

Hôpital : modes de financement, gouvernance et problématiques spécifiques

Compte-rendu de la concertation du 19 juin 2020, organisée par
Madame la députée Delphine Bagarry

Propos liminaires de madame la députée

Ce deuxième atelier de concertation territoriale en santé, qui a eu lieu de manière dématérialisée le vendredi 19 juin, s'inscrit dans le Ségur national. Cette contribution départementale a pour but, pour madame la députée Delphine Bagarry, de s'interroger sur les problématiques propres au département, et de faire perdurer localement cette concertation afin d'arriver à une **co-construction du fonctionnement et de l'organisation du soin en suivant les conseils territoriaux de santé**, organe opérationnel adapté à notre territoire. Cet outil se veut agile, opérationnel et réunissant au plus large les acteurs du soin de manière général. L'objectif est donc de tendre vers des innovations concrètes pour le territoire. Les contributions recueillies dans ce cadre seront restituées au niveau national, puis au niveau local aussi rapidement que la situation sanitaire le permettra.

Le deuxième atelier fait suite à une tendance de fond de l'hôpital public depuis novembre 2019, à savoir un rejet de plus en plus prégnant de la gouvernance actuelle de l'hôpital, ainsi que des modes et des moyens de financement. L'animateur Fabien Argenone, médecin urgentiste, invoque ainsi une souffrance du personnel hospitalier au sein du système de santé. Une réadaptation est donc nécessaire et demande une concertation globale pour un diagnostic partagé, à l'heure où les solutions ne font pas forcément consensus.

L'organisation du système hospitalier

Organes décisionnaires : la question de la décentralisation de l'ARS

La crise sanitaire a fait ressortir les défis de l'organisation de l'hôpital public, déjà présents auparavant. En premier lieu, le rôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) est évoqué parmi les participants à l'atelier. Ainsi, un médecin urgentiste questionne les **politiques de restructuration des hôpitaux** qui se poursuivent après la crise sanitaire, suivant une logique d'économie de moyens. La mission principale des ARS, **décrite comme un organisme budgétaire plus que décisionnel**, est questionnée, et a pour plusieurs participants atteint sans limite dans son volume financier ainsi que dans sa gouvernance.

Cette logique de restructuration au niveau du département suit des décisions prises non pas au niveau du territoire, mais au **niveau régional** ; plusieurs participants évoquent ainsi le manque d'autonomie de la Délégation Territoriale de l'ARS (DTARS). Ainsi, les contraintes géographiques et sociales des Alpes de Haute-Provence ne sont pas prises en compte, ce qui induit des décisions qui sont humainement et économiquement coûteuses, comme la fermeture des urgences de nuit à Sisteron. Les spécificités du département, à savoir un territoire très grand et très peu dense en termes de population, ont besoin de réponses différentes de celles données aux départements plus urbains comme les Bouches-du-Rhône ou encore le Var.

Structures existantes et pistes de réforme

Dans cette optique, la **question de l'autonomisation de la DTARS vis-à-vis de l'ARS se pose** ; l'échelon départemental est considéré par plusieurs participants comme étant le plus approprié. Cette décentralisation, et non déconcentration, permettrait de sortir de la logique verticale de l'ARS et de répondre, dans une logique de proximité, aux spécificités de l'organisation territoriale de la santé, et donc des besoins locaux. La DTARS possède déjà les moyens financiers et organisationnels de coordonner plusieurs acteurs de la santé à l'échelle du territoire ; c'est cette autonomie et ce pilotage qui ont manqué durant la crise sanitaire.

De même, les participants soulignent de manière unanime l'existence d'outils qui pourraient être optimisés. Par exemple, le **Schéma Régional de Santé (SROS)** est évoqué, et pourrait permettre d'impulser des changements vitaux (en termes de démographie médicale, de territorialité, de nouvelles prises en charge). L'outil doit cependant être pris en main à la fois par les acteurs appropriés (la DTARS) et à l'échelon approprié (l'échelon départemental paraissant le plus pertinent).

Les participants soulignent l'utilité des outils numériques pour développer cette décentralisation et cette autonomisation des acteurs de la santé, et notamment de l'Assurance Maladie et de l'ARS, qui peuvent ensemble faire le lien entre la ville et l'hôpital. Les logiciels mis en place pendant la crise sanitaire, comme **TerCovid**, visait à mettre en place une nouvelle organisation territoriale mais a été insuffisamment précis, développé et accessible pour les professionnels de santé.

Les missions de l'hôpital : quelle organisation pour quelles missions ?

Le lien entre ville et hôpital

Les participants à l'atelier ont souligné l'importance de ne pas cloisonner les discussions aux seules missions de l'hôpital ; l'hôpital est en effet partie intégrante du système de santé général. Se pose alors la question de la **porosité entre ville et l'hôpital**. A cet égard, la crise sanitaire a été révélatrice de cloisonnements, notamment en termes de personnels : les infirmières libérales n'ont pas pu être réquisitionnées par le GHT des Alpes de Haute-Provence alors que celui-ci étant en manque de personnel. De même, les masques que possédaient le GHT n'ont pas pu être distribués aux professionnels libéraux. Les participants à l'atelier insistent donc sur la nécessité d'un organe de coordination entre la ville et l'hôpital, tel que la DTARS pourrait faire office de tutelle commune dans la distribution des ressources médicales, qu'elles soient en termes de personnel ou de matériel.

Ces liens entre la ville et l'hôpital sont par ailleurs explorés à l'échelle territoriale. Ainsi, **les PASS qui existent au sein de l'hôpital** sont des unités qui fonctionnent bien par leur logique collaborative et de passerelle entre ville et hôpital, tout comme les **équipes mobiles** pour les personnes sans domicile fixe (piloté par la DTARS avec succès). De même, des collaborations se sont développées entre la **Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP)** de Castellane et l'hôpital local, pour faciliter les échanges entre les deux structures. Dans cette optique, **l'infirmière de pratique avancée (IPA)** apparaît être un outil précieux pour assurer ce lien entre la ville et l'hôpital ; tout comme la plateforme territoriale d'appui, cruciale pour fluidifier les rapports ville/hôpital. Ces coordinations doivent également être encouragées par des formations communes entre médical, paramédical, hospitalier et libéral.

Les missions de l'hôpital : prévention et premier recours

Ces collaborations nécessaires entre ville et hôpital poussent à s'interroger sur **la répartition des missions de la santé entre l'hôpital et la ville**. En effet, la **question du premier recours** se pose particulièrement, alors même que les urgences accueillent aujourd'hui un nombre croissant d'usagers, un certain nombre d'entre eux pouvant être examinés dans le cadre de soins de premier recours. Cette ligne poreuse entre urgences et premier recours doit être clarifiée.

Dans le même esprit, **la question de la prévention** à l'hôpital a été soulevée par plusieurs participants. La prévention n'est actuellement que très peu présente au sein de l'hôpital, du fait d'un mode de financement concentré sur le soin, et des controverses émergent quant à la pertinence de cette mission pour la structure hospitalière. Ainsi, si un directeur d'un GHT estime que l'hôpital peut endosser ces missions de prévention, une fois que les moyens lui sont donnés. D'autres, comme une infirmière libérale et une infirmière scolaire, estiment que la prévention doit davantage s'inscrire dans le cadre d'un parcours de soins de premier recours, l'hôpital étant un second recours. Le patient doit être pris en charge dans sa globalité ; c'est pourquoi la notion de parcours doit primer.

Moyens humains à l'hôpital et gouvernance générale

Enfin, madame la députée souligne qu'au-delà de la question de la revalorisation des soignants, revendication majeure du Ségur de la santé national, la question soulevée par les participants à l'atelier est celle du **manque crucial d'effectifs**, notamment révélé lors de la crise sanitaire. Les moyens humains sont au centre du bon fonctionnement de l'hôpital.

Une question reliée est celle de la **relation entre administration et professions soignantes au sein de l'hôpital** ; le ratio entre administrateurs et professionnels du soin étant plus élevé que dans d'autres pays européens. En effet, madame la députée souligne que l'ONDAM concerne, lors des projets de loi de finances de la sécurité sociale (PLFSS), seulement le volume financier et non pas le nombre de personnel. Elle rappelle également les propositions du collectif Les Jours Heureux, qui visent à rééquilibrer la gouvernance vers plus de médical et moins d'administratif, et vers une démocratie sanitaire effective en associant les usagers du système de soins.

Un directeur de GHT estime que ces questions de gouvernance sont moins importantes à l'échelle des Alpes de Haute-Provence, du fait de la taille des structures hospitalières. Dans les grandes institutions comme les CHU, les logiques de pouvoir et de confrontation sont plus prégnantes, alors que la discussion est plus aisée au sein du territoire des AHP. Les décisions sont

collégiales et le lien plus direct. Il y a également une volonté d'associer les usagers du système de santé. Le vrai sujet est donc celui de l'attractivité du personnel médical et paramédical ; de vraies difficultés de recruter se font sentir. Il est donc nécessaire de pouvoir attirer les professionnels de santé dans le département et de les payer correctement.

Conclusions de madame la députée

Madame la députée souligne l'agilité de notre département, du fait de la taille du département : des liens se créent entre professionnels du soin, ce qui permet la floraison d'innovations locales, comme les équipes mobiles, les communautés de soin et les relations entre ville et hôpital qui se nouent.

Madame la députée retient, en outre, les questionnements relatifs à la décentralisation relative aux ARS pour développer des réponses plus adaptées au local, ainsi que la capacité d'adaptation au niveau territorial qui doit être assouplie pour permettre une agilité accrue.