUR LES MEDECINS	17
Présentation générale du projet HPST	17
Monsieur Jean-Yves GRALL	17
Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine	17
REGION, TERRITOIRES ET COOPERATIONS SANITAIRES	29
Gouvernance et place des élus	29
Monsieur Jean BARDET	29
Député du Val-d'Oise	29
Notion de territoire de santé et de coopération sanitaire	36
Docteur Alain CORVEZ	36
Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation Languedoc-Roussillon	36
La place du privé	39
Docteur Frédéric REY	39
Directeur des relations médicales et de l'information médicale – Générale de santé	39

SAMEDI 17 OCTOBRE	43
LES MEDECINS S'INTERROGENT	43
L'industrie, partenaire de l'hôpital ?	43
Serge BERNASCONI	43
Président de Medtronic France	43
Questions	46
La place des C.H.	48
Francis FELLINGER	48
Président de la conférence des Présidents de CME des CH	48
Cardiologue au CH d'Haguenau	48
Questions	52
Les enjeux de formation et de démographie médicale	54
André FLAJOLET	54
Député du Pas-de-Calais	54
Questions	56
Conclusion	59
Martine Aoustin	59
Directrice ARS Languedoc-Roussillon	59
COMMENT CONCILIER POUVOIR MEDICAL ET POUVOIR MANAGERIAL	60
La notion d'établissement de santé	60
Jean-Patrick LAJONCHERE	60
Directeur de l'Hôpital Saint-Joseph, Paris	60
Questions	61
Y a-t-il encore une place pour la CME ?	63
Alain DESTEE	63
Professeur de neurologie au CHU de Lille	63
Président de la conférence des Présidents de CME des CHU	63
Questions	65
Peut-on industrialiser la santé ?	67
Jacques ATTALI	67
Ecrivain	67
Questions	70
Conclusion	73

VENDREDI 16 OCTOBRE

Point d'innovation

Les valves percutanées

Docteur J.B. THAMBO
CHU – Bordeaux

Bonjour à tous. Je remercie la Société française de cardiologie et Medtronic de m'avoir invité aujourd'hui pour m'exprimer sur le sujet des valves percutanées.

Il existe à ce jour trois axes de travail relatifs aux valves percutanées : la valvulation de la voie pulmonaire, la valvulation mitrale et la valvulation aortique. Je restreindrai ma présentation aux voies pulmonaires et aortiques, dont les méthodes de travail ont évolué davantage que celles de la valvulation mitrale.

Les technologies ont en effet évolué au cours des années écoulées de manière extrêmement importante et rapide. Les valves percutanées présentent véritablement un modèle de développement, d'innovation et d'adaptation. Les évolutions constatées ont cependant laissé un certain nombre de questions sans réponse. La sélection des patients, notamment s'agissant de la pathologie du cœur gauche, présente par exemple un certain nombre d'interrogations auxquelles il conviendra de trouver des réponses dans les mois ou les années à venir.

I. La valve pulmonaire

1. Le contexte

En l'an 2000, pour la première fois a été mise en place chez un patient une valve pulmonaire par voie percutanée. Ensuite, les travaux se sont accélérés, jusqu'au traitement d'un centième patient en 2005 et à un marquage CE en 2006, avec ouverture d'un centre au Canada, ouverture des centres scandinaves. Enfin, en décembre 2008, a eu lieu la première implantation en France. Huit années se sont donc écoulées entre le développement de la première valve en France et la pose de la première valve en France.

Le cœur droit présente un certain nombre de particularités. La valve n'a en effet d'indications que dans l'existence de conduits prothétiques entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire. Il n'est pas possible aujourd'hui de « valver » des voies natives ou de « valver » en première intention un patient. Les patients doivent déjà avoir été opérés à une ou deux reprises notamment dans l'enfance. Lorsqu'un tube prothétique est installé chez un enfant, une intervention future apparaît en effet indispensable. Nous parlons ainsi aujourd'hui d'une nouvelle population de patients, les

GUCH (patients congénitaux qui grandissent), posant une difficulté spécifique. A ce jour, mille patients ont été traités depuis 2003. 50 cas ont été traités en France. Il existe seulement 85 centres dans 22 pays. Le taux de succès immédiat se monte à 97 %.

2. La population-cible

Une question se pose : quelle est la population-cible d'un tel type de valve ? Selon les projections qui ont été établies, le marché ne représenterait qu'une centaine de valves par an en France. La niche reste donc de petite taille. Elle entraîne en réalité davantage de questions que de réponses.

Les malformations cardiaques congénitales affectent environ 1 % des nouveau-nés (8 000 naissances par an environ en France, dont 6 000 cas aigus). Il s'agit de la malformation pédiatrique ou congénitale la plus fréquente et qui occasionne le plus de décès dans le monde aujourd'hui.

Par ailleurs, il y a une trentaine d'années, un enfant sur cinq atteint de la malformation concernée parvenait à l'âge adulte. Aujourd'hui, plus de 80 % des enfants parviennent à l'âge adulte, pour mener une vie quasiment normale. Pour une vie normale, cependant, une prise en charge extrêmement spécifique est nécessaire. En 2002, selon les projections effectuées alors, il avait été estimé qu'un million de patients congénitaux adultes étaient présents aux Etats-Unis et qu'un million de patients congénitaux adultes étaient présents en Europe. La population atteignait donc plus de 2 millions de personnes. Depuis lors, elle a crû de manière exponentielle.

Aujourd'hui, sur 1,6 million de patients, 350 000 présentent une pathologie de la voie droite. 100 000 patients, environ, disposant d'un conduit, peuvent bénéficier de l'implantation d'une Melody.

Les patients présentent deux types de difficultés spécifiques : des difficultés liées à des fuites pulmonaires (source de complications importantes) ; des difficultés de sténoses, qui peuvent entraîner une évolution de décompensation et de défaillance du ventricule droit.

Les indications retenues aujourd'hui consistent en une pression systolique dans le ventricule droit supérieure à deux tiers de la pression présente dans le ventricule gauche ou dans l'aorte, avec une fuite pulmonaire modérée à sévère, un dysfonctionnement du conduit, des anatomies de conduit particulières (entre 16 et 22 millimètres de diamètre). L'intervention ne peut être envisagée que chez les patients de plus de 25 kilogrammes. Ensuite, les voies droites réparées chirurgicalement évolueront de manière extrêmement variée.

3. La technique

La technique est extrêmement simple. Sur le *stent* en platine iridié, est cousue une jugulaire de bœuf. La longueur du *stent* atteint 28 millimètres, avec un sertissage tous les 6 millimètres. Le *stent* est serti manuellement. Un premier *stent* est installé sur la lésion avant de positionner la valve à l'intérieur du *stent* et de poser un second *stent* dans le premier *stent*. Quand les deux *stents* sont déployés, la valve Melody est positionnée avec un dispositif de ballons. Les procédures sont remarquables. Je citerai l'exemple d'un adolescent de quatorze ans qui avait déjà subi trois interventions. En l'espèce, il n'a eu besoin que de deux jours d'hospitalisation, contre une procédure de réanimation longue et une réadaptation difficile par le passé.

4. Les résultats

155 patients ont été concernés en 2007, dont sept ont présenté des complications négligeables. Aucune fuite n'a été constatée à 70 mois de suivi.

II. La valve aortique percutanée

1. Le contexte

En 1962, le corps médical a commencé à implanter des valves mécaniques. En 1965, il a eu recours à une valve porcine, en 1969 à une valve péricardique. En 2000, une valve percutanée a été installée chez un animal. En 2002, une PVT a été installée chez un homme. En 2004, une corvalve a été installée chez un autre patient. Il existe en effet à ce jour deux types de valves aortiques.

2. La population-cible

Le nombre de patients concernés est extrêmement élevé. En 2007, la projection du marché présentait un taux de 0,2 % pour ce type de réparation. En 2012, selon les projections réalisées, les parts de marché de ce type de prothèses devraient atteindre 41 %. Le taux, extrêmement élevé, appelle à une réflexion approfondie sur le sujet.

En 2009, selon les projections, 4 900 patients ont été concernés (augmentation de 108 % en une année). Nous nous trouverons bientôt sur une croissance de 30 % par an.

L'approche percutanée concerne des patients de plus de 80 ans, à très hauts risques (Euroscore supérieur à 20 %), ainsi que les patients à aorte en porcelaine, les ré-interventions et les patients souffrant d'une insuffisance respiratoire.

3. La technique

Pour la PVT, il existe deux approches. Il est possible, en effet, soit de passer par voie transcutanée, soit de passer par voie transapicale. La prothèse est montée dans un dispositif de largage. La valve est ensuite déployée. Le patient peut quitter l'hôpital entre deux et quatre jours après l'intervention.

La corvalve est une valve péricardique porcine de 26 à 29 millimètres de diamètre. La valve passe par voie percutanée.

Les procédures nécessitent simplement une anesthésie locale, sans abord chirurgical.

A la différence des valves Melody, il s'agit de valves auto-largables.

4. Les résultats

Chez les 168 patients traités de la série que je vous propose d'analyser, la moyenne d'âge atteignait 84 ans, l'Euroscore moyen 28,6 % (avec des pointes à 41 %). 26,2 % de patients ont été récusés

pour la chirurgie (présentant cependant un Euroscore inférieur à 20 %). La mortalité durant la procédure s'est élevée à 1,2 %. Le taux de succès de la procédure est compris entre 89 et 98 %.

Aujourd'hui, 16 centres sont habilités en France pour pratiquer de telles interventions. Le GHS a été fixé à 23 000 euros (coût de l'ensemble du dispositif).

Je vous remercie.

III. Discussion

Professeur KACET, Lille

Bravo pour votre remarquable exposé. Je souhaite revenir sur les valves aortiques. Il apparaît évident aujourd'hui que les indications portent sur des usages extrêmes simplement parce que nous demeurons dans une phase d'évaluation. Ne pensez-vous pas cependant que, très rapidement, les valves percutanées remplaceront les valves aortiques implantées par voie chirurgicale ?

Docteur J.B. THAMBO

Je crois qu'il s'agit d'une évidence. Le dispositif est appelé à se développer de manière extrêmement rapide. A cet égard, je crois qu'il sera essentiel de prendre garde à canaliser les indications et possibilités face au nombre assurément croissant de patients concernés.

Professeur Jean-Jacques BLANC, CHU Brest

Il n'en demeure pas moins que la voie transapicale nécessite une chirurgie lourde chez des personnes fragiles. Les suites à donner à une telle intervention ne sont pas particulièrement simples et aisées.

De la salle

Quel est le rapport de GHS avec la chirurgie ?

Docteur J.B. THAMBO

Je crois qu'il s'élève à environ 18 000 euros hors prothèse.

De la salle

Combien vaut une prothèse aortique ?

Docteur J.B. THAMBO

Le total est sensiblement identique au montant de 23 000 euros que j'évoquais précédemment.

Professeur Jean-Jacques BLANC

Je crois que, comme pour toutes les techniques, il est important de prendre garde, en matière de coûts, à ne pas prendre en considération des indications inappropriées. L'évaluation doit se révéler extrêmement précise.

De la salle

Je suis persuadé, pour ma part, que nous nous trouvons devant une technique de substitution, qui présente un avantage particulier : avoir permis aux cardiologues et aux chirurgiens cardiaques de se parler à nouveau, après de nombreuses années de brouille. Il existe également un second avantage dont vous n'avez pas parlé : désengorger les services de réanimation chirurgicale.

Docteur J.B. THAMBO

Absolument.

Docteur Arnaud LAZARUS, Clinique Bizet – Paris

Une complication nous intéresse tout particulièrement : le risque de bloc auriculo-ventriculaire. Qu'advient-il avec les valves percutanées ?

Docteur J.B. THAMBO

Sur la série de 168 patients que j'évoquais précédemment, deux cas ont été répertoriés. Le taux apparaît donc extrêmement faible.

Resynchronisation cardiaque : l'abord transeptal

Docteur Pierre BORDACHAR
CHU – Bordeaux

Bonjour à tous. Je remercie les organisateurs de m'avoir invité. Je vous parlerai de stimulation endocardique, plus particulièrement de la stimulation transeptale.

Mon exposé comprendra trois points : les aspects techniques, les inconvénients, les avantages.

I. Les aspects techniques

Les premiers cas de stimulation endocardique transeptale ont eu lieu à Bordeaux et à Montpellier de façon quasiment simultanée. Le matériel utilisé n'était alors pas dédié à l'intervention. Il s'est agi très rapidement d'une limite à la technique, car nous étions contraints d'intervenir avec le matériel existant. Les premiers cas ont ainsi dû être traités par voie jugulaire interne droite, l'accès à l'oreillette étant direct. L'équipe de Montpellier, quant à elle, travaillait sous le contrôle de l'ETO.

L'abord transeptal par voie jugulaire n'est pas habituel. Certains opérateurs, capables de réaliser un transeptal par voie basse, ont donc décidé d'une approche combinée : le transeptal par voie basse ; le passage de la sonde de stimulation par voie traditionnelle.

Quatre équipes ont travaillé sur le sujet dans le monde.

Le transeptal est réalisé soit à l'aiguille, soit par un guide de radiofréquence. Un trou est effectué, puis agrandi selon les techniques à disposition (soit en utilisant un dilateur, soit en utilisant un ballon).

L'avantage de la technique réside dans le fait que l'implantation peut être réalisée à gauche comme à droite.

Voyons à présent les résultats. Il s'agit de petites séries. Les patients sont implantés suite à un échec de la voie traditionnelle. Sur neuf patients, huit sondes ont été implantées avec succès. Les durées de procédure s'étalent de une à deux heures et demi.

La voie transapicale, quant à elle, a été mise en œuvre par une équipe hongroise. L'accès donné à la pointe du ventricule gauche pour stimuler l'endocarde présente l'avantage, par rapport au transeptal réalisé en France, d'éviter le franchissement de la valve mitrale et, en conséquence, d'éviter les complications associées.

Une question se pose : existe-t-il un avenir pour ce type de technique ? Si un avenir existe effectivement, il conviendra de finaliser le dispositif (l'utilisation de l'aiguille semble extrêmement difficile, voire impossible). Actuellement, des travaux sont menés pour utiliser la voie concernée après avoir effectué le trou par un guide d'ablation et un tir de radiofréquence. L'option pourrait représenter une solution d'avenir.

II. Les inconvénients

Trois questions se posent : la question de la réaction au niveau de la valve mitrale, traversée par la sonde ; la question de la réaction en cas d'infection du matériel ; la question du risque de thrombose.

Un médecin de Belfast utilise des sondes de petite taille de façon à minorer le trou et le risque de fuite mitrale. Sur la série étudiée, il a réalisé des ETO systématiques à la suite de l'intervention. Il n'a jamais retrouvé de fuites entre oreillette droite et oreillette gauche. Il a ainsi mis à jour un risque extrêmement faible de fuite mitrale.

Nous avons étudié un patient particulier à Bordeaux, victime d'une mort subite un an après l'implantation. Un mois après l'implantation, nous avons l'impression que l'analyse du trajet au niveau du ventricule droit et au niveau du ventricule gauche montrait davantage d'adhérence au niveau de l'oreillette droite qu'au niveau de l'oreillette gauche. Il existe ainsi peut-être moins de fibroses au niveau du ventricule gauche.

Au niveau de la valve mitrale, la série bordelaise de 30 patients n'a jamais montré de cas d'insuffisance mitrale élevée à la suite de l'implantation. Nous avons plutôt constaté une réduction nette de la fuite mitrale à la suite de l'implantation. La série de Montpellier a montré des résultats analogues, à court terme comme à long terme.

La deuxième complication possible concerne le risque infectieux. Qu'advient-il en cas d'infection pour retirer les sondes ? Le ventricule gauche est certes plus épais, plus lisse et plus stable. Je pense néanmoins que les cas d'infection seront adressés aux chirurgiens, le matériel n'étant pas du tout adapté pour une telle procédure.

Se pose également la question de la thrombose. L'ensemble des patients seront placés sous anticoagulants.

III. Les avantages

Il existe un avantage théorique au niveau rythmologique. Chez certains patients, le branchement à la stimulation ventriculaire gauche peut déclencher des troubles ventriculaires graves (torsades de pointe par exemple). La stimulation ventriculaire gauche épicaudique entraîne un risque supplémentaire. Selon une étude réalisée sur l'animal, la stimulation de l'endocarde et de l'épicarde a montré des différences similaires. Selon une étude réalisée sur huit patients, il semble exister un bénéfice supérieur pour la stimulation endocardique par rapport à la stimulation épicaudique tant pour les paramètres mécaniques que pour les paramètres d'asynchronisme.

Pour conclure, je souhaite vous présenter une étude réalisée au CHU de Bordeaux, qui sera publiée prochainement. Sur 35 patients atteints d'une cardiopathie dilatée primitive, une sonde était passée au niveau du sinus coronaire, une sonde dans l'oreillette et une sonde par voie transeptale au niveau de la cavité ventriculaire gauche. L'objectif consistait à pouvoir comparer la stimulation latérale par le sinus coronaire et neuf sites différents au niveau endocardique.

Chez un premier profil, nous avons constaté l'augmentation de la dp/dt_{max} en moyenne de 20 % avec stimulation bi-ventriculaire. Quel que soit le site, l'augmentation tournait autour de 20 %.

Un second profil, relativement similaire au précédent, présentait en revanche une augmentation faible par le sinus coronaire.

Un troisième profil (correspondant à 26 % des patients), les bénéfiques se sont montrés extrêmement importants, avec cependant des variations élevées en fonction du site.

30 % environ des patients qui composaient le quatrième profil ne présentaient, lors d'une stimulation par le sinus coronaire en paroi latérale, aucun bénéfice, tandis qu'une stimulation opposée présentait un bénéfice majeur. Le site de stimulation chez le profil concerné est ainsi déterminant quant à la réponse obtenue.

Enfin, dans 11 % des cas, quel que fut le site choisi, aucun bénéfice n'était apporté.

En moyenne chez l'ensemble des patients, le bénéfice est supérieur à 30 % quand le site le mieux approprié est choisi (contre 20 % habituellement dans les séries). Le plus médiocre ne présente presque pas de bénéfice. Aucun site ne peut, à l'opposé, être défini comme étant mieux approprié que les autres.

La stimulation endocardique présente, quant à elle, l'avantage du choix du site de stimulation.

Sur l'ensemble des patients, la paroi latérale se révélait le meilleur site dans 9 % des cas pour la partie basale, 15 % des cas pour la partie mi-latérale, 9 % pour le sinus coronaire, mais également le plus mauvais site dans 6 % des cas pour la partie basale, 18 % des cas pour la partie mi-latérale, 18 % pour le sinus coronaire. Aucun site ne ressort donc ni dans un sens, ni dans l'autre.

En conclusion, je pense qu'il existe des inconvénients à la stimulation endocardique. Il existe cependant des avantages clairs car nous gardons le choix du site de stimulation, qui reste déterminant dans la réponse obtenue.

Une question se pose en outre : à qui réserver la stimulation endocardique ? Pour le moment, elle est réservée aux échecs de la voie traditionnelle. Nous pensons que la réalisation d'une étude dans le domaine se justifierait.

IV. Discussion

De la salle

Avez-vous effectué une corrélation avec les zones désynchronisées en échographie ?

Docteur Pierre BORDACHAR

Oui. En aucun cas, toutefois, la paroi la plus retardée en échographie ne nous permettait d'affirmer que le site était optimal. Si la technique devait se développer, il conviendrait de développer également les outils susceptibles d'affirmer qu'un site est optimal.

Docteur Arnaud LAZARUS

Il est vrai qu'en moyenne, il n'existe pas de grandes différences entre les sites. Chez un patient particulier, les différences peuvent en revanche se révéler importantes.

Docteur Pierre BORDACHAR

Il est terrible de constater qu'un changement mineur dans la position de la sonde peut entraîner des différences substantielles.

De la salle

Avez-vous étudié la fuite mitrale et le débit cardiaque ?

Docteur Pierre BORDACHAR

La fuite mitrale était réduite à court terme lors d'une stimulation endocardique. Nous n'avons pas en revanche analysé le débit cardiaque.

De la salle

Vous montrez des différences entre les sites mais également des sites équivalents chez certains patients. Ne s'agit-il pas de l'illustration qu'il est inutile de chercher le meilleur site ?

Docteur Pierre BORDACHAR

Chez un patient sur deux, cependant, en fonction du site choisi, les réponses sont différentes.

De la salle

Avec une stimulation selon la zone, il devient envisageable de modifier le degré d'insuffisance mitrale. Le dp/dt max est modifié en conséquence.

Docteur Pierre BORDACHAR

Nous n'avons pas, dans l'étude, réalisé une ETO, à la différence de l'équipe de Montpellier, qui a pu ainsi analyser les aspects que vous soulevez.

De la salle

Je note, par ailleurs, que la paroi antérieure moyenne n'est jamais le plus mauvais choix possible.

Docteur Pierre BORDACHAR

Il s'agit cependant d'une petite série. En outre, la moyenne ne montre pas des différences majeures à l'avantage de la paroi antérieure moyenne.

De la salle

Votre présentation est extrêmement importante. Elle concerne l'avenir de la stimulation ventriculaire gauche. Votre choix d'intervention (*via* des sondes endo-cavitaires) reste cependant conceptuellement difficile sur des cœurs dilatés et en proie aux thromboses. Vous savez en effet qu'il existe d'autres approches, à savoir des « penderies » piquées dans l'endocarde du ventricule gauche par voie artérielle rétrograde, qu'il sera possible de piloter par des voies externes. Les expérimentations, dans le domaine, débiteront en Europe et en France au début de l'année 2010. Je pense à cet égard que le virage technologique induit sera essentiel.

Les outils de suivi de l'insuffisance cardiaque : gadget ou réelle avancée ?

Professeur Christophe LECLERCQ
CHU – Rennes

Bonjour et merci aux organisateurs de m'avoir invité pour évoquer le sujet du suivi de l'insuffisance cardiaque.

I. Eléments de contexte

L'insuffisance cardiaque présente environ 100 000 nouveaux cas par an. Elle représente environ 300 000 jours d'hospitalisation par an, avec un taux de réadmission d'environ 25 % dans les trois mois suivant la sortie de l'hôpital.

Le nombre de patients augmente, tandis que le nombre de médecins dans le domaine diminue de manière dramatique. A cet égard, j'ignore comment nous pourrions suivre dans dix ans l'ensemble des patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Il convient de différencier deux types d'insuffisance cardiaque, à savoir l'insuffisance cardiaque chronique et l'insuffisance cardiaque aigüe. Les patients sont souvent atteints en premier lieu d'insuffisance cardiaque aigüe avant une évolution vers une insuffisance cardiaque chronique.

L'insuffisance cardiaque aigüe représente la première cause d'hospitalisation chez les patients âgés de plus de 65 ans. Du point de vue financier, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque représentent environ la moitié du budget dévolu à l'insuffisance cardiaque. À ce jour, cependant, les traitements de l'insuffisance cardiaque aigüe restent peu performants. Toute thérapie susceptible de diminuer le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque aura donc un effet extrêmement important sur le coût de la prise en charge des patients et, au-delà, sur la qualité de vie des patients.

L'objectif des outils dont nous disposons aujourd'hui consiste à tenter de modifier la courbe naturelle de l'évolution de l'insuffisance cardiaque. Il est possible d'espérer réduire de manière significative les épisodes d'insuffisance cardiaque aigüe. A cette fin, il serait nécessaire de détecter le processus en amont de l'hospitalisation.

II. Les nouveaux outils à disposition

Nous disposons des bio-marqueurs, ainsi que de différents capteurs.

Différentes études n'ont pas démontré toute l'efficacité des bio-marqueurs de l'insuffisance cardiaque. Les autres capteurs, quant à eux, sont des éléments connectés à l'appareil utilisé susceptibles de détecter les modifications quelles qu'elles soient et de transmettre les données à un « effecteur » pour lui demander d'initier une réponse. Les « effecteurs » sont de trois ordres : le patient lui-même ; le système de soins (le médecin, les infirmières, par exemple) ; la prothèse elle-

même. L'avantage de la démarche réside dans le fait que l'information sur une modification permet évidemment d'opérer une intervention précoce.

S'agissant de l'« effecteur patients », les capteurs sont nécessaires car, lorsqu'il est demandé au patient de se surveiller lui-même, différentes difficultés peuvent se présenter, par exemple relatives à la subjectivité de l'opération. Les capteurs permettent notamment un suivi continu. Ils facilitent une intervention proactive.

Certains capteurs à notre disposition aujourd'hui sont simples. Citons par exemple les capteurs permettant d'apprécier la fréquence cardiaque ou les accéléromètres, qui renseignent sur l'activité du patient. D'autres sont plus sophistiqués, notamment ceux d'entre eux dotés de marqueurs chimiques. Je citerai également le PEA, qui permet de mesurer le bruit du cœur et donc de disposer d'une évaluation précise de la dp/dt.

En utilisant les capteurs, quels qu'ils soient, il est possible de recevoir un certain nombre d'informations permettant éventuellement de contacter le patient pour lui demander de consulter. Il est nécessaire cependant de ne pas considérer les valeurs telles qu'elles se présentent mais de les intégrer dans un ensemble pour apprécier les différentes situations.

Certains systèmes ont été initiés il y a fort longtemps. Ils n'ont cependant reçu qu'un succès mitigé. Il s'agit en effet de systèmes nécessitant de relier le capteur à un boîtier (par exemple le système *Chronicle* de chez Medtronic, qui permet de disposer d'une évaluation des pressions artérielles pulmonaires par la mesure de la pression ventriculaire droite).

Il existe enfin des systèmes plus sophistiqués encore, dans lesquels des « têtes » larguées dans l'artère pulmonaire permettent une communication vers un récepteur qui enregistre la pression de l'artère.

III. L'efficacité réelle des outils

Les capteurs dont nous disposons aujourd'hui sont-ils réellement efficaces pour prévenir les décompensations cardiaques ? Aucune étude importante, en réalité, ne nous a démontré le bénéfice clinique des capteurs. A ce jour, nous attendons avec impatience les résultats de l'étude Sense HF, qui évaluera l'efficacité de la mesure de l'impédance intra-thoracique pour prévenir les hospitalisations pour insuffisance cardiaque.

La télé-cardiologie, quant à elle, permet de se montrer plus proactif, de voir les patients à un stade précédant la décompensation cardiaque, de suivre le patient de manière continue, et, en situation de décompensation malgré tout, d'organiser des visites non planifiées. Enfin, elle permet de suivre les patients stabilisés à distance.

J'ai cependant retrouvé, dans la revue *European Journal of Heart Failure*, une étude reprenant l'ensemble des études menées sur la télé-cardiologie dans l'insuffisance cardiaque (56 études avaient été retenues) dont les résultats sont mitigés, puisque un tiers des études retenues ne parviennent pas à dégager un bénéfice marqué dans la démarche conduite.

Je conclurai mon propos avec les défis que nous devons relever à l'avenir : les limitations technologiques, la réticence des patients (réaction compréhensible lorsqu'il s'agit d'un capteur dédié, non intégré dans une prothèse), la non-connaissance de l'impact clinique des capteurs. Si

nous surmontons les obstacles précédemment cités, les capteurs et la télé-cardiologie donneront naissance à une médecine plus personnalisée. Les nouveaux capteurs, notamment, nous aideront à mieux stratifier le risque et à prévenir les aggravations hémodynamiques du patient. Nous pouvons espérer, dans un avenir plus lointain, bénéficier d'une « prédiction automatique ».

IV. Discussion

Professeur Jean-Jacques BLANC

Je crois que nous sommes à l'aube d'une modification extrêmement profonde, dont nous ne voyons pas à ce jour précisément l'impact, de notre mode d'exercice. Nous nous dirigeons probablement vers davantage de prévention, davantage de télé-cardiologie, etc., qui modifieront probablement de manière extrêmement profonde notre façon d'exercer la médecine. Nous serons en outre contraints à des modifications d'organisation dont nous ne discernons pas encore, à ce jour, l'ensemble des implications.

Christophe LECLERCQ

Je crois que nous devons également, à cet égard, apprendre à déléguer les tâches.

De la salle

Il s'agit d'une véritable révolution. Nous ne pouvons pas, en effet, continuer à travailler de façon identique face aux changements que nous rencontrons. Nous avons besoin de la délégation. Nous devons pouvoir nous occuper davantage du patient et moins des machines afin d'apporter une plus-value propre aux médecins. L'aspect technique devra donc être délégué à des techniciens.

Docteur Arnaud LAZARUS

Il conviendra également de savoir mieux partager l'information, dans une logique de dynamique de réseaux.

De la salle

Je tiens à souligner pour ma part que, dans votre exposé comme dans les exposés précédents, les conclusions restent entourées d'incertitudes. A cet égard, la faillite ne se trouve-t-elle pas chez les sociétés savantes, qui n'exigent pas que, face à toute innovation, des études évaluatrices dignes de ce nom soient menées ?

Christophe LECLERCQ

Les études rencontrent cependant des difficultés de faisabilité puisqu'il est demandé des critères forts chez des patients de mieux en mieux traités. Demandons-nous, en conséquence, si nous ne

devons pas revenir à des critères plus raisonnables. Quoi qu'il en soit, il est vrai que la médecine fondée sur les preuves doit énormément aux industriels.

Loi HPST : décodage pour les médecins

Présentation générale du projet HPST

Monsieur Jean-Yves GRALL

Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine

Je remercie les organisateurs de m'avoir sollicité cette année encore, après mon intervention de l'année passée sur les agences régionales de l'hospitalisation. Je suis actuellement le préfigurateur de l'agence régionale de santé de Lorraine. J'ai été nommé il y a deux semaines. Je ne suis pourtant pas le plus fin connaisseur de la loi HPST. Je n'ai pas participé à l'ensemble des discussions sur tous les titres. J'essaierai donc simplement de vous donner un aperçu du sujet, accompagné de mes commentaires de médecin.

Mon exposé comprendra deux lignes directrices : la modernisation et la facilitation du système de santé (je suis convaincu que la loi porte en elle une telle modernisation et une telle facilitation) ; les conséquences pour le corps médical.

La loi a été promulguée au mois de juillet dernier. Elle comprend quatre titres. Le premier d'entre eux concerne la modernisation des établissements de santé. Il a fait l'objet de multiples discussions, notamment sur le rôle des médecins dans le dispositif. Le second titre porte sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité. Il reprend essentiellement la notion de permanence des soins, de continuité des soins en médecine ambulatoire. Le troisième titre concerne la prévention et la santé publique. Le quatrième titre porte sur l'organisation territoriale du système de santé (en particulier les agences régionales de santé). Je construirai mon intervention à rebours des quatre titres précédemment inventoriés.

I. L'organisation territoriale du système de santé

1. Présentation

Les agences régionales de santé constituent la création phare de la loi. Il s'agit de créer dans chaque région un établissement public de l'Etat à caractère administratif. L'établissement est autonome. Les agences régionales de santé ont trois objectifs : améliorer l'efficacité du système de santé, en rassemblant l'ensemble du périmètre de la prise en charge de la population au sein d'une seule main (le champ balayé sera large : santé publique, santé ambulatoire, domaine hospitalier et domaine médico-social) ; renforcer l'ancrage des politiques territoriales ; simplifier le système de santé (une seule entité est installée en lieu et place des sept entités qui existaient jusqu'à présent : les agences régionales de l'hospitalisation, les URCAM, les MRS, les GRSP, les pôles sanitaires des DRASS, les DDASS, les CRAM).

Les agences régionales de santé assureront deux missions : mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional ; réguler, orienter et organiser l'offre des services de santé. La

démarche ne peut cependant être menée sans une coordination nationale. Un comité national de pilotage a donc pour objectif de coordonner les actions des agences régionales de santé et de coordonner les directives descendantes.

Les agences régionales de santé se composent d'un directeur général nommé en conseil des ministres. Il a pour vocation d'assurer les missions précédemment citées. En région, il existe également un conseil de surveillance présidé par le préfet de région. Le conseil de surveillance doit approuver le budget et le compte financier de l'agence régionale de santé. Il émet un avis sur le plan stratégique régional et un avis sur les résultats de l'agence régionale de santé (il reste à définir, probablement par voie réglementaire, les éléments sur lesquels seront jugés les résultats des agences régionales de santé). En région, est également mise en place une conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), au rôle consultatif : elle émet un avis sur le projet de santé et organise le débat public à travers ses composantes sur le projet de santé poursuivi par l'agence régionale de santé.

La loi prévoit que l'action des agences régionales de santé se fonde sur un « plan directeur », le projet régional de santé (PRS), arrêté par le directeur de l'agence régionale de santé après diverses consultations prévues par la loi (notamment auprès du conseil de surveillance et de la conférence de santé). Le projet régional de santé est la traduction concrète du regroupement de l'ensemble du périmètre de la prise en charge de la population au sein d'une seule main (aspects curatifs, aspects de prévention, domaine médico-social). Je crois qu'il s'agit d'un progrès véritable dans le sens où le projet régional de santé évitera des budgets et des décisions fragmentés. Il sera possible de construire des trajectoires intégrées, complètes et ayant du sens et de la cohérence.

Le projet régional de santé s'organise autour de trois axes principaux : un schéma d'organisation sanitaire ; un schéma médico-social, un schéma de prévention. Le projet régional de santé doit donner lieu à de réels projets intégrés à travers un diagnostic régional préétabli.

La loi donne un levier d'action principal aux agences régionales de santé, le contrat. La politique contractuelle, en effet, se veut forte dans la mise en œuvre du projet régional de santé. Le premier contrat est évidemment le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les offreurs de services de santé (les établissements de santé notamment). Il existe cependant également la possibilité d'un contrat d'amélioration de la qualité de la coordination des soins avec l'ensemble des composantes et les professionnels libéraux, et la possibilité d'un contrat sur l'offre libérale. Je citerai également un engagement de service public, dispositif incitatif institué par la loi, fondé sur une bourse offerte aux étudiants avec comme corollaire un choix à opérer sur une liste de postes d'internes proposés en région. Enfin, il sera possible de conclure un contrat local de santé avec les collectivités territoriales.

Il apparaît inévitable que le premier territoire d'action des agences régionales de santé sera le département. En effet, l'un des grands enjeux des agences régionales de santé consiste à assurer veille et sécurité sanitaires. Il existe à cet égard une relation très forte avec le préfet de département. La veille et la sécurité sanitaires sont dévolues à l'agence régionale de santé, tandis que, par le passé, elles étaient assumées par le préfet. Pour autant, le responsable en temps de crise reste le préfet de département. Il est prévu qu'en situation de crise, l'agence régionale de santé se mettra à la disposition du préfet. Un protocole d'accord sera donc signé avec les préfets, stipulant les conditions dans lesquelles les forces de l'agence régionale de santé se mettront à la disposition du préfet en situation de crise.

Voyons à présent la mise en œuvre de la loi. La création des agences régionales de santé ne sera pas subite. Elle sera progressive. Dans un premier temps, des personnes sont ainsi chargées de mettre en place les agences régionales de santé, c'est-à-dire d'assurer la transition entre la disparition des anciennes entités juridiques et la création effective des agences régionales de santé. Le 30 septembre dernier, les directeurs chargés de la préfiguration (qui ont vocation à devenir les premiers directeurs des agences régionales de santé) ont ainsi été nommés en conseil des ministres. Les agences régionales de santé devront être créées juridiquement au plus tard le 1^{er} juillet 2010. L'ambition affichée consiste à améliorer la situation par rapport à la situation antérieure, lorsque les agences régionales de santé n'existaient pas, notamment en apportant davantage de cohérence dans tous les rouages.

2. Discussion

De la salle

Nous entendons évoquer actuellement la possible disparition des départements. Certains territoires de santé chevauchent en outre plusieurs départements. Comment concevez-vous les deux particularités que j'évoque eu égard à l'organisation départementale que vous mentionniez ?

Jean-Yves GRALL

Il sera possible de créer des territoires de santé pertinents qui chevaucheront deux départements, voire deux régions. Il sera nécessaire de les constituer de façon particulière, afin qu'ils entrent en cohérence avec l'action menée. En outre, j'ai omis de signaler que le directeur de l'agence régionale de santé sera secondé par des directeurs délégués territoriaux, qui auront la charge de mener la politique de l'agence régionale de santé sur le territoire. Il existera deux types de territoires, un territoire d'action et un territoire institutionnel. La question qui se pose est la suivante : comment construire une politique entre deux agences régionales de santé sur un territoire identifié comme chevauchant deux départements, sachant que deux voire quatre autres interlocuteurs seront présents : le conseil général d'un département et le conseil général d'un autre département, le préfet d'un département et le préfet d'un autre département. L'objectif consistera à porter des politiques homogènes et cohérentes sur de tels territoires.

De la salle

Que restera-t-il des dispositifs de rétrocontrôle (conférences sanitaires de territoire et CROSS) ?

Jean-Yves GRALL

Je ne suis pas entré dans le détail de la loi. Le CROSS disparaît en tant que tel. En contrepartie, une commission sera créée au sein de la conférence régionale de santé qui assumera une fonction identique. Quant aux conférences de territoire, elles subsistent.

De la salle

Aujourd'hui, les interlocuteurs des médecins libéraux sont la CPAM au niveau du département et la CPR au niveau de la région. Demain, dans la nouvelle organisation, les agences régionales de santé seront-elles les nouveaux interlocuteurs des médecins libéraux ou une nouvelle structure sera-t-elle mise en place ?

Jean-Yves GRALL

L'interlocuteur de base pour les questions relatives aux aspects conventionnels sera l'assurance-maladie, au premier rang de laquelle les caisses primaires.

De la salle

Les agences régionales de santé présentent deux intérêts évidents, à savoir une organisation globale de la prise en charge de la santé au niveau régional et une adaptation aux besoins régionaux réels. De grands objectifs nationaux seront cependant également mis en œuvre. Comment sera conservée la liberté de manœuvre des agences régionales de santé, en particulier dans le domaine de la prévention, eu égard aux grands objectifs nationaux à venir ?

Jean-Yves GRALL

Un cadrage national portera effectivement sur de grandes priorités de santé publique. Au-delà, sera mise en œuvre la déclinaison d'une politique nationale au niveau des régions, avec des spécificités d'adaptation.

De la salle

S'agissant des enjeux financiers, vous gèrerez des missions qui aujourd'hui relèvent de budgets différents dans des enveloppes parfaitement définies. Comment vous organiserez-vous sur le plan de la transversalité des enveloppes budgétaires ? Redéfinirez-vous de nouvelles enveloppes ?

Jean-Yves GRALL

Vous avez probablement entendu parler de la fongibilité asymétrique. Le secteur médico-social et le secteur de la prévention craignant de perdre des financements, il a été décidé d'autoriser les transferts du secteur sanitaire vers le secteur médico-social ou vers le secteur de la prévention mais ni du secteur de la prévention vers le secteur hospitalier, ni du secteur médico-social vers le secteur sanitaire. Pour répondre à votre question en utilisant la « langue de bois », j'indiquerai que l'objectif consiste à parvenir à une fongibilité dans un temps qui sera à définir.

II. Le pilotage des établissements

1. Présentation

Il s'agit d'un point extrêmement fort de la loi. Il a fait couler davantage d'encre et de salive que les agences régionales de santé.

Les missions de service public sont considérées comme pouvant être assurées par l'ensemble des établissements, y compris les établissements privés. 14 missions de service public ont été définies (parmi lesquelles la permanence des soins, les soins palliatifs, l'enseignement, la recherche). Les établissements, en réalité, sont davantage définis par les services offerts à la population que par leur statut *in fine*. La définition des établissements de santé devient unique. En outre, les ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif) sont créés. Il s'agit de la reconduction des établissements privés participant au service public hospitalier.

Les établissements publics subissent des réformes profondes. Le conseil d'administration disparaît au profit d'un conseil de surveillance composé de quinze membres issus de trois collèges (élus, représentants des médecins et du personnel, personnalités qualifiées). Le conseil de surveillance délibère sur le projet de l'établissement. Il rend un certain nombre d'avis. En réalité, un grand nombre des prérogatives des conseils d'administration ont été transférées aux directeurs des établissements. Le maire, en outre, n'est plus automatiquement le président du conseil de surveillance.

Un directoire est également institué, dont les membres sont nommés par le directeur. Il a pour mission d'approuver le projet médical.

Le directeur voit ses compétences élargies. Il est nommé par décret en conseil des ministres pour les CHU, par le Centre national de gestion pour les centres hospitaliers. Au-delà des compétences larges et fortes dont il dispose, le directeur possède un pouvoir de nomination, notamment des chefs de pôle sur la base d'une liste présentée par le président de CME. Le pôle devient en effet la seule entité obligatoire des établissements. Par ailleurs, le directeur propose au CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation, après proposition du chef de pôle et avis du président de CME, des médecins et des personnels médicaux.

Personnellement, je considère que le dispositif est particulièrement opérationnel. Nous pouvons en effet y trouver une simplification et une responsabilisation plus forte des acteurs par un recentrage de ceux-ci.

La commission médicale d'établissement, enfin, parachève le dispositif. Son président dispose d'une voie consultative au conseil de surveillance. Il est vice-président du directoire. Il fournit la liste des chefs de pôle et des membres du directoire. Il élabore le projet médical avec le directeur. Il coordonne la politique médicale, la CME étant recentrée globalement sur la qualité des soins.

S'agissant du recrutement, il devient possible de recruter des personnes comme cliniciens hospitaliers sur des emplois difficiles à pourvoir (déterminés par le directeur général de l'agence régionale de santé, qui donne autorisation d'utiliser la disposition concernée sur la base d'une constatation effective). Il s'agit d'un recrutement par contrat, qui comprend une rémunération fixe et une rémunération relative à des objectifs déterminés dans le contrat. Le statut peut être accessible à des praticiens hospitaliers détachés.

Par ailleurs, le contrat avec les médecins libéraux est clarifié.

Signalons également que la loi prévoit un certain assouplissement des procédures de marché public.

L'AP-HP entre dans le giron de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

S'agissant des coopérations hospitalières, sont créées les communautés hospitalières de territoire, qui ne concernent que les établissements publics dans une démarche conventionnelle. L'objectif consiste à établir des stratégies communes et, éventuellement, de convenir de transferts d'activités et de compétences dans une organisation gérée dans le cadre d'une commission de communauté hospitalière de territoire.

Enfin, signalons dans la loi les groupements de coopération sanitaire entre établissements de santé. Il s'agit de créer un nouvel établissement de santé avec personnalité morale, possibilité d'avoir accès à des financements (y compris pour des missions d'intérêt général) et possibilité de recruter ses personnels.

2. Discussion

De la salle

Comment la loi et, plus tard, les décrets d'application prévoient-ils dans le cadre des groupements de coopération sanitaire la cohabitation, déjà constatée comme difficile par ailleurs, entre personnels relevant du statut public et personnels relevant du statut privé ?

Jean-Yves GRALL

Il s'agit d'un vrai sujet, de culture comme de rémunérations. Des dispositions techniques sont en cours de réflexion. La question reste entière.

De la salle

Au sein des CHU, l'Université n'est membre de droit ni du conseil de surveillance, ni du directoire. Un tel choix ne posera-t-il pas des difficultés particulières en matière de recherche et d'enseignement ?

Jean-Yves GRALL

Je laisse Philippe Vigouroux vous répondre.

Philippe VIGOUROUX, Directeur du CHU de Nancy

La Conférence des présidents d'université s'est émue de ne pas voir l'Université représentée dans les conseils de surveillance. En revanche, le doyen est l'un des vice-présidents du directoire. Par

ailleurs, il n'est pas à exclure que, parmi les personnalités qualifiées, figurent des membres de l'Université.

Professeur Jean-Marc DAVY, CHU de Montpellier

Comment le directeur de la recherche est-il nommé ?

De la salle

Il est proposé à la nomination du directeur par le président de l'université, le doyen de la faculté de médecine et le représentant des EPST (c'est-à-dire l'INSERM national).

Je tiens à préciser que, dès lors qu'il existe un contrat entre l'établissement et l'université, l'université ne peut pas être présente dans les deux parties. La raison a été invoquée pour refuser la représentation de l'université au sein du conseil de surveillance.

De la salle

Actuellement, l'un des rôles centraux des conseils de surveillance consiste à approuver le projet médical. Or, les agences régionales de santé pourront repousser les projets médicaux.

Jean-Yves GRALL

Actuellement, un projet médical posé par un conseil d'administration n'est pas nécessairement reçu.

De la salle

Nous constatons une étatisation du système. Hier, notamment, il nous a été proposé des projets de décrets sur la création des postes médicaux dans les établissements sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé. Le directeur est en réalité le sous-préfet du préfet sanitaire. Le vrai patron est le directeur de l'agence régionale de santé.

Sur les nominations de PH, je trouve votre présentation caricaturale et provocatrice puisque les nominations médicales s'opèrent sur proposition liante du chef de pôle. Le directeur peut accepter ou refuser la proposition ; en revanche, il ne peut pas proposer une autre personne. Le chef de pôle a donc la main sur l'ensemble des nominations (titulaires, ph, à l'exception des PPH).

Jean-Yves GRALL

Je suis d'accord avec vous : le pôle devient l'élément-clé dans les établissements.

De la salle

Il n'en demeure pas moins que le chef de pôle est nommé et révocable par le directeur. Il n'existe donc plus de « contre-pouvoir » minimal.

Jean-Yves GRALL

Le directeur, quant à lui, est révoqué par l'autorité qui le nomme.

Professeur Jean-Claude DAUBERT, CHU Rennes

Les services sont-ils appelés à disparaître ? Que deviendront précisément les pôles ?

Jean-Yves GRALL

Les établissements ont la liberté de s'organiser comme ils le souhaitent. Ils peuvent donc laisser les services en l'état, du moment que les pôles sont instaurés. Le périmètre des pôles, quant à lui, appartient aux établissements.

De la salle

Combien de médecins êtes-vous dans l'agence régionale de santé de Lorraine ?

Jean-Yves GRALL

Nous sommes deux médecins.

Jean-Marc DAVY

Je souhaite vous poser une question sur la notion de service public, qui a fait couler beaucoup d'encre. Vous avez entamé votre propos en annonçant que l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, ont vocation à participer au service public. Vous avez ajouté que les PSPH réapparaissent dans la loi. La notion de service public n'est donc pas correctement traitée par la loi.

Jean-Yves GRALL

Les réflexions autour des premiers projets de loi se sont interrogées sur la légitimité à maintenir des structures de statut privé participant au service public, sachant que, par essence, l'ensemble des établissements devaient participer au service public. La question est sémantique. Elle a poussé initialement à faire disparaître la catégorie évoquée, qui travaillait selon une dotation globale tandis que les cliniques privées travaillaient au tarif. Le passage en T2A et le fait que la mission de service public s'attache à l'ensemble des établissements avaient, dans les premières écritures de la loi, incité à se poser la question du maintien d'une catégorie *ad hoc*. La notion a finalement été réinscrite dans la loi, sous un terme nouveau, l'ESPIC.

Jean-Marc DAVY

Tout établissement a vocation à participer au service public. A-t-il obligation de participer au service public ?

Jean-Yves GRALL

Non. Tout dépendra du contrat conclu avec l'autorité de tutelle. Si une clinique privée est le seul opérateur sanitaire hospitalier dans une zone donnée, elle devra contractualiser avec l'agence régionale de santé sur des missions de service public. Dans une grande agglomération, en revanche, l'ensemble des établissements n'auront pas vocation à assumer les missions de service public. Quelle que soit la situation, l'important reste toutefois qu'un établissement au minimum sera toujours présent dans une zone donnée pour remplir la mission de service public.

III. L'organisation des soins de ville

1. Présentation

La notion de premier recours est précisément définie. Elle se fonde sur les médecins généralistes, les centres de santé, les pôles de santé. En outre, la loi confie clairement aux agences régionales de santé la permanence des soins (et non plus aux préfets, des dysfonctionnements ayant été constatés par le passé). Il s'agit d'un point essentiel du titre de la loi consacré à l'organisation des soins de ville.

La loi comporte également, concernant le titre consacré à l'organisation des soins de ville, une clause sur la limitation du refus de soins, une clause de non-concurrence s'appliquant aux PH qui démissionnent pour s'installer avec statut libéral dans une zone proche de leur ancien établissement, et des éléments sur la continuité des soins en médecine libérale (avec intervention de l'Ordre des médecins pour faire face aux absences).

2. Discussion

De la salle

Concernant la permanence des soins, pensez-vous réellement que vous disposerez des moyens de votre politique ?

Jean-Yves GRALL

Je pense que la permanence des soins dépendra grandement de notre capacité à maintenir un tissu de médecins généralistes sur l'ensemble du territoire compte-tenu de l'évolution de la démographie médicale. Je crois que nous disposerons ainsi de davantage de moyens dans les années à venir. Le décroisement nous permettra notamment de mettre en place sur l'ensemble du territoire une organisation apportant à la population une réponse médicale. La loi entraînera une organisation plus performante dans certaines zones.

De la salle

Disposerez-vous de moyens de « coercition » pour imposer votre politique ?

Jean-Yves GRALL

A l'heure actuelle, le volontariat des médecins généralistes n'est pas mis en cause. Pour ma part, je crois beaucoup aux contrats de service public. Chacun recevra une quotité de contribution au service public. Par le contrat, nous installerons ainsi progressivement un dispositif efficace.

De la salle

Disposerez-vous de moyens financiers pour inciter à l'installation ?

Jean-Yves GRALL

L'incitation existe, même si elle reste mal connue. Des zones déficitaires ont en effet d'ores et déjà été créées. Elles donnent lieu à des majorations pour les médecins qui s'y installent. Quoi qu'il en soit, je ne crois pas que l'incitation financière soit le seul moyen de pousser des médecins à s'installer dans des zones rurales.

De la salle

Qu'entendez-vous par limitation des refus de soins ?

Jean-Yves GRALL

Il s'agit de dispositions de sanctions potentielles envers les médecins refusant des soins, par exemple à des personnes bénéficiaires de la CMU.

Jean-Marc DAVY

Quelles différences entendez-vous entre « continuité des soins » et « permanence des soins » ?

Jean-Yves GRALL

La continuité des soins consiste en l'organisation de la profession pendant les périodes de congés.

De la salle

Etes-vous d'accord avec la remarque faisant état d'une nationalisation de l'organisation des soins en France ?

Jean-Yves GRALL

L'agence régionale de santé est certes une structure publique d'Etat. L'important, cependant, ne réside pas dans les étiquettes mais dans la fonction. L'essentiel consiste finalement à faire en sorte que le dispositif fonctionne, soit cohérence et permette de décloisonner les secteurs.

De la salle

Quelles sont les représentativités libérales ?

Jean-Yves GRALL

Les représentativités libérales s'opéreront notamment par l'intermédiaire de la Conférence régionale de santé. Quoi qu'il en soit, je reste convaincu qu'il est nécessaire de revenir à la fonction et à la qualité de l'offre, quelles qu'elles soient, indépendamment des étiquettes.

De la salle

Nous avons un grand doute quant à la représentativité des médecins. Or, si les médecins n'adhèrent pas à la réforme, la réforme ne fonctionnera pas.

Jean-Yves GRALL

Un travail constant de management devra être mené au sein de chaque région pour inciter les personnes à adhérer à des décisions relatives à l'intérêt public. Je suis convaincu en effet que le corps médical doit porter la réforme. Sans le corps médical, la réforme sera effectivement condamnée. Chacun, à cet égard, doit demeurer conscient des enjeux de la réforme : la qualité des soins, l'évolution des techniques et l'Etat des finances de notre pays.

De la salle

Comment considérez-vous la loi sur un plan historique ? Récemment, lors d'une réunion, j'ai entendu mes deux voisins, tous deux anciens directeurs des hôpitaux, affirmer, pour l'un, que la loi était jacobine, pour l'autre, que la loi était stalinienne. Je la considère, pour ma part, comme napoléonienne. Qu'en pensez-vous ?

Jean-Yves GRALL

Je n'ai aucun commentaire à apporter. Je considère que la loi est extrêmement satisfaisante. J'invite plutôt chacun à se demander pourquoi nous avons été amenés à adopter une telle loi.

IV. L'intégration du secteur médicosocial

Le secteur médicosocial, soumis à financement de l'assurance-maladie, entre dans le giron de l'agence régionale de santé. La notion d'appels à projet, quant à elle, modifiera les autorisations classiques. Citons également la notion de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui devient obligatoire dans les structures présentant un certain niveau d'activité ou de budget. Une évaluation est également prévue. Par ailleurs, l'agence régionale de santé délivre les autorisations liées aux appels à projet, en lieu et place du préfet, dans une logique d'homogénéisation de la décision.

En conclusion, je tiens à souligner que je suis convaincu que les dispositions de la loi sont de nature à améliorer la qualité et l'accès aux soins. Les dispositions sont en effet riches, éclectiques et structurantes. Elles responsabilisent les acteurs, simplifient les lignes de décision, renforcent la voie contractuelle. Je crois qu'elles apportent cohérence et lisibilité, gages d'efficacité et d'efficience. Les agences régionales de santé, quant à elles, porteront la ligne définie dans la loi.

Je vous remercie.

Région, territoires et coopérations sanitaires

Gouvernance et place des élus

Monsieur Jean BARDET
Député du Val-d'Oise

Avant d'entamer mon exposé, je tiens à signaler que je revendique toujours mon rôle de cardiologue. Je me suis en effet lancé en politique, il y a quelques années, pour défendre ma conception de la médecine.

Pour évoquer le sujet de la gouvernance et de la place des élus dans le domaine de la santé, je crois qu'un point historique préalable est indispensable.

I. Historique

Il existe historiquement deux types de systèmes de santé :

- le système beveridgien, du nom d'un ministre anglais, dans lequel l'Etat prend en charge le secteur de la santé, qui est ainsi financé par l'impôt et couvre l'ensemble des citoyens ;
- le système bismarckien, du nom du chancelier de l'Empire allemand, dans lequel le secteur de la santé est pris en charge par les cotisants (le système bismarckien couvre donc les cotisants et leurs familles ; il ne couvre pas les non-cotisants ; il est autogéré et, en théorie, en équilibre).

En France, la Sécurité sociale a été créée par les ordonnances des 4 et 16 octobre 1946, prises par le Général de Gaulle à la suite des dispositions émises par le Conseil national de la Résistance. Il s'agit en théorie d'un système bismarckien, devenu mixte cependant au fil des ans, et même majoritairement beveridgien aujourd'hui, puisque l'impôt pallie largement le déficit de la Sécurité sociale. En l'espèce, le rôle des élus est essentiel puisqu'ils votent l'impôt.

La création de la Sécurité sociale en 1946 a représenté la première grande intervention du politique dans la gestion de la santé, même si l'idée de la Sécurité sociale préexistait, chez les philosophes du Siècle des Lumières et chez les Révolutionnaires de 1789, notamment, ainsi que chez Napoléon III qui, en 1880, a souhaité instaurer une mutualité impériale sous le contrôle de l'administration. Plus généralement, les tentatives de mise en œuvre d'une protection sociale au dix-neuvième siècle étaient le plus fréquemment d'ordre corporatiste, confessionnel, caritatif, paternaliste et, parfois, étatique. Plusieurs entreprises ont par exemple institué une protection sociale dans un esprit paternaliste (Charbonnages de France, Transports ferroviaires, marins, fonctionnaires, etc.).

L'ambition du Conseil national de la résistance, quant à elle, a consisté à créer une Sécurité sociale universelle. Les affiliés des organismes de Sécurité sociale préexistants ont cependant craint de perdre leurs avantages après la création d'un régime unique pour l'ensemble des salariés. En conséquence, la loi du 22 mai 1946 a limité le régime général aux salariés de l'industrie et du

commerce. A cette date, la notion de protection sociale entre définitivement dans le domaine politique.

A l'origine, il s'agit en France d'un système bismarckien autogéré de façon bipartite, par les syndicats de salariés et le patronat, contribuant ensemble au financement du dispositif. A priori, l'Etat n'avait donc pas à intervenir dans la gestion du système, qui devait être naturellement en équilibre.

Les conditions de 2009 sont cependant extrêmement différentes des conditions de 1946, expliquant la situation actuelle. En 1946, par exemple, le départ en retraite s'effectuait à 65 ans. L'espérance de vie s'élevait à 67 ans. La Sécurité sociale avait pour objectif de faire en sorte que chaque salarié malade disposât de moyens de subsistance, tout comme les personnes atteignant l'âge de la retraite. En 2009, chacun est couvert. L'âge de la retraite est légalement défini à 60 ans. L'espérance de vie atteint 84 ans pour les femmes, 76 ans pour les hommes. Ainsi, tandis que durant les Trente Glorieuses le système était équilibré, le premier choc pétrolier l'ayant dans un premier temps considérablement dégradé, il est passé progressivement de bismarckien à mixte et, aujourd'hui, majoritairement beveridgien (l'Etat a financé les déficits de la Sécurité sociale au fil des ans).

Les causes du déficit sont multiples. Malheureusement, les politiques ont tendance à refuser de les analyser. Ils choisissent plutôt de se retrancher derrière une fatalité, les raisons économiques, ou derrière une facilité, les abus de toutes sortes.

La crise que nous vivons actuellement remonte à une année tandis que le déficit de la Sécurité sociale date d'une trentaine d'années. Comme aujourd'hui, chacune des crises passées a cependant servi de prétexte aux politiques pour tenter d'expliquer le déficit. Ils ajoutent que les comptes de la Sécurité sociale seront en équilibre une fois la crise passée. Nous entendons le même discours depuis 25 ans.

La crise économique est certes présente, avec son lot de conséquences conjoncturelles néfastes, notamment l'augmentation du chômage, la prise en charge de personnes n'ayant jamais cotisé et le renflouement des régimes spéciaux n'ayant plus de cotisants (par exemple les mineurs, les Charbonnages de France ayant refusé d'adhérer à la Sécurité sociale au sortir de la guerre pour conserver les avantages personnels déjà acquis ; aujourd'hui, la fin de l'exploitation des mines mais la présence d'anciens mineurs condamne le système particulier de répartition de jadis au profit d'une adhésion à la Sécurité sociale au titre de la solidarité nationale).

Il existe cependant des raisons structurelles au déséquilibre de la Sécurité sociale. Il s'agit en premier lieu d'une raison médicale, l'allongement de la durée de vie (qui s'explique par les progrès de la médecine). Les abus de tous ordres (de la part des bénéficiaires comme des professionnels de santé), quant à eux, expliquent le déficit pour un tiers. S'il est mis fin aux abus, les caisses de la Sécurité sociale auront ainsi été renflouées pour seulement un tiers.

Jusqu'en 1995, les partenaires sociaux décidaient du budget de la Sécurité sociale indépendamment du Parlement. A l'époque, le ministère de la santé (petit ministère au faible budget) se contentait d'actions de prévention. Les déficits de la Sécurité sociale étaient comblés par le budget de l'Etat, sans intervention du Parlement hormis le vote en fin d'année d'une subvention d'équilibre. En 1995, les ordonnances Juppé ont notamment permis au Parlement de voter le budget de la Sécurité sociale. Il s'agissait de la seconde grande intervention du politique dans le domaine de la santé, après la création de la Sécurité sociale.

Le budget doit être voté en équilibre. Ensuite, il n'existe cependant aucun véritable processus susceptible de faire respecter l'équilibre défini.

II. Place des élus dans le système de santé et de protection sociale actuel

Le budget de la Sécurité sociale se monte à environ 330 milliards d'euros. Il est voté par le Parlement depuis les ordonnances Juppé. Il représentait un cinquième du PIB en 2006. Le budget total de la protection sociale s'élevait, la même année, à 536 milliards d'euros. Ainsi, 200 milliards d'euros sont distribués par diverses collectivités locales à divers échelons, parmi lesquelles le maire, le conseil municipal et la communauté de communes, le conseil général, le conseil régional, le Parlement et l'Union européenne.

Jusqu'à la loi HPST de juin 2009, les maires étaient de droit présidents du conseil d'administration de l'hôpital. Depuis la loi HPST, l'hôpital est dirigé par trois collèges, dont un collège d'élus, parmi lesquels peut figurer le maire, qui reste ainsi susceptible d'être désigné président. La mesure présente un avantage : le maire n'est plus partie prenante dans la gestion de l'hôpital ; il ne le défend donc plus de façon systématique et parfois électoraliste. Un inconvénient se fait cependant jour : le maire peut se désintéresser du sort de l'hôpital.

Le maire ou le président de la communauté de communes est à présent président du CCAS, qui assure une fonction d'urgence, par exemple s'agissant de l'octroi de logements à des personnes sans domicile. Le maire est également responsable de l'implantation des logements sociaux dans sa commune. Selon la loi SRU, les maires doivent en effet installer dans la commune 20 % de logements sociaux. La commune encourt des sanctions financières de la part du préfet dans le cas contraire.

L'échelon au-dessus du maire est le conseil général. Le conseil général assume un rôle capital depuis les lois de décentralisation de 1981, qui lui ont donné compétence en matière sociale. Il gère en effet l'ensemble du secteur médico-social, situation qui génère régulièrement des polémiques avec l'Etat. En effet, lorsque les lois de décentralisation ont été votées, un transfert de compétences a eu lieu, qui devait s'accompagner d'un transfert de crédits. Or, actuellement, plus aucun réajustement des transferts de crédits initiaux n'a lieu, entraînant une charge supplémentaire pour les conseils généraux.

Le conseil général assume une compétence extrêmement large : aide sociale aux personnes âgées, aide sociale aux personnes handicapées, aide sociale à l'enfance, RSA (qui a remplacé le RMI), dépenses diverses.

Les dépenses des départements se montaient au total à 26,4 milliards d'euros en 2007, dont 25 milliards d'euros pour la France métropolitaine.

La région, quant à elle, n'assume pas de compétences obligatoires en matière sociale et de santé.

L'Union européenne, pour sa part, affirme le principe de l'affiliation obligatoire. En réalité, il existe des différences extrêmement importantes dans les couvertures sociales des pays qui composent l'Union européenne. Au-delà de l'affirmation d'une affiliation obligatoire, une affiliation facultative a donc été acceptée comme solution d'attente.

Je vous propose de revenir sur le rôle du Parlement, dont je suis l'un des représentants. Le Parlement assume plusieurs rôles capitaux. En premier lieu, il vote le budget de la Sécurité sociale. Depuis la loi du 13 août 1994 qui a créé la MECSS, en outre, il contrôle les comptes de la Sécurité sociale. Enfin, il vote ponctuellement les lois régissant les difficultés de santé et de protection sociale (par exemple en 1958 les lois Debré créant les CHU, les lois de décentralisation de 1981 qui ont notamment transféré la gestion du secteur social aux départements, en 2009 la loi HPST).

Quel est le rôle du Parlement dans le vote du budget de la Sécurité sociale ? Je vais me montrer extrêmement sévère sur le sujet. Le budget, en effet, est présenté par le gouvernement. Il est calculé cependant de manière approximative, dans la mesure où les entrées (qui dépendent du niveau de l'emploi) et les sorties (qui dépendent de l'état de santé de la population) ne sont pas connues. J'évoquerai, pour ma part, plus précisément l'ONDAM. Prenons un exemple. Si l'ONDAM est fixé à 100 points de manière approximative à l'année 0, lorsque les résultats atteignent un taux de 104 points, nous avons à considérer un déficit de 4 points par rapport à des chiffres arbitrairement proposés initialement. Ensuite, à l'année 0+1, l'ONDAM est fixé à 106 points, toujours de manière approximative. Si les résultats présentent un chiffre de 108 points, un déficit arbitraire de 2 points est arrêté. Les bases des calculs restent donc extrêmement flottantes.

Par exemple, pour l'année 2009, l'ONDAM a été fixé à 162,4 milliards d'euros, soit une augmentation de 3 %. Je pose une question : pourquoi pas une augmentation de 4 ou 5 % ? Par ailleurs, l'ONDAM de l'année 2010 ne tient pas compte d'une éventuelle pandémie grippale H1N1, tandis que, depuis plusieurs mois, nous entendons parler des conséquences, notamment financières, de la pandémie à venir.

Pour conclure, je reviendrai rapidement sur la loi HPST, qui vise à réorganiser notre système de santé pour davantage d'efficacité et une réduction des coûts. Elle comprend quatre titres : la modernisation des établissements de santé ; l'amélioration de l'accès à des soins de qualité ; la prévention et la santé publique ; l'organisation territoriale du système de santé. Pour ma part, je suis inquiet du tout-pouvoir donné au directeur de l'hôpital. Il établit en effet le projet médical et nomme les médecins, mélangeant ainsi aspect administratif et aspect médical. L'Assemblée nationale avait émis le souhait d'un amendement s'agissant des nominations, par l'ajout des termes « après avis conforme ». L'amendement a été refusé. Il lui a été préféré « après concertation ». Ainsi, en l'absence d'accord, la nomination peut avoir lieu de manière unilatérale. Je ne comprends pas, quant à moi, comment un service peut fonctionner si un médecin est nommé contre l'avis de ses pairs. Par ailleurs, le problème de la démographie médicale n'a pas trouvé sa solution. L'augmentation du *numerus clausus*, par exemple, sans prise en compte de la féminisation du corps médical (les femmes travaillent 30 % de moins que les hommes sur le plan médical), me semble inutile. La liberté d'installation, quant à elle, ne peut suffire à faire face à la désertification médicale.

En conclusion, les élus assument un rôle capital dans la gouvernance des problèmes de santé et de protection sociale. Ont-ils le courage d'exercer leurs pouvoirs ? Selon moi, la solution aux difficultés ne peut se fonder que sur une augmentation des cotisations ou sur une diminution des remboursements. Le fait de s'attaquer aux abus est nécessaire mais pas suffisant, comme l'affirmation de manière démagogique la majorité des élus de droite comme de gauche, car la fin des abus ne règlera qu'un tiers de la question. Je préconise pour ma part de poser la question aux Françaises et aux Français : souhaitez-vous toujours être mieux soignés ? La réponse devrait être affirmative, comme le montrent de nombreuses enquêtes. A la question suivante (« Etes-vous prêts

à payer davantage pour être mieux soignés ? »), la réponse devrait être également positive. Je vous remercie de votre attention.

III. Discussion

De la salle

J'ai reçu un courriel du Conseil de l'Ordre des Médecins qui soulignait qu'« une partie des taxes sur le tabac destinées à la Sécurité sociale n'est pas reversée soit 7,8 milliards d'euros, une partie des taxes sur l'alcool destinées à la Sécurité sociale n'est pas reversée soit 3,5 milliards d'euros, une partie des primes d'assurance automobile destinées à la Sécurité sociale n'est pas reversée soit 1,6 milliard d'euros, la taxe sur les industries polluantes destinée à la Sécurité sociale n'est pas reversée soit 1,2 milliard d'euros, la part de TVA destinée à la Sécurité sociale n'est pas reversée soit 2 milliards d'euros, tandis que les retards de paiement pour les contrats aidés représentent 2,1 milliards d'euros et les retards de paiement pour les entreprises 1,9 milliard d'euros ». Que savent les élus en matière de contrôle du recouvrement ?

Jean BARDET

Je ne peux commenter le détail des chiffres avancés. Il est vrai cependant que l'Etat a une dette vis-à-vis de la Sécurité sociale, en particulier s'agissant des taxes sur le tabac. Chaque année, nous augmentons en effet les taxes sur le tabac pour lutter contre le tabagisme. Les taxes néanmoins ne sont pas reversées à la Sécurité sociale. Quoi qu'il en soit, les sommes viennent de l'impôt. Il ne s'agit en définitive que de jeux d'écriture.

De la salle

Pourquoi le débat sur la santé est-il occulté dans notre pays ? Par exemple, au cours de la campagne électorale des dernières élections présidentielles, aucun des deux candidats arrivés au second tour n'a réellement présenté le projet d'une vraie politique de santé. Est-il réellement impossible d'avoir un débat sur le sujet avec nos concitoyens ?

Jean BARDET

En réalité, aucune personnalité politique n'ose affirmer que la médecine coûte cher. Il est tellement plus facile d'insister sur la crise et les abus. Je tiens à signaler que mon discours n'est pas démagogique. Je l'ai toujours tenu.

De la salle

Vous parvenez à la conclusion que le rôle du politique est essentiel. Pourtant, l'ensemble de votre exposé démontre le contraire. Après la réforme, est-il possible d'espérer qu'avec les nouveaux pouvoirs accordés au Parlement, les parlementaires pourront s'opposer au gouvernement dans le domaine de la santé ?

Jean BARDET

Les élus ont un pouvoir important, limité cependant par la Constitution. Dans la réforme de la Constitution, il est malgré tout prévu deux nouveautés : la coproduction législative ; un rôle de contrôle du Parlement augmenté.

De la salle

La situation s'améliore-t-elle en conséquence ?

Jean BARDET

Au niveau du budget de la Sécurité sociale, la situation ne s'améliore pas. J'en resterai à cette simple réponse.

Docteur Jean-François THEBAUT, Président SNSMCMV

Nous avons pressenti que l'ONDAM n'était pas sincère. Vous avez confirmé nos craintes. L'étatisation inéluctable du dispositif n'explique-t-elle pas la situation ?

Jean BARDET

Je crois que nous pouvons demeurer dans un système bismarckien efficace à la condition de disposer de la réalité des prix.

De la salle

Pouvez-vous chiffrer le déficit lié effectivement au secteur de la santé ? Le budget de la Sécurité sociale comporte en effet un certain nombre d'éléments n'ayant pas trait directement à la santé (retraites, allocations familiales, etc.).

Jean BARDET

Le budget de la Sécurité sociale se montait à 330 milliards d'euros en 2007. Cette année, les objectifs nationaux en matière de dépenses de santé s'élèvent à 164 milliards d'euros, soit la moitié environ du budget, l'autre moitié étant consacrée aux retraites, aux accidents du travail et aux maternités.

De la salle

Le déficit de la Sécurité sociale est estimé 11 milliards d'euros. Le chiffre est-il juste ? Par ailleurs, qu'advierait-il si le chiffre atteignait 22 milliards d'euros ?

Jean BARDET

Le chiffre de 11 milliards d'euros est juste. Si le chiffre atteignait 22 milliards d'euros, nos arrière-arrière-petits-enfants et pas seulement nos arrière-petits-enfants auraient à financer le déficit.

De la salle

Je souhaite évoquer pour ma part la stigmatisation des médecins s'agissant de la dépense. L'accent est toujours mis sur le fait que nous sommes ordonnateurs de dépenses, en oubliant de préciser que nous sommes également à présent ordonnateurs de recettes avec la T2A. Qu'en pensez-vous en votre qualité d' élu ?

Jean BARDET

Je pense que le médecin, depuis Molière, est un mal-aimé. En contrepartie, chaque citoyen sait qu'il aura besoin d'un médecin à un moment ou à un autre de sa vie. Le sentiment du citoyen vis-à-vis du médecin mêle ainsi admiration et jalousie. Certains ministres de la santé, quant à eux, souhaitent, pour des raisons que j'ignore, se venger des médecins.

Notion de territoire de santé et de coopération sanitaire

Docteur Alain CORVEZ

Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation Languedoc-Roussillon

Il y a une dizaine d'années, en ma qualité de médecin, j'ai entamé avec quelques personnes une réflexion territoriale, portant notamment sur le sens que pouvait prendre le territoire de santé dans un pays comme le nôtre, riche de sa diversité, vaste, mais d'un centralisme fort, avec une répartition de la population particulière (80 % de la population vit sur 20 % du territoire, 20 % de la population vit sur 1 % du territoire). Nous sommes parvenus à la conclusion que les modèles des dispositifs de santé, à cet égard, doivent être construits « à la française », dans le respect de la diversité territoriale.

I. La notion de territoire de santé

La réflexion territoriale est riche. Vous me posez la question du territoire de santé. J'ai beaucoup écrit sur le sujet. Je suis arrivé à la conclusion que le territoire de santé, aujourd'hui, n'existe pas. Le territoire de la santé, à ce jour, reste un objet virtuel, qu'il convient cependant de prendre en considération. Il est virtuel en effet dans le sens où il n'existe pas de territoire répondant à la question : le territoire n'est jamais territoire de santé. Le territoire de santé demeure donc aujourd'hui un territoire sans frontière ; il s'adapte aux projets.

Classiquement, l'administration française garde cependant le souhait de délimiter des territoires. La première caractéristique d'un territoire reste son périmètre, à l'origine de nombreux conflits dans toute la France : dès lors qu'est évoqué un aménagement du territoire de santé, il demeure difficile d'arrêter des décisions. Les visions du territoire, à cet égard, demeurent aujourd'hui des visions toniques « à la française ». Il s'agit de s'y retrouver, de façon identitaire. Il convient de ne pas négliger l'aspect identitaire du territoire, qui réunit les personnes. Il devient ainsi nécessaire de définir les aspects du territoire que nous retenons. Il s'agit d'un espace de vie. Lorsque nous avons tenté des analyses, nous avons en premier lieu essayé de définir des territoires de partage. Nous avons abouti à un découpage par zones, où 80 % des personnes se déplaçaient pour certains actes, correspondant à la France du douzième siècle. La situation s'explique : dans un premier temps, l'hôpital, accueillant les pauvres, était placé au centre du territoire ; puis, le nombre de pauvres devenant trop élevé, l'hôpital était placé en périphérie. Les logiques de santé se sont élaborées ainsi parfois de façon centrifuge, parfois de façon centripète. Nous aboutissons en conséquence aujourd'hui à un paysage français extrêmement complexe. Nous ne sommes plus nombreux à comprendre notre système de santé, son mélange de centralisme et de décentralisation. Nous ne pouvons que souligner que nous gérons la situation comme un pays riche, avec d'énormes marges, qui autorisent d'énormes gaspillages. Nous ne pouvons qu'ajouter, à cet égard, que notre devoir, en tant que médecins, consiste à travailler à réduire lesdites marges tout en assurant dans la qualité le service que nous devons au patient.

II. Le contenu

Le territoire représente donc un périmètre à géométrie variable (le territoire de la chirurgie cardiaque n'est pas identique au territoire de l'entorse du genou, par exemple). Le territoire pose

ainsi immédiatement le problème du contenu. Le premier contenu en est la population. Or la population est, devient, se constitue. Elle obéit à cet égard aux lois démographiques, qui autorisent quelques prévisions. Aujourd'hui, il est en conséquence paradoxal que, dans des territoires délimités, nous soyons incapables de mener une politique appropriée.

Le territoire correspond donc aujourd'hui à l'ensemble des éléments d'une démographie, d'une vie, d'une économie. Pour nous, médecins, il correspond cependant également à des éléments ayant trait à l'épidémiologie. Il s'agit de populations dont nous connaissons les évolutions en matière sanitaire (nombre d'infarctus, de fractures, etc.). Nous réfléchissons dans des domaines où la prédiction nous impose des devoirs s'agissant d'événements attendus, connus, fixés, quantifiés.

Nous considérons ainsi une population dont nous connaissons les facteurs de risques. Il convient à présent de s'intéresser aux acteurs. Un territoire correspond en effet, outre la population, à un certain nombre d'acteurs. Qui sont les acteurs aujourd'hui ?

La construction du système de santé repose sur des mesures décidées au Parlement (notamment la loi HPST) considérant un certain nombre d'éléments. Je pense pour ma part qu'il est heureux cependant que la loi HPST porte un certain nombre de manques en la matière, nous laissant des marges de manœuvre. Le territoire comporte néanmoins, quoi qu'il en soit, un certain nombre d'acteurs. Certains, d'une part, sont des caciques, à savoir les acteurs institutionnels, les professionnels qui, par instinct de corporatisme, se situent dans une logique de défense de leur appareil. D'autre part, se trouvent les élus (députés, sénateurs, conseils généraux). La décision commune entre élus semble toujours difficile à prendre, même si elle est supposément dans l'intérêt général. Elle demeure en effet empreinte d'un caractère politique. Entre les professionnels et les élus, se trouvent les patients, les usagers. Nous avons d'ailleurs suggéré à la ministre de remplacer le mot « patient » par le mot « population » dans le terme de la loi, le sort des populations pouvant être envisagé tandis qu'elles ne sont pas encore des patients, n'étant pas nécessairement malades. La nouvelle démocratie sanitaire récemment définie, s'agissant des populations, demande à être canalisée, encadrée, argumentée, dans un pays où l'évaluation reste peu répandue. Nous manquons aujourd'hui d'argumentaires pour tenir un discours réaliste en la matière.

III. Les enjeux

Nous devons donc insérer l'ensemble des éléments précédents dans le contenu du territoire. Nous n'avons cependant nullement l'intention de créer une république des fiefs. L'étage de régulation, malgré tout, s'impose de façon difficile dans notre pays (étage central/étage périphérique). Il a été décrété, depuis plusieurs années, que le niveau régional était le niveau idéal de gestion en France. L'étage régional est considéré comme le plus pertinent. Le débat actuel sur le redécoupage des régions pose certes un grand nombre de difficultés aujourd'hui. Il n'en demeure pas moins que l'étage régional est vécu actuellement comme l'endroit où il est légitime d'exercer une régulation sur le système de santé français. Nous allons donc dans ce sens.

Globalement, aujourd'hui, le débat qui consiste à tenter de construire une nouvelle administration porte principalement sur son fonctionnement. L'observation du modèle américain nous montre que notre système est décrit à ce jour comme hyperspécialisé. Il est vécu également comme cloisonné et peu coordonné. L'objectif consiste donc, outre la prévention, à passer d'un enjeu de moyens à un enjeu de résultats. Il s'agit en réalité de faire preuve de davantage de liant, de davantage de transversalité, en développant les logiques d'acteurs. En l'occurrence, le territoire ne peut être

qu'organisé, selon un exercice d'interfaces. Il s'agit d'un exercice au sein duquel nous ne pourrions agir à la fois sans l'aide des professionnels de santé et sans que le sens porté soit le sens donné aux malades. A cet égard, nous devons nous montrer particulièrement exigeants s'agissant du domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles. Si nous, médecins, ne sommes pas capables de promouvoir en permanence la qualité, avec des objectifs et des résultats évalués, nous perdrons la partie. Nous avons déjà le sentiment de perdre en considération. Pour ne pas perdre davantage, nous devons revendiquer notre présence sur les territoires, notre coût à la collectivité en tant que fruit d'un pays développé et notre apport à la productivité et à la richesse de nos territoires, y compris dans le domaine de la recherche. Revendiquons donc de la très bonne médecine. Sur les territoires, soyons acteurs responsables de l'avenir.

IV. Discussion

De la salle

Vous avez souligné deux points essentiels, l'absence d'épidémiologie correcte et l'absence d'évaluation des résultats. La création des agences régionales de santé est-elle susceptible de modifier la situation ?

Alain CORVEZ

Il convient de ne pas tomber dans le piège de demander aux directeurs des agences régionales de santé de régler l'ensemble des difficultés qui se posent. S'agissant du système d'information, par exemple, nous avons tous une pierre à apporter à l'édifice.

De la salle

La loi HPST permet de prendre en considération à la fois l'hôpital, le secteur médico-social, le secteur ambulatoire et les soins de ville. Vous avez montré, en outre, à quel point le territoire de santé concerne les élus et la population. Pensez-vous que, grâce à la globalité qu'induisent la loi HPST et les agences régionales de santé, il sera plus aisé de résoudre les crises de territoire qui pourront survenir ?

Alain CORVEZ

Je vois la situation avec optimisme et lucidité. Je me méfie cependant d'une vision holistique. Je pense que, sur un certain nombre de décisions, une volonté de groupe doit se faire jour. La loi HPST rend les événements possibles sans cependant les accomplir. Nous devons faire preuve de volonté pour résoudre les difficultés qui pourraient se faire jour. Cela étant, nous devons également faire preuve de volonté pour évoluer dans les arcanes de la loi HPST.

La place du privé

Docteur Frédéric REY

Directeur des relations médicales et de l'information médicale – Générale de santé

A mon sens, il est possible d'allier soins de qualité et rentabilité. Je souhaite vous montrer quelques pistes allant dans ce sens. Je pense en effet qu'il est essentiel pour nous tous et pour nos petits-enfants de penser à la responsabilité que nous portons à dépenser toujours davantage.

I. Le Groupe Générale de santé

Notre Groupe traite tout patient et toute pathologie. Nous participons aux missions de service public. Nous allons même jusqu'à les revendiquer. Trop fréquemment, cependant, elles ne nous sont pas attribuées.

Nous disposons de 21 500 salariés et de 5 000 médecins. Notre chiffre d'affaires se monte à 2 milliards d'euros. Nous affichons un taux de 17 % d'hospitalisations privées.

Nous connaissons bien la notion de territoire pour être présent sur quasiment l'ensemble du territoire national.

Nous avons compris, il y a quelques années, qu'il n'était plus possible de croire à un réseau de petites cliniques isolées. En revanche, nous croyons totalement au modèle de l'hôpital privé. Nous y croyons d'autant plus que les 24 hôpitaux privés que nous possédons nous apportent notre rentabilité. Il s'agit de modèles de 300 à 350 lits, couvrant un grand nombre d'activités.

Notre modèle économique est particulier, dans la mesure où nous avons mis en place une gouvernance à laquelle est associé le corps médical. Nous essayons en effet de médicaliser le plus possible les décisions. Nous mettons ainsi en œuvre notamment une forte démarche de qualité. Il est évident effectivement que l'image nauséabonde portée par une certaine gestion des soins n'est plus d'actualité dans le Groupe. Nous devons afficher une qualité de soins irréprochable, les patients se rendant compte des écarts qui peuvent exister dans le domaine.

Nous avons néanmoins mis en place, parallèlement, une gestion responsable. Notre Groupe, mortel économiquement, doit en effet dégager une rentabilité car nous ne disposons d'aucune subvention. Nous multiplions ainsi les enquêtes susceptibles de nous aider dans le domaine. Ainsi, même si selon une enquête du mois de juin dernier, les Français sont moins prêts à réduire leurs dépenses de santé que leurs autres dépenses, les frais non incontournables ne bénéficient pas d'autant de considération. Nous avons compris, à cet égard, qu'il est nécessaire de gagner et de maintenir en permanence une excellente image de marque. Nos amis du service public bénéficient effectivement d'ores et déjà d'une excellente image de marque. Nous devons, pour notre part, nous différencier pour que le patient quitte notre établissement avec un niveau de satisfaction élevé susceptible de l'inciter à ne pas ensuite réduire ses dépenses de santé à nos dépens.

Le secteur privé, actuellement, enregistre malgré tout en France actuellement une baisse du nombre de séjours. La montée en charge du public est extrêmement nette, largement augmentée depuis la mise en place de la T2A. Nous nous sentons ainsi stimulés quant à l'amélioration de nos résultats.

Par exemple, historiquement, nous ne cessons de perdre des parts de marché dans le domaine obstétrique. La raison en est simple : les structures publiques, dans le domaine, se montrent remarquables, sans pour autant demander de complément hôtelier.

Au total, aujourd'hui, Le Groupe Générale de Santé occupe environ 20 % du marché, sur différents pôles relativement bien répartis. Il enregistre cependant une baisse d'activité de l'ordre de 3 % par an. Quand un secteur perd 3 % par an, des compensations doivent être trouvées. Pour autant, nous ne sélectionnons pas nos activités. Le Groupe Générale de Santé se caractérise davantage par le projet médical de ses établissements. L'ensemble de nos établissements possèdent un projet médical particulier qui décrit la concurrence avec objectivité, contient un suivi de production essentiellement ciblé sur l'aspect de consommation et de rentabilité (niveau d'utilisation des moyens de production ; par exemple, un bloc opératoire qui ne tourne qu'à 50 % est inacceptable), suit le positionnement du corps médical, ainsi que les « pressions tutélaires » sur les seuils d'activité (dans le domaine, nous n'attendons pas les décisions tutélaires).

S'agissant de la gestion et du pilotage (les deux dimensions sont indispensables à la rentabilité), il convient de disposer d'indicateurs mensuels consolidables au niveau de l'établissement, sans pour autant faire preuve de fanatisme excessif. Nous demandons ainsi à nos directeurs de se concentrer sur quatre ou cinq indicateurs majeurs plutôt que de chercher à épouser l'ensemble des facteurs présents. Nous disposons notamment des contributions de marges par séjour qui permettent, lorsqu'une activité n'est pas rentable dans un établissement tandis qu'elle l'est dans un établissement voisin, de trouver des solutions appropriées. Toujours en matière de pilotage, nous incitons nos directeurs à tenter de comprendre les raisons pour lesquelles les sommes engagées peuvent se révéler différentes pour un soin identique. Actuellement, la politique du Groupe consiste à recruter des cadres qui ne viennent pas du monde de la santé. Les cadres recrutés comprennent cependant beaucoup plus rapidement qu'un grand nombre de confrères médecins les demandes qui leur sont adressées quant aux coûts engendrés.

En matière de pilotage, nous avons surtout compris l'importance des prévisions. A cet égard, grâce aux données communiquées par le ministère, nous avons notamment compris que nous n'avons que peu à attendre de la chirurgie tandis que nous avons beaucoup à attendre de la médecine.

Pour diriger un Groupe comme le nôtre, il convient, par ailleurs, de savoir faire preuve d'un certain courage politique. En l'occurrence, le pilotage mis en œuvre chez nous se veut aujourd'hui immédiat. Dans le cas contraire, nous perdriions nos capacités d'investissements. Bien entendu, nous refusons la culture du déficit, tout en tentant d'allier soins de qualité et rentabilité. Un haut dirigeant de l'AP-HP affirmait récemment envisager de mettre en place des objectifs. Je le félicite pour sa clairvoyance. Au sein du Groupe Générale de Santé, chacun respecte déjà des objectifs (praticiens et gestionnaires). Il s'agit en effet de l'unique façon de passer le difficile cap qui nous attend.

Je vous remercie.

II. Discussion

Docteur J.F. THEBAUT

Je tiens à vous faire part de ma réaction. Elle est ambivalente. Je pense en premier lieu qu'il serait malsain de mettre le doigt dans l'engrenage que vous nous avez décrit. D'un autre côté, vos résultats, tant en termes de qualité des soins qu'en termes de rentabilité, apparaissent extrêmement satisfaisants. Les personnes qui travaillent dans votre Groupe, en outre, sont heureux. Je vois donc un paradoxe entre l'angoisse que vivent les médecins que nous sommes et les résultats que vous affichez sans dégrader la vie au quotidien que mènent les praticiens exerçant chez vous.

De la salle

Je suis cardiologue au sein de la Générale de Santé. Je ne comprends pas les raisons pour lesquelles vous ne communiquez pas auprès des praticiens du Groupe de la même façon qu'aujourd'hui.

Frédéric REY

Il reste extrêmement difficile de communiquer auprès des praticiens. Nous pensons, pour pallier les difficultés, donner à nos praticiens un accès à nos outils et à nos données informatiques. J'ajoute que je suis le seul médecin parmi les cadres dirigeants. Les autres cadres dirigeants s'interrogent quant à eux constamment sur la dangerosité qui existe à accorder un trop grand nombre d'informations au corps médical. Je pense pour ma part qu'un plus grand nombre d'informations permet d'associer les médecins à notre politique en leur faisant comprendre où nous souhaitons aller ensemble.

De la salle

Vous avez démontré qu'avec une gestion satisfaisante, il est possible d'être bénéficiaire. Que devient le bénéfice que réalise la Générale de Santé ?

Frédéric REY

Nous servons nos actionnaires. Nous avons également dégagé en 2009, 240 millions d'euros d'investissements.

De la salle

Pour ma part, je trouve choquant de reverser de l'argent public à des actionnaires. J'exerce dans une structure privée où l'intégralité des bénéfices est réinvestie dans l'outil de travail.

Frédéric REY

Je comprends votre point de vue.

De la salle

Vous est-il arrivé de fermer des établissements de moindre rentabilité ?

Frédéric REY

Non. Certains de nos secteurs ne dégagent pourtant aucune rentabilité. Nous recherchons en effet aujourd'hui une image de marque. L'hôpital privé, à cet égard, doit nous rendre incontournables.

De la salle

Je suis à la fois admiratif et inquiet. Je travaille dans un CHU qui, comme tous les CHU de France, est déficitaire. Lorsque les hôpitaux publics se convertiront à la gestion et aux indicateurs particulièrement efficaces que vous nous avez présentés, qu'advient-il des activités non rentables qui y sont exercées, même en optimisant les coûts ?

Frédéric REY

Un CHU présentera toujours nécessairement des niches déficitaires. Il conviendra simplement de dégager de la rentabilité dans d'autres niches.

SAMEDI 17 OCTOBRE

Les médecins s'interrogent

Modérateurs :

Dr Martine AOUSTIN, directrice de l'ARS Languedoc-Roussillon

Pr Jean-Claude DEHARO, professeur de cardiologie – CHU Marseille

Pr Jean-Yves LE HEUZEY, hôpital européen Georges Pompidou - Paris

L'industrie, partenaire de l'hôpital ?

Serge BERNASCONI
Président de Medtronic France

I. Un partenariat naturel et historique entre l'industrie et l'hôpital

Mon exposé est consacré au partenariat entre l'industrie et l'hôpital. Lorsque je parlerai de l'industrie, je parlerai spécifiquement du dispositif médical implantable. Par hôpital, j'entends l'ensemble des structures publiques et privées. Sans aucun doute, un partenariat naturel et historique s'est développé pour l'industrie avec les médecins et pour les médecins avec l'industrie. En effet, notre industrie est née grâce aux médecins : ils ont amené leurs idées et leurs concepts, que nous avons ensuite développés.

1. Un partenariat essentiel pour l'innovation

En premier lieu, ce partenariat a permis de faire progresser l'innovation. En effet, il est à l'origine de certaines innovations de ruptures (exemple de la resynchronisation) ainsi que de nombreuses innovations incrémentales, qui ont permis une amélioration continue des dispositifs mis à la disposition des médecins. Le partenariat a également permis de tester la validité de ces innovations à travers des démonstrations cliniques.

2. Un partenariat essentiel pour l'amélioration de la pratique médicale

Le partenariat entre l'industrie et l'hôpital a également été essentiel du point de vue de l'amélioration de la pratique médicale. Contrairement à d'autres domaines de la santé, le secteur du dispositif médical implantable requiert en effet une coopération étroite entre les médecins et l'industrie dans le cadre de l'information et de la formation des implantateurs. Notre industrie cherche ainsi continuellement à faire comprendre aux autorités que ce lien est consubstantiel au secteur des dispositifs implantables. De plus, du fait de l'évolution rapide des technologies,

l'industrie doit assurer un support technique auprès des implantateurs. Enfin, l'industrie doit veiller à la traçabilité des dispositifs implantés.

3. Un partenariat essentiel pour la reconnaissance de l'innovation

Ce partenariat a enfin permis d'accélérer la reconnaissance et l'acceptation de l'innovation pour le bien-être des patients. L'industrie et les médecins ont travaillé ensemble afin de mieux faire connaître les dispositifs médicaux implantables auprès des autorités, des politiques et des payeurs. Ces efforts sont d'autant plus nécessaires que notre industrie n'est pas toujours bien comprise, et parfois fait même peur, du fait du coût initial souvent important des dispositifs. Pourtant, analysé sur la durée, leur prix devient plus attrayant que bon nombre d'autres solutions médicales : ce qui semble évident pour nous qui travaillons dans ce secteur n'est pas encore accepté par tous les acteurs.

II. Un partenariat à renouveler pour répondre aux évolutions actuelles

On peut se demander si les évolutions actuelles (T2A, loi HPST...) ne sont pas de nature à remettre en cause le lien historique entre l'industrie et les médecins à l'hôpital. Personnellement, je ne le pense pas, car ce partenariat est essentiel pour préserver l'innovation médicale. Pour autant, il doit s'adapter et s'élargir à d'autres domaines de l'environnement hospitalier afin d'accompagner les évolutions actuelles. Ainsi, il s'agit pour nous :

- de répondre ensemble de manière appropriée, qualitative et économique aux besoins de santé, structurellement à la hausse du fait du vieillissement de la population et de la poursuite de l'innovation ;
- de résoudre ensemble l'équation économique. En particulier, il faut examiner le système des GHS, car sa logique, poussée à l'extrême, pourrait rendre impossible toute innovation ;
- d'élargir l'effort d'information et de formation : actuellement centrés sur les médecins, nos efforts devront désormais prendre davantage en considération d'autres acteurs au sein de l'hôpital, en particulier l'administration ;
- d'apporter un éclairage global en matière de planification et de régulation. Comme on le voit aujourd'hui dans certains pays d'Europe, l'industrie est amenée, au-delà du dispositif médical en tant que tel, à proposer des solutions de gestion ou de management des relations humaines dans les hôpitaux.

III. L'industrie partenaire de l'hôpital dans le cadre de la loi HPST

La loi HPST, une des plus grandes réformes des vingt ou trente dernières années, nous paraît relativement compliquée. Nous avons cependant suivi son élaboration et nous essayerons de suivre son application, qui pourrait offrir un certain nombre d'opportunités non négligeables. En particulier, la loi pourrait permettre de financer certaines innovations thérapeutiques. En tout état de cause, notre seul but est de préserver l'innovation médicale, car l'industrie n'existera pas sans innovation. Nous sommes relativement frustrés de ne pas avoir été consultés dans le cadre de l'élaboration de la loi ; cependant, nous allons tout faire pour en retirer le meilleur et poursuivre nos efforts d'innovation. Pour résoudre les défis auxquels nous devons faire face, nous continuerons de toute façon à soutenir le partenariat entre l'industrie et l'hôpital ; la loi HPST ne change rien à cet état de fait.

Questions

De la salle

Je vous remercie d'affirmer que l'industrie n'existera pas sans innovation médicale ; les CHU n'existeraient pas non plus sans elle, aussi je reçois parfaitement ce message de partenariat. De même, je suis d'accord sur le rôle de l'industrie en matière d'information et de formation. En revanche, je suis très surpris que vous n'ayez pas prononcé le terme de « patient » pendant tout cet exposé ; il semble en effet que la clé pour faire accepter l'innovation est de sensibiliser le public à ce que nous faisons.

Serge BERNASCONI

Vous avez bien sûr totalement raison. L'objectif de l'innovation médicale est avant tout d'amener une solution pour les patients, d'améliorer leurs conditions de vie. Ainsi, l'industrie travaille de plus en plus avec les patients ; un lien très fort existe avec les associations de patients. Vous seriez toutefois surpris des efforts que nous déployons pour que notre industrie soit acceptée. Il nous faut sans cesse nous battre auprès des autorités pour faire comprendre ce qu'est le dispositif médical et améliorer l'accès des patients à l'innovation.

De la salle

Votre métier va changer, **notamment** avec l'avènement de la télécardiologie. Votre cœur de métier consiste actuellement à vendre des dispositifs médicaux ; est-ce que demain vous n'exercerez pas davantage un métier de service, ce qui relèguerait la vente de produits au second rang ? Vous deviendriez ainsi des acteurs de soin, et pas simplement des partenaires. Partagez-vous ce point de vue ?

Serge BERNASCONI

Sans aucun doute ; quand je parle de partenariat avec l'administration dans son rôle de planification et d'orientation, j'inclus notamment la télémédecine. Il s'agit d'une évolution structurante des technologies. Cependant, je ne sais pas si l'industrie est prête à endosser ce nouveau rôle. L'évolution créera des services qui vont rendre la médecine plus efficace, mais est-ce à nous de les assumer ? La question reste ouverte.

De la salle

Vous avez insisté sur le partenariat entre les industriels et les médecins. Or, pour développer un partenariat, il faut traiter d'égal à égal. Vous avez besoin d'un pouvoir médical fort pour pouvoir innover. Ne pensez-vous pas que vous souffrez de l'affaiblissement du pouvoir médical, qui vous amène à chercher d'autres interlocuteurs ?

Serge BERNASCONI

L'évolution de nos produits passe par les médecins, contrairement à ce qui se produit dans d'autres domaines de l'industrie de santé. Par exemple, Medtronic ne développe pas beaucoup de produits elle-même. Notre entreprise est à l'écoute des médecins, et travaille avec eux pour développer de nouveaux produits : ainsi, elle est rarement à l'origine de l'innovation, qui vient la plupart du temps du médecin.

De la salle

C'est toute la différence entre l'industrie pharmaceutique et l'industrie du dispositif.

Serge BERNASCONI

Tout à fait.

Jean-Yves LE HEUZEY

Avant de continuer, je me permets de vous livrer mes réflexions. En tant qu'enseignant, quand je veux donner une idée de l'intérêt du métier à mes jeunes étudiants, je mentionne toujours deux points incontournables. En premier lieu, il s'agit du plaisir que l'on peut retirer du colloque singulier avec le patient. Il faut conserver ce plaisir le plus longtemps possible ; or le « stakhanovisme » des consultations de dix minutes ne permet pas de le faire. Un second aspect-clé dans le plaisir d'être médecin est la qualité de l'innovation médicale, qui conditionne ce que l'on peut apporter au patient.

Jean-Claude DEHARO

Nous allons maintenant aborder la place d'un autre acteur important du système de santé : le centre hospitalier général.

La place des C.H.

Francis FELLINGER

**Président de la conférence des Présidents de CME des CH
Cardiologue au CH d'Haguenau**

Ma présentation sera structurée en trois parties. Je traiterai d'abord de généralités qui permettent de comprendre où l'on va, puis je présenterai le « groupe » des centres hospitaliers, avant d'analyser l'impact de la loi HPST sur l'organisation des centres hospitaliers.

I. Le contexte de la loi HPST pour les centres hospitaliers

Tout d'abord, il faut relativiser l'importance de la loi HPST et la replacer dans le contexte d'un mouvement continu de réformes depuis 1973. Ainsi, après les présidentielles en 2013, il n'est pas impossible qu'une nouvelle loi tente de corriger les défauts de la loi HPST. D'ailleurs, la loi HPST a été votée alors même que nous n'avons pas eu le temps d'appliquer la dernière loi et les ordonnances de 2004-2006.

La loi s'inscrit dans le cadre des fondamentaux de l'hôpital actuel, marqué d'abord par une complexité croissante des techniques de soins, c'est-à-dire par une surspécialisation à laquelle les centres hospitaliers sont mal adaptés. Soit l'on reste dans le mouvement de l'innovation, soit l'on meurt. Deuxièmement, le métier de médecin évolue vers davantage de pluridisciplinarité, ce qui nécessite des équipes plus structurées. Troisièmement, on assiste à une modification majeure des modalités de prise en charge. On ne peut plus échapper à la politique de qualité et au poids des normes, de plus en plus coûteux, et les plateaux techniques tendent à la concentration. De plus, nous assistons à une « starisation » des médecins qui deviennent des ressources rares : ils se vendent au plus offrant, et les établissements se livrent à un marchandage des cerveaux. Or, nous savons qu'un ou deux départs dans un service suffisent à provoquer son effondrement : le poids de la personne est, heureusement d'ailleurs, prédominant sur le poids de la structure. Enfin, la contrainte médico-économique est bien entendu de plus en plus forte dans tous les pays développés.

Ces évolutions posent un certain nombre de questions qui restent pour l'instant sans réponses. Assiste-t-on à un rapprochement ou une différenciation des systèmes public/privé ? Cette interrogation est fondamentale pour un centre hospitalier, dont le principal concurrent est souvent une clinique privée. Quelle responsabilité sur le territoire ? Coopération, concurrence ou complémentarité ? Comment raisonne-t-on avec la médecine de ville, qui reste le principal client et fournisseur des centres hospitaliers ? Va-t-on vers un système unique de rémunération à l'hôpital et en ville ?

II. Le « groupe » CH

Le « groupe » des centres hospitaliers est le premier offreur de soins hospitaliers en France. Il compte 520 établissements, 250 MCO, 32 000 praticiens temps plein, et réalise un chiffre d'affaires de 30 milliards d'euros. Ses « parts de marché » sont en croissance ; les centres hospitaliers

réalisent en 2006 50,6 % des actes en médecine, 24 % des actes chirurgicaux, et près de 50 % des actes obstétricaux.

1. Les fragilités

Le groupe a quelques fragilités. Les centres hospitaliers souffrent d'un déficit conjoncturel de 0,7 % et d'une capacité d'autofinancement variable. La gestion prévisionnelle des emplois y est aléatoire, du fait du système de recrutement des médecins. La fidélisation du personnel médical pose également problème, avec un taux de fuite non négligeable ; même si les CHU connaissent aussi des fuites, ils restent plus attractifs pour les jeunes praticiens du fait de leur localisation. La gestion stratégique est insuffisante, avec une segmentation excessive et une trop grande dispersion de l'offre. Enfin, l'organisation et les circuits de décision sont complexes et peu efficaces ; en particulier, l'organisation polaire a été conçue pour des grandes structures – d'où l'existence dans les plus petites structures de « pôles terrines du chef » où l'on met tous les restes.

2. Les forces

Les centres hospitaliers disposent toutefois d'un certain nombre de forces qui sont autant de barrières à l'entrée pour nos concurrents potentiels. Le maillage territorial est dense : en moyenne, la population française a accès aux services d'urgence et de maternité en moins de 12 minutes, seules 500 000 personnes résident à plus de 50 minutes d'une structure hospitalière. Or l'on sait combien il est difficile de déloger des acteurs bien implantés. La plupart des « business units » possèdent une taille optimale (200 à 600 lits), et de nombreux équipements ont été rénovés, notamment dans le cadre du Plan Hôpital 2007. De plus, dans certaines zones, les centres hospitaliers n'ont pas de concurrents : le marché est ainsi partiellement captif. Les centres hospitaliers bénéficient également d'une bonne image de marque, et de bonnes relations avec les « leaders d'opinion », c'est-à-dire les médecins de ville, qui se sentent proches des centres hospitaliers car beaucoup y ont réalisé une partie de leur formation. 40 % des centres hospitaliers ont été restructurés au cours des dix dernières années, avec fermetures et ouvertures de services. Leur pérennité financière est appréciée des agences de notation. Enfin, le personnel dispose d'une forte culture d'entreprise, ce qui le rend très mobilisable dans la tempête : l'hôpital reste un lieu social où l'on se reconnaît.

III. L'impact de la loi HPST sur les centres hospitaliers

Il s'agit d'une loi hétéroclite. Elle devait au départ s'appeler loi « PST » ; le « H » pour « hôpital » est venu ensuite. Le débat s'est en effet focalisé sur la gouvernance interne de l'hôpital, alors même qu'il s'agissait d'un faux problème : le vrai débat aurait dû porter sur la réorganisation territoriale.

1. Relations avec la tutelle – ARS

Le CPOM est un contrat très asymétrique ; il s'agit en fait d'une lettre de mission assortie d'indicateurs à remplir, que les centres hospitaliers seront obligés de signer. Quelle sera la marge de manœuvre du centre hospitalier alors que son directeur sera nommé et noté par le directeur régional de l'ARS ? Auparavant, l'ARH était un interlocuteur facile pour l'hôpital. Désormais, son interlocuteur sera l'ARS, dirigé par un directeur général qui ne connaîtra pas forcément le monde

de l'hôpital, et devra en tout état de cause consacrer beaucoup de temps à la médecine de ville. Au-delà de la difficulté d'accès au directeur, les circuits de décisions au sein de l'ARS seront certainement plus complexes.

2. Organisation interne

La principale caractéristique de l'organisation interne de l'hôpital telle que définie par la loi HPST est la structuration en pôles. Le chef de pôle propose toutes les nominations médicales, sans avis du CME ou des bureaux de pôle ; il sera ainsi responsable de toute la ressource médicale du pôle. Concernant les relations entre la direction et le corps médical, elles seront plus équilibrées qu'on ne le dit : l'avènement du « directeur-patron » est un leurre. Le président du CME devient en effet un véritable co-décisionnaire : le directeur devra composer en permanence avec lui. En revanche, le directoire sera certainement moins efficient que l'était notre conseil exécutif, tandis que les autres cadres de direction seront marginalisés. Le conseil de surveillance aura peu de pouvoir – les élus sont ainsi exclus du jeu. Les instances internes consultatives restent inchangées. Les effecteurs seront sous la responsabilité du chef de pôle, avec le service comme unité disciplinaire.

3. Relation inter-établissements : un sujet escamoté

Le sujet des relations inter-établissements a malheureusement été escamoté. La communauté hospitalière de territoire n'est pas un établissement de santé ; il s'agit d'une simple convention, d'une forme de groupe de réflexion. Peu d'incitations sont prévues pour faciliter leur création. De toute façon, là où des possibilités de coopération existent, elles sont déjà exploitées. Seules les zones difficiles restent à l'écart de ce mouvement : les ARS devront y imposer des solutions.

4. Le statut des médecins

Concernant le statut des médecins, je relèverai deux points. En premier lieu, le transfert de compétences, qui consiste à utiliser des techniciens ou des infirmières pour un certain nombre d'actes médicaux, va nous permettre de mieux optimiser le temps médical, précieux dans les centres hospitaliers. En second lieu, le développement de la télémedecine est fondamental ; en effet, un des problèmes des centres hospitaliers réside dans le recrutement des radiologues. Désormais, l'imagerie médicale d'urgence pourra être gérée en télémedecine. Ainsi, l'on passe véritablement de « l'hôpital-clocher » au « net hôpital ».

5. La réforme des laboratoires

La réforme de la biologie – un secteur qui représente 6 milliards d'euros – est fondamentale en France, où l'on dénombre quelque 4 000 laboratoires, contre 40 en Allemagne.

IV. Conclusion

Pour conclure, la loi HPST contient des éléments très positifs, mais sa mise en œuvre exige une forte volonté de la part des ARS de recomposer l'organisation hospitalière territoriale. Or, il n'est pas sûr que les ARS auront les moyens de s'imposer durant les deux prochaines années, alors

qu'elles seront d'abord préoccupées par la mise en place de leur propre administration et que nous entrons bientôt en période préélectorale. En tout état de cause, le mode de gouvernance interne prévu par la loi devra confirmer son bien-fondé par une amélioration de la performance hospitalière. Il s'agit d'un pari qui justifie un suivi et une évaluation régulière, hors de toute idéologie.

« Anéantir le passé rétrécit toujours l'avenir » (d'après Julien Green).

Questions

De la salle

A propos du statut des médecins, est-ce que la contractualisation va changer les choses ?

Francis FELLINGER

D'après les éléments disponibles sur le statut des praticiens hospitaliers, assez peu de modifications sont prévues. Elles concernent essentiellement les modalités de nomination : le chef de pôle propose leur nomination, le directeur général du CMG les nomme. Le statut des praticiens contractuels est unifié afin de mieux les payer. Il y aura toutefois très peu de contractuels, car la loi réserve ce statut aux postes à recrutement difficile.

De la salle

Comment voyez-vous la coopération CH-CHU ? Que pensez-vous des coopérations public-privé ?

Francis FELLINGER

Les centres hospitaliers et les CHU doivent avoir une politique commune, s'organiser ensemble, car ils doivent répondre à une logique de concurrence. La France est en effet le pays où la part de marché des cliniques à but lucratif est la plus élevée. Ainsi, les structures publiques ont intérêt à rassembler leurs forces. Les centres hospitaliers peuvent apporter aux CHU une aide à l'enseignement, ainsi qu'à la recherche clinique - car si les CHU ont la méthodologie, les CH ont les patients. Cependant, cette coopération doit avoir lieu sur un mode « gagnant-gagnant ». Pour ce qui est de la coopération avec le privé, il faut tout de même noter qu'actuellement des CH rachètent des cliniques. Par ailleurs, dans beaucoup d'endroits, les coopérations locales se passent bien, d'autant qu'il existe des villes comme Saumur où aucun des deux secteurs n'est assez fort pour offrir une offre de soins assez large aux patients.

De la salle

Le chef de pôle a un pouvoir très important. Pour combien de temps est-il nommé ? Peut-il effectuer plusieurs mandats ?

Francis FELLINGER

Il est nommé pour 5 ans ; il n'y a pas de limites quant au nombre de mandats.

De la salle

Si nous ne sommes pas satisfaits de notre chef de pôle, il nous faut donc partir ?

Francis FELLINGER

Oui. Par ailleurs, le problème majeur concernant les chefs de pôle est celui de leur formation. Il s'agit en effet d'un vrai métier, auquel il faudra former environ 5 000 personnes.

De la salle

L'attractivité des centres hospitaliers est un sujet important pour l'avenir. La majorité des jeunes cardiologues disent vouloir continuer à exercer leur activité en hôpital public, mais quand on leur propose des postes dans les CHG, ils préfèrent rester dans les milieux universitaires, qu'ils soient publics ou privés. Il faudrait donc rehausser l'intérêt des postes en CHG, en augmentant leur technicité. Or, ceci va à l'encontre du mouvement de concentration des moyens. Comment résoudre cette quadrature du cercle ?

Francis FELLINGER

Il faut que les jeunes praticiens passent par chez nous dans le cadre de leur formation, car quand ils connaissent, ils reviennent. On pourrait ainsi développer le partage des postes d'internat. Parallèlement, la concentration des moyens est essentielle : on ne peut pas imaginer un hôpital avec seulement un ou deux cardiologues. De plus, elle permet la constitution de vraies équipes spécialisées, ce qui est le seul vrai moyen d'augmenter l'attractivité des postes pour les jeunes praticiens.

Les enjeux de formation et de démographie médicale

André FLAJOLET
Député du Pas-de-Calais

I. Les enjeux de notre système de santé

Je me permets tout d'abord de me présenter en quelques mots. Je ne suis pas médecin de profession, mais la Ministre de la Santé m'a demandé, dans le cadre de l'élaboration de la loi HPST, d'examiner les disparités de santé dans ma région, le Nord-Pas-de-Calais.

Mon rapport distingue les outils matériels et immatériels de la santé : les patients, les clients, l'environnement social et économique... Dans ce cadre, il semble que de nouveaux outils soient nécessaires afin de répondre à deux questions : comment faire pour que les patients ne puissent pas devenir patients, et comment peuvent-ils ne pas redevenir patients lorsqu'ils sont censés être guéris ?

Actuellement, la Ministre m'a demandé de mettre sur pied une fondation, nommée Santé durable et territoires. Fondation d'utilité publique, elle réunirait des crédits publics et privés. Ainsi, dans ce pays où règne un désordre établi, nous sommes en train de bousculer toute une série de traditions.

Cette présentation traite des enjeux de formation et de démographie médicale. Dans cette perspective, quatre éléments sont à relever. Premièrement, l'inégalité d'accès au soin est devenue une iniquité. Deuxièmement, le développement minoritaire mais réel d'une conception standardisée et fonctionnarisée du métier de médecin représente une menace pour l'accès au soin. Troisièmement, il manque à l'évidence de médecins polyvalents, ce qui s'explique largement par une évasion considérable vers des métiers différents. Enfin, la permanence des soins est assurée par une minorité, alors qu'elle devrait être considérée comme impérative.

II. Les limites de la loi HPST

La loi HPST apporte des éléments de réponse. Désormais, nous avons à notre disposition l'ensemble des tiroirs de la commode ; il s'agit maintenant d'ajuster les tiroirs à la commode. En particulier, l'ARS est un outil fabuleux si l'on sait s'en servir, non pour servir des intérêts catégoriels mais pour servir un territoire donné.

Toutefois, la loi ne va pas assez loin sur l'évolution du numerus clausus, ou encore sur l'attractivité du stage de médecine générale. De même, un seul article traite de la télémedecine, qui est pourtant un sujet fondamental. Il faudrait aussi redéfinir ce qu'est une urgence, et le statut même du patient qui croit pouvoir bénéficier du principe de la gratuité de l'urgence. Nous n'avons pas osé aborder cette question du fait de la pression des médecins – nombreux sur les bancs de l'Assemblée nationale ; il faudra pourtant y revenir, parce que nous ne trouverons pas d'autre solution de responsabilité partagée qui réponde à notre objectif de santé et notre objectif économique.

Au-delà, ne faudrait-il pas limiter, ou mieux définir, le périmètre d'intervention des médecins ? En effet, deux mondes n'ont pas encore été explorés : celui de la prévention primaire – c'est-à-dire,

comment ne pas aller vers le médecin ? –, ainsi que celui de l'éducation thérapeutique. Le patient ne peut plus être un simple client passif, il doit être acteur de son patrimoine de santé. Il doit se connaître, être capable de mener sa propre prévention. Dans ce contexte, le médecin est indispensable pour coordonner un avant, un pendant et un après.

La notion de communauté de santé, que je défends mais qui n'a pas été intégrée dans la loi, aurait permis de donner au médecin un rôle de chef d'orchestre : il aurait pu orienter les patients vers une multitude d'acteurs de santé différents. Permettez-moi de faire un parallèle entre les communautés de santé et les communautés hospitalières de territoire, qui ne doivent pas seulement répondre au souci de conserver des « parts de marché ». Je pense que communautés de santé et CHT sont appelés à avoir un rôle majeur, qui ne résulte pas simplement d'un transfert de compétences, mais aussi du fait qu'ils pourraient être le cadre de l'invention de nouveaux métiers en matière de prévention primaire, voire secondaire ou tertiaire. L'organisation de la société suppose en effet la mise en place d'une culture de la prévention, qui, au-delà du champ médical, s'inscrit dans des territoires et associe une multitude d'acteurs, dont les politiques qui ne peuvent pas s'exonérer de leurs responsabilités. Ainsi, le monde de la santé doit être au cœur de l'ensemble de la société ; il doit être considéré comme un acteur de l'aménagement du territoire et de l'équilibre sociétal.

Nous avons réalisé des progrès significatifs dans tous les domaines parce que nous avons segmenté les problèmes. Mais tandis que des bataillons de spécialistes connaissent par cœur leur domaine, plus personne n'a de regard sur le tout. Cette loi, en particulier à travers l'institution des ARS, devrait permettre à tous les acteurs de la santé de prendre conscience qu'ils font partie d'un tout. C'est en cela que réside à mon avis l'importance de la loi HPST.

Cependant, il faut aller plus loin sur l'incitation au positionnement du médecin généraliste dans un regard beaucoup plus équilibré du territoire. Si la carotte n'est pas suffisante, des sanctions doivent être mises en place. Le médecin a une mission de service public à remplir, qui doit être assurée dans des conditions dignes et équitables. Toutefois, des conditions équitables ne signifient pas des conditions identiques : un médecin aura du mal à convaincre sa femme que la vie culturelle, sportive ou relationnelle sur le plateau du Larzac équivaut à celle d'Aix-les-Bains.

Questions

De la salle

L'Etat ferme dans certaines zones la perception, le tribunal, la poste, l'école... Que puis-je répondre à mes étudiants qui ne comprennent pas que l'on contraigne les médecins à exercer leur profession dans ces zones sous peine de sanctions alors qu'ils ont choisi un métier libéral ?

André FLAJOLET

La fermeture des services publics répond à un impératif. Par exemple, dans mon secteur, nous avons fermé un bureau de poste ouvert seulement 3 heures par jour, et nous avons ouvert à la place une agence postale ouverte 50 heures par semaine : le nombre de clients a été multiplié par 25. Il s'agit de modifier un statut pour s'adapter à une réalité. Le jeune médecin exerce une profession libérale, mais qui lui assure sa rémunération ?

De la salle

Je leur répondrai donc qu'ils n'exercent pas une profession libérale, qu'il faut nationaliser la médecine, supprimer la capitation ?

André FLAJOLET

Non, je dirais au jeune : vous exercez une profession libérale, mais vous devez remplir une mission de service public ; nous allons donc nous battre ensemble pour une rémunération différenciée significative. Si les jeunes n'acceptent pas les réformes, c'est parce que leurs aînés et les syndicats de médecins imposent leur veto. Ils défendent des points de vue personnels, des féodalités, des désordres établis. La volonté de ne pas faire bouger les choses est très présente.

De la salle

Je leur dirai qu'il n'y a pas de réponses.

André FLAJOLET

Non, il ne faut pas dire ça !

De la salle

Je suis d'accord avec vous sur la nécessité d'une évolution du numerus clausus, ainsi que sur l'existence d'un vrai besoin d'éducation thérapeutique et de prévention primaire. Concernant la médecine polyvalente, on constate qu'il y a énormément de fuites. Que faire pour les éviter ?

André FLAJOLET

Il faut aller plus loin dans l'évolution du numerus clausus du fait de la féminisation, de la fuite vers des secteurs comme l'Etablissement français du sang, de la progression du temps partiel. Il faut aussi accepter d'ouvrir des temps minoritaires de travail.

Mais surtout, il s'agit de développer des métiers spécifiques, spécialisés et attractifs, qui permettent de créer des espaces intermédiaires au-delà des médecins. Dans cette perspective, l'intégration des Instituts de soins infirmiers dans le monde universitaire et le système LMD est positive. Je prendrai aussi l'exemple de la reconstitution des corps après autopsie en médecine légale, qui pose problème en l'absence de responsabilités claires : il y aurait besoin dans ce secteur d'un métier nouveau.

Concernant la médecine polyvalente, je suis partisan de donner la possibilité à des médecins d'assurer ensemble, de façon contractuelle, une permanence des soins sur un territoire donné. Je considère également que certaines affections longue durée (ALD) devraient pouvoir passer en forfaitisation.

De la salle

Puisque l'instituteur et le curé ne sont plus en mesure de cimenter la société, le médecin fait figure de dernier rempart du tissu social. Or, en étatisant l'organisation du soin au point d'imposer des contraintes aux médecins, ne pensez-vous pas que vous risquez de reproduire ce que vous avez fait avec les instituteurs et les curés ?

André FLAJOLET

Concernant le statut de l'instituteur, les torts sont partagés entre la profession et les politiques. Pour ce qui est de la médecine, cela pose la question du statut du médecin, mais surtout, beaucoup plus largement, de la nature de notre société, qui a nivelé les valeurs au point de considérer que tout est consommable. Le médecin libéral est consommable, tout comme les urgences. On ne sait pas combien la médecine coûte, donc on considère qu'elle est gratuite ; or ce qui est gratuit n'a pas de valeur. Les politiques ont leur part de responsabilité dans cet état de fait ; dans le domaine de la santé, la loi HPST essaye de corriger le tir. Il n'en demeure pas moins que la plupart des médecins sont victimes du syndrome de la minorité. Aujourd'hui, le spectaculaire, l'inattendu devient la seule chose qui intéresse le journaliste et le consommateur. Du fait de ce renversement des valeurs, notre société n'accepte plus le tragique et la fragilité de la vie : dans ce contexte, comment peut-on encore l'étonner ?

De la salle

Sauf dans l'intimité du colloque singulier...

André FLAJOLET

Oui, à condition qu'il dure plus de 5 minutes.

Conclusion

Martine Aoustin
Directrice ARS Languedoc-Roussillon

Je remercie les intervenants, et je relèverai trois points en guise de conclusion. Tout d'abord, ces interventions ont montré l'importance de l'innovation. A ce propos, les intervenants se sont montrés quelque peu négatifs sur l'avenir, alors que pour ma part je suis plutôt d'un naturel optimiste. Cependant, plutôt que d'une boucle médecin-industriel, je pense qu'il faudrait parler d'une boucle médecin-industriel-régulateur, vertueuse et nécessaire étant donné le contexte économique et financier. Deuxièmement, l'émergence de la télémédecine est fondamentale, car elle fait le lien entre l'organisation territoriale et l'organisation des soins. Enfin, le territoire de santé en tant que tel doit être élargi ; c'est vrai en particulier pour les futurs directeurs d'ARS, qui en coopération avec l'ensemble des acteurs de santé, devront mener leur action dans un territoire beaucoup plus large.

Comment concilier pouvoir médical et pouvoir managérial

Modérateurs :

Dr Pascal Defaye, CHU de Grenoble

Pr Salem Kacet, CHU de Lille

M. Philippe Vigouroux, directeur général du CHU de Nancy

La notion d'établissement de santé

Jean-Patrick LAJONCHERE
Directeur de l'Hôpital Saint-Joseph, Paris

I. La loi HPST : un arrêt sur image

La loi HPST a été contestée mais pas débattue. On a choisi de traiter dans cette loi du statut des établissements de santé, alors qu'il aurait mieux valu qu'elle ne traite que des missions de santé publique.

La loi définit les missions des établissements de santé, la finalité des soins, les étapes du soin (dont le principe de la continuité des soins, qui est un élément essentiel) et les sujets des soins. Elle dispose que les établissements de santé peuvent exercer des missions de service public par contrat ; nous pourrions ainsi imaginer que même la mission d'enseignement soit exercée par des acteurs non publics. Elle donne également des garanties aux patients : l'égal accès à des soins de qualité, l'accueil 24h/24, la possibilité d'être pris en charge au tarif des honoraires conventionnels.

Cette loi s'inscrit dans un contexte de réformes continues. Depuis 1981, le régulateur cherche à réformer le système de santé afin de ne pas déboucher sur un système de santé où, comme aux Etats-Unis, 30 % des citoyens sont exclus des soins.

Enfin, la loi réintroduit une réflexion sur les questions d'éthique. Au moment où les traitements sont de plus en plus coûteux, l'éthique redevient partie intégrante des obligations des établissements de santé, ce qui est une bonne chose.

II. Concilier pouvoir médical et pouvoir managérial

La conciliation des pouvoirs médical et managérial répond à l'impératif de la maîtrise des dépenses de l'hôpital, qui reste le premier poste de l'assurance-maladie. En effet, quand on joue en équipe, on utilise toujours mieux nos moyens. Cette conciliation essentielle peut être fondée sur la définition d'objectifs communs, la promotion d'une culture commune et le partage de supports de travail communs.

1. Des objectifs communs

Le pouvoir médical et le pouvoir managérial doivent d'abord partager des objectifs communs. Chacun doit savoir écouter les objectifs des autres, et négocier ensuite. L'établissement doit fixer ses missions en communauté par rapport à ce qu'il connaît des besoins de la région et de ses ressources ; il doit ensuite élaborer un projet médical et un projet d'établissement qui suivent ces objectifs. Le projet médical est par nature princeps, tandis que le projet d'établissement doit reposer sur lui. La définition de ces objectifs doit se faire dans le cadre rénové de la tarification. En dépit de tous ses défauts, la T2A va sûrement améliorer la situation, car elle permet de remettre certains établissements à l'équilibre financier et de retrouver une logique économique saine.

2. Une culture commune

Il s'agit également d'acquérir une culture commune. Les rapports entre médecins et administratifs doivent être simplifiés. Le comité de direction doit réunir les directeurs et les chefs de pôle, sans que la parité soit nécessaire. Il faut également réaffirmer le rôle du chef de service, car la spécialité reste l'unité de valeur incontournable dans un hôpital. Le chef de pôle a une vraie utilité, car le directeur ne peut pas avoir en face de lui trente chefs de service ; cependant, le chef de pôle ne doit pas favoriser sa propre spécialité. A propos du pouvoir médical, en tout état de cause, il existera aussi longtemps que l'on mourra. Toutefois, en face du pouvoir médical, il faut des arbitres.

3. Des éléments de travail partagés

Pouvoir médical et pouvoir managérial doivent travailler avec des éléments partagés. Dans cette perspective, l'écrit doit être une valeur cardinale. Des tableaux de bord doivent traiter de la qualité, de l'activité, des résultats financiers, des ressources humaines (démographie médicale, conditions de travail) et des projets : il faut jouer avec ces cinq éléments comme un jongleur dont les cinq balles doivent être toujours en l'air. L'analyse des données ne doit pas avoir lieu dans une forme d'happening permanent, mais lors de réunions structurées. Enfin, la détermination des budgets doit être partagée : d'abord fondée sur les recettes, elle doit débiter au niveau des chefs de service.

Ces évolutions requièrent tout un changement de culture. Pour cela, il faut du temps ; cela tombe bien, nous ne l'avons pas. En effet, chaque mois, des bulletins de paie sont envoyés, mais les recettes ne rentrent pas forcément.

Questions

De la salle

A propos de la participation du secteur privé aux activités d'enseignement et de recherche, il me semble qu'il faudrait l'assortir d'une évaluation des capacités réelles de formation et de participation à la recherche de ces structures privées. De plus, elle devrait être fondée sur des contrats qui prévoient un mandat limité dans le temps et exigent la même qualité que celle exigée dans le public. Par ailleurs, je vous trouve pessimiste à propos du changement de culture : manifestement, la culture a déjà changé, du fait de l'organisation en pôles et en départements, ou

encore du plan Hôpital 2007 qui a permis à certains médecins d'endosser des fonctions managériales.

Jean-Patrick LAJONCHERE

Concernant le partage des missions d'enseignement, il est clair que quel que soit le contrat, une évaluation est nécessaire. Je voulais seulement insister sur le fait qu'il faut nous y préparer.

Par ailleurs, j'ai des amis chefs de pôle, et je les considère de la même famille. Je partage ainsi votre avis : le changement culturel est déjà là. Cependant, il y a encore des progrès à réaliser dans le domaine de la culture du chiffre, car la mise en place de la T2A est encore récente.

De la salle

Vous insistez sur l'importance des services, et vous considérez que le pôle a essentiellement un rôle de coordination. Est-ce le reflet d'une attitude pragmatique ou la leçon de plusieurs années passées à l'AP/HP ?

Jean-Patrick LAJONCHERE

Le chef de pôle est un instrument de management indispensable, mais la vraie médecine doit se faire par spécialité. Certaines activités peuvent être multidisciplinaires, le plan cancer en témoigne. Cependant, l'enseignement et la maîtrise du malade ne peuvent se faire qu'au niveau du service.

Y a-t-il encore une place pour la CME ?

Alain DESTEE

Professeur de neurologie au CHU de Lille

Président de la conférence des Présidents de CME des CHU

I. Un dossier sensible occultant les aspects positifs de la loi

La loi HPST a apporté beaucoup pour la prise en charge de la santé dans notre pays du point de vue de la prévention, du soin, du palliatif... Elle introduit une vision globale de la santé, ainsi qu'un important mouvement de régionalisation.

Toutefois, le conflit entre le « directeur-patron » et le pouvoir médical a occulté ces aspects positifs. Or, ce conflit n'existe pas, ou en tout cas doit être évité. Pour autant, on ne peut exclure des difficultés éventuelles, que la loi doit permettre de résoudre. En tout état de cause, ce dossier nécessite de l'objectivité, de l'impartialité, de la confidentialité et de la prudence.

La loi prévoit une organisation verticale centrifuge. Le gouvernement nomme en conseil des ministres le directeur général du CHRU, qui n'est pas forcément issu du milieu de la santé. Le directeur général fait figure de véritable manager, en CDD pour une période de 7 jours renouvelables. Les directeurs sont nommés par le CNG sur proposition du directeur général de l'ARS ; ils sont liés par la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et (« parfois ») de moyens (CPOM). Le chef de pôle met en œuvre la politique de l'établissement en vue d'atteindre les objectifs fixés par le contrat de pôle.

Les risques de cette organisation interne sont connus. Elle répond d'abord à des préoccupations plus financières que médico-économiques ; on ne peut pas, cependant, méconnaître le contexte économique. De plus, elle comporte des risques de « balkanisation » de l'hôpital : l'hôpital pourrait devenir une simple juxtaposition d'unités indépendantes, dirigées par des chefs de pôle prêts à tout pour défendre leur pôle – et quelquefois leur propre spécialité aux dépens des autres.

Dans ce contexte, la CME doit être la garante de la médicalisation de la prise de décision et de la vision collective de la communauté médicale de l'établissement. Peut-elle encore jouer ce rôle ? Il me semble que oui. Je vais maintenant justifier ma position.

II. La CME dans le cadre de la loi HPST

1. Le rôle essentiel du président de la CME

Tout d'abord, les pouvoirs attribués par la loi au Président de la CME sont loin d'être négligeables. Le président de CME « décide conjointement avec le directeur de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usages » (article 10) ; il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM le projet médical de l'établissement, qui est sa véritable colonne vertébrale ; il coordonne la politique médicale de l'établissement. Le président de CME donne un avis sur l'organisation interne en pôles d'activité, propose à la nomination les chefs

de pôle (ces propositions sont toutefois non liantes), émet un avis sur les contrats de pôle, sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, sur le recrutement des chefs de pôle... En outre, le président du CME est le vice-président du directoire, dont il propose les membres médicaux (ces propositions sont encore non liantes). Il approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement, conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative, ce qui lui permet de faire entendre la voix du corps médical. Enfin, le président du CME réunit bien entendu la CME et en fixe l'ordre du jour ; il peut donc la faire délibérer sur toutes les décisions, légitimant par là-même sa prise de position.

2. Une CME peu concernée par la loi et dont la composition reste encore à définir

La loi ne traite de la CME qu'en bas de page : elle dispose que la CME « contribue à l'élaboration de la politique continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers » et « propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi ». La CME contribue ainsi à la politique d'amélioration des soins, en veillant à la gestion des risques, aux dispositifs de vigilance... Elle a également un rôle de proposition : elle élabore un programme d'actions, et veille à l'adéquation des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. La CME devrait en outre être consultée pour avis sur le projet médical, le projet d'établissement, l'organisation interne, le règlement intérieur... Les décrets sur ce sujet sont encore à paraître. La CME devrait être simplement informée sur le CPOM, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement... En ce qui concerne sa composition, qui n'est pas encore définitivement fixée, la CME doit être représentative afin d'être crédible et légitime – c'est-à-dire qu'elle doit intégrer les chefs de pôle, sans que le lien hiérarchique existant entre eux et le directeur ne trouble le débat, et sans compromettre le lien fonctionnel existant entre eux et le président de CME.

Questions

De la salle

La CME est une pépinière pour les jeunes collègues désireux de s'investir dans la vie de l'établissement. En effet, il s'agit un métier qui s'apprend au fil du temps, car il faut apprendre à connaître le corps administratif et le reste du corps médical, dont notre surspécialisation nous éloigne. La loi HPST, qui imposerait la présence des chefs de pôle à la CME, priverait la CME de cette fonction éducative.

Alain DESTEE

Je suis d'accord que la CME est une façon d'attirer les collègues vers la gestion et le management de l'établissement ; vous avez mis le doigt sur l'un des inconvénients qu'imposerait la parité entre chefs de pôle et membres élus. Mais cette parité ne sera probablement pas entérinée. Nous souhaiterions que soit simplement présent en CME un collège de responsables de pôle.

De la salle

J'admire votre optimisme, dont nous avons besoin. En effet, d'après mon expérience, la majorité de nos collègues siègent en permanence avec un esprit défensif : ils veulent avant tout défendre leur service, leur spécialité, leur hôpital. Démoralisés, ils ont l'impression que le CPOM est plutôt un « contrat pluriannuel d'objectifs sans moyens », et que la finalité de l'hôpital n'est plus de soigner mais de coûter moins. Ainsi, ils ne cherchent plus à élaborer des projets, mais simplement à défendre leurs acquis.

Alain DESTEE

A Lille, le CHU avait un déficit de 15 millions d'euros. Nous avons dû supprimer une centaine d'emplois dans certaines structures, mais nous avons aussi développé certaines activités. Ainsi, sur la même période, nous avons engagé 300 personnes. Le déficit est passé à 7,5 millions d'euros l'année dernière et 3 millions cette année, car notre personnel a pris la résolution de ne plus rester sur la défensive, et de se montrer offensif. En effet, notre but doit être de mieux utiliser les moyens qui sont à notre disposition.

Philippe VIGOUROUX

Je me permets de vous donner mon avis en tant que directeur général de CHU. Il y a un paradoxe qui me rend optimiste : le pouvoir médical se renforce en même temps que celui du directeur. L'hôpital lui-même peut en sortir renforcé. Il faut noter d'ailleurs que le terme de « pouvoir » n'est pas le plus adapté : nous nous vivons comme des hommes de responsabilités plutôt que de pouvoir.

L'image du directeur lointain méconnaissant le terrain est fautive. Ainsi, je ne suis pas un médecin, mais je me considère comme un homme de santé publique, passionné par le terrain : j'ai ainsi

assisté à un pontage coronarien ou encore à une greffe cardiaque. Cette connaissance intime de la chose médicale est primordiale et nous distingue des administratifs.

Au-delà de leur pouvoir de soigner, les médecins doivent participer eux-mêmes à la direction de leur établissement à travers les pôles et leur participation au directoire. La loi permet d'aller plus loin dans cette direction : le directoire resserré avec une majorité de médecins sera plus efficace, et le président de la CME deviendra officiellement le numéro 2 de l'hôpital. Mais la vraie reconnaissance du pouvoir du président de la CME serait la possibilité qu'on puisse le révoquer en même temps que le directeur ; ainsi, directeur et président de CME seraient réunis par un PACS non seulement pour le meilleur, mais aussi pour le pire.

Enfin, le directeur est un arbitre et un responsable ; après consultation du directoire, il décide du budget de l'hôpital, acte fondamental de la vie de l'établissement. Son rôle renforcé se manifeste par sa révocabilité.

Du fait de notre obligation de réduire la dette du pays, en particulier la dette sociale, il est normal que des pouvoirs forts puissent prendre des décisions fortes. Il nous faut redresser les hôpitaux ; il s'agit même d'une question éthique.

Peut-on industrialiser la santé ?

Jacques ATTALI
Ecrivain

Je suis très heureux d'être ici, parce que la commission que j'ai présidée a beaucoup travaillé sur le sujet. J'essayerai de ne pas traiter des détails d'organisation, et de replacer le débat dans un contexte plus vaste.

I. La croissance des dépenses de santé : une bonne nouvelle

Je voudrais partir du caractère défensif des professions de santé, que vous avez souligné. Je crois que nous sommes tous victimes d'une idéologie fautive selon laquelle la santé est un coût. Je suis frappé de cette distinction : l'augmentation des dépenses de véhicules automobiles est considérée comme une bonne nouvelle, tandis que l'augmentation des dépenses de santé serait une mauvaise nouvelle. Je pense au contraire que la croissance des dépenses de santé est une bonne nouvelle, et que vous devez l'assumer.

1. Croissance économique et dépenses de santé

Tout d'abord, la croissance économique à venir dépend largement de l'amélioration des systèmes de santé. Dans les trente années qui viennent, les trois facteurs de la croissance définis par les économistes – démographie, progrès technique, épargne – seront très largement conditionnés par les progrès des systèmes de santé.

Pour ce qui est de la démographie, cela va de soi : nous allons assister à une croissance continue de la population, et à une poursuite de la hausse de l'espérance de vie, qui augmente en France de 3 mois par an (et même de 4 mois par an si l'on considère l'espérance de vie en bonne santé). L'augmentation de l'épargne est elle-même liée à l'allongement de la durée de la vie.

Concernant le progrès technique, quatre vagues qui sont liées de près ou de loin à la santé sont à distinguer :

- les technologies de l'information, qui ont beaucoup de conséquences sur la gestion des systèmes de santé et le fonctionnement des métiers de la santé. Par exemple, les prothèses pourront communiquer entre elles ; le basculement en 3D va bouleverser l'imagerie médicale ; la médecine à distance révolutionnera la manière de soigner ; le web sémantique, qui permet de poser des questions en langage naturel, pourrait bouleverser les hiérarchies.
- la biotechnologie ;
- les nanotechnologies ;
- les neurosciences : du fait d'une accumulation de connaissance, nous devons être en mesure d'apprendre plus vite, ce qui implique de mieux connaître le cerveau humain.

Ces changements sont vertigineux, et comportent tous des aspects inquiétants (risques des OGM, effets des nanotechnologies sur la structure de l'ADN ou des neurosciences sur la conscience de soi) qui posent des questions éthiques.

2. Crise et dépenses de santé

La crise économique actuelle est largement liée aux problèmes de santé.

Tout d'abord, la crise est due aux excès d'une certaine forme d'économie-casino, que l'on peut attribuer en partie à la sous-évaluation par les fonds de pension américains de l'espérance de vie de leurs clients. Pour pouvoir payer les retraites de leurs clients, les fonds de pension ont dû exercer une énorme pression en faveur d'une prise de risques excessive, parce qu'ils avaient besoin d'une rentabilité de l'ordre de 15 % alors que la rentabilité de l'économie mondiale n'atteint qu'environ 6 %.

La crise a également partie liée avec le mécanisme de retraite par répartition et l'ensemble du système de santé, dans la mesure où ils soulèvent tous les deux la question de la croissance des dépenses publiques. A cet égard, beaucoup d'erreurs sont commises. Comme je le disais tout à l'heure, l'augmentation de la part des dépenses de santé n'est pas une mauvaise nouvelle, tant que l'espérance de vie est en hausse. Evidemment, il faut lutter contre le gaspillage, qui est un facteur de dé-légitimation ; ainsi, un des objectifs de la réforme du système de santé américain est de réduire le gaspillage (les Etats-Unis dépensent 16 % de leurs ressources pour la santé contre 11 % en France). Mais pourquoi ne pas aller vers une société qui dépenserait 40 % de ses ressources pour la santé, 40 % pour l'éducation et 20 % pour le reste ? Les dépenses de santé sont forcément collectives et doivent être couvertes par une assurance. La seule question est de savoir qui, du public ou du privé, prendra en charge cette assurance ; nos sociétés ont en effet le choix entre une assurance publique, une assurance privée ou rien.

II. Industrie de la santé et santé de l'industrie

Je mettrai en parallèle l'industrie de la santé et la santé de l'industrie, car il s'agit de deux thèmes fondamentaux, qui devraient être du ressort de la responsabilité médicale.

1. Industrie de la santé

L'une des raisons de l'augmentation des dépenses de santé réside dans le fait que la productivité de l'acte médical augmente moins vite par nature que celle des autres activités économiques. Une des réponses naturelles à cet état de fait est d'augmenter la productivité de l'acte de santé ; c'est l'objectif du mouvement vers une industrialisation de la santé. Cette évolution vers l'industrialisation est commune à tous les secteurs ; toute l'histoire humaine est celle de l'industrialisation des services. La prochaine étape sera l'industrialisation de la santé ; la suivante sera sans doute l'industrialisation de l'éducation.

L'industrialisation de la santé a commencé par la transformation de l'hôpital en une entreprise, et par la transformation d'une partie de l'acte médical en un objet industriel – ce qui est déjà le cas pour ce qui concerne la pharmacie. L'industrialisation de la santé comprend non seulement le développement des technologies de l'information (prothèses, traitement à distance), des biotechnologies, mais également la dimension de la délocalisation : l'information peut être délocalisée, les actes réalisés à distance, voire dans un autre pays qui propose des coûts plus bas...

L'industrialisation concerne également le rôle des assurances. L'assureur voudrait en effet pouvoir contrôler tous les facteurs de risque en vue de maîtriser les primes demandées à ses clients. Cela

pose la question du maintien d'une prime d'assurance uniforme ou d'une évolution vers des primes de plus en plus différenciées et personnalisées. En effet, les technologies de l'hyper-surveillance et de l'auto-surveillance pourront nous mettre en permanence en relation avec l'assureur. On voit que si l'industrialisation de la santé est une évolution majeure, elle pose aussi de nombreux problèmes éthiques.

2. Santé de l'industrie

Je suis toujours frappé par le fait que les médecins n'occupent pas la place qui devrait être la leur dans le domaine de la santé de l'industrie. En effet, la prévention ne devrait pas se limiter à des tests de dépistage ; elle devrait s'attacher davantage aux facteurs de risque. Par exemple, la lutte contre le cancer du sein ne saurait se résumer à la mammographie ; il faudrait aussi comprendre pourquoi les femmes sont de plus en plus touchées par cette maladie. Le pouvoir médical devrait s'exercer sur l'environnement, sur l'alimentation ; en particulier, les médecins devraient être un acteur majeur de l'industrie agroalimentaire. La médecine doit se poser la question du rythme de travail, de la qualité de vie.

III. La santé comme laboratoire de la démocratie et d'une nouvelle économie

La santé doit avant tout être considérée comme un facteur majeur de la démocratie, car elle est un facteur global, qui va bien au-delà des acteurs de soin, c'est-à-dire du médecin de ville et de l'hôpital. De plus, la santé est par nature altruiste, car nous avons intérêt à la santé des autres. Par exemple, les conditions d'élevage des poulets chinois nous importent, car elles peuvent avoir des conséquences sur notre propre santé. Par conséquent, la santé est un facteur fondamental de la prise de conscience de l'interdépendance.

Enfin, la santé pourrait être la terre d'élection d'une nouvelle forme d'économie, sociale, gratuite, dont l'entité de base resterait l'entreprise, mais une entreprise qui n'aurait pas la même définition. Tandis que l'entreprise capitaliste a pour finalité le profit et considère le produit seulement comme un moyen de réaliser ce profit, nous pourrions imaginer une entreprise dont la finalité serait le service rendu, et qui percevrait le profit comme une simple contrainte de survie, une simple façon de rendre ce service possible. L'hôpital est l'exemple même de ce type « d'entreprise ». En effet, la discussion que vous avez eue sur la gouvernance interne de l'hôpital est sous-tendue par cette recherche fondamentale d'un équilibre complexe entre la rentabilité, qui est une contrainte de survie, et le service rendu, qui doit rester la finalité de l'hôpital. Ce sont les discussions que nous avons également dans les ONG.

Pour terminer, je voudrais dire que vous qui vous occupez du cœur, vous vous occupez de l'essentiel : du temps. En effet, la finalité de toute société est de faire en sorte que chacun d'entre nous puisse avoir du bon temps.

Questions

Philippe VIGOUROUX

Il est réconfortant pour nous d'entendre que la santé est un facteur de croissance et que l'augmentation des dépenses de santé est une excellente nouvelle. Y a-t-il des questions ?

De la salle

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. Pour faire face à la croissance des dépenses de santé, certains ont proposé de diminuer l'offre pour diminuer la demande, puisque l'offre crée la demande – d'où, il y a 25 ans, la création du numerus clausus. Ces raisonnements ne tiennent compte que du court terme. Comment faire pour que nos contemporains raisonnent davantage à long terme ?

Jacques ATTALI

C'est une question difficile. Il existe aujourd'hui un certain consensus sur l'importance des dépenses de santé, mais cela ne reste vrai qu'aussi longtemps que l'espérance de vie augmente. Il faut rester vigilant, et répéter sans cesse auprès de nos concitoyens que la croissance des dépenses de santé est une bonne chose. Pour citer Pierre Mendès-France, je dirais que la politique est un métier idiot qui consiste toute sa vie à répéter, répéter, répéter...

De la salle

La pratique médicale est d'abord un artisanat ; quelle est selon vous la place réelle de l'artisanat dans la médecine ?

Jacques ATTALI

L'industrialisation créera des besoins pour de nouveaux services. L'un des grands sujets d'avenir sera le rapport à la solitude : les patients auront de plus en plus besoin de temps de consolation, d'autant que l'industrialisation est extrêmement traumatisante. Ainsi, l'industrialisation rendra peut-être le colloque singulier encore plus fondamental.

De la salle

Faut-il refonder le système français, qui inciterait parfois à des dépenses inutiles ? Y a-t-il des exemples dans le monde dont l'on pourrait s'inspirer ?

Jacques ATTALI

Selon le professeur Jacob, « la vie est un bricolage ». Je crois que le meilleur système de santé restera de toute façon un bricolage. Le système français est l'un des moins mauvais du monde, même si le modèle québécois a peut-être quelques avantages par rapport au nôtre. Il est très important de lutter contre gaspillage, car cela permet justement de justifier la croissance des dépenses de santé. L'ensemble des acteurs de santé doivent être vigilants face au gaspillage, mais le gaspillage n'existe que lorsque la suppression d'une dépense ne réduit en rien la qualité du service. La lutte contre le gaspillage est donc bien différente du contrôle des dépenses.

De la salle

Grâce aux technologies de l'information et au partage de la connaissance, le médecin perd son rôle d'analyste d'une situation donnée ; le risque est qu'il ne devienne qu'un simple technicien, un effecteur d'actes. Comment mettre en valeur la place du médecin en tant que conseiller, accompagnant la vie du patient ?

Jacques ATTALI

Le médecin doit surtout devenir un imprécateur dans la société. Les médecins doivent dire ce qui ne va pas, dénoncer l'amiante, les problèmes alimentaires, l'obésité... La santé de l'industrie devrait être une part considérable du métier du médecin. Concernant la sauvegarde du colloque singulier dont vous parlez, je pense que la vraie réponse se trouve dans la valorisation du médecin de ville.

De la salle

Vous avez écrit que l'excès sécuritaire pouvait être un facteur bloquant du développement. Dans le secteur de la santé, il n'y a qu'à penser aux centaines d'heures de réunions consacrées à des questions de sécurité qui ne débouchent sur rien. Est-ce que la sécurité peut-être un facteur bloquant ? Dans quelle mesure peut-on de temps en temps accepter des risques ?

Jacques ATTALI

L'hôpital, c'est un hôtel, et un hôtel, c'est une réputation. Les maladies nosocomiales mettent à mort une réputation. Je ne pense pas qu'il y ait un excès de sécurité. En revanche, je pense que le principe de précaution inscrit dans la Constitution est une formidable erreur, parce que la phrase en question est incompréhensible, et que ce texte pourrait avoir d'ici quatre ou cinq ans des effets paralysants sur la recherche.

De la salle

Vous êtes en train d'affirmer que nous n'assumons pas notre rôle, que nous devrions sortir de l'isolement de notre cabinet.

Jacques ATTALI

Je pense que de nouveaux métiers de santé vont apparaître, car il reste beaucoup d'interrogations sur l'influence du rythme de vie, du rapport au temps, de la santé de la vie sociale... Par exemple, je ne comprends pas qu'aucun médecin ne parle de la souffrance au travail, alors que ce thème est particulièrement d'actualité.

De la salle

Selon vous, les dépenses de santé peuvent augmenter si elles sont légitimes, c'est-à-dire s'il n'y a pas de gaspillage car le gaspillage délégitime, et si l'on constate une hausse de l'espérance de vie et une amélioration de la qualité de vie. Est-ce que vous êtes isolé sur cette position ?

Jacques ATTALI

Je pense que cette position est absolument irréfutable en termes logiques. Ceux qui s'y opposent s'opposent en réalité à l'augmentation des prélèvements obligatoires. En réalité, les dépenses d'assurance peuvent être privées comme publiques. En tout état de cause, je n'ai jamais entendu personne contredire ces arguments de façon convaincante.

Conclusion

Salem KACET

Nous avons eu la chance en cette fin de matinée d'entendre le point de vue d'un directeur d'hôpital et d'un président de CME. Le corps médical s'est ému de la loi HPST ; je ressors ici avec beaucoup plus d'optimisme. Le corps médical n'a qu'à se saisir du pouvoir qui lui est offert : si les médecins s'investissent au-delà du colloque singulier avec leurs patients, ils peuvent devenir un acteur majeur du système de santé. Enfin, Jacques Attali a ouvert le débat : il nous a montré que la santé et l'éducation sont les deux éléments primordiaux, et que la croissance des dépenses de santé est une excellente nouvelle, à condition qu'il n'y ait pas de gaspillage et qu'elle ait des résultats mesurés par la hausse de l'espérance de vie et de la qualité de vie. Ainsi, au sortir de la crise, alors que nous cherchons à retrouver la croissance, la santé n'apparaît pas comme un mauvais élève, mais comme un élément majeur de la croissance de demain. Je remercie les trois orateurs qui nous ont beaucoup appris.

Philippe MABO, CHU de Rennes

Au travers du fil conducteur de la loi HPST, nous avons embrassé beaucoup de sujets qui nous tiennent à cœur. Ces réunions sont inhabituelles, dans la mesure où elles traitent de sujets beaucoup plus généraux que ceux que nous rencontrons dans la pratique quotidienne de nos métiers. Le message principal donné par les uns et les autres est que nous devrions sortir de notre ghetto, de notre cocon, même s'il peut être très douillet de rester dans son environnement. De plus, l'optimisme doit être de rigueur. La loi HPST a fait couler beaucoup d'encre, mais n'a pas que des éléments négatifs ; elle peut réellement contribuer à redéfinir la politique de santé sur les territoires. Au-delà de la qualité des soins, les enjeux les plus importants restent la recherche et l'innovation, ce qui ne va pas sans une remise en question de nos pratiques. Le métier de médecin va changer, va devenir plus spécifique pour certains, plus loin du soin pour d'autres. Je tiens à remercier les orateurs de ce matin et d'hier, le comité d'organisation ainsi que Cécile de Monclin. Nous pouvons d'ores et déjà nous donner rendez-vous l'année prochaine. Merci à tous et bon retour.

Bernard CANDELON, Medtronic France

Je réitère ces remerciements. Ces réunions sont importantes pour nous car elles placent au centre du débat nos deux préoccupations fondamentales : le patient et l'innovation. Encore merci à tous, et je vous donne rendez-vous l'année prochaine pour les sixièmes journées *d'Au centre du rythme*.