

Les
CAHIERS
de La Pause des **HOSPITALIERS**

Organisation
hospitalière et
territoires



État des LIEUX

COMMENT PRENDRE EN COMPTE LES ÉVOLUTIONS DE LA SOCIÉTÉ, DANS SES LIEUX DE VIE, COMME DANS SES ATTENTES ? COMMENT METTRE EN PHASE BESOINS ET OFFRE DE SANTÉ ? L'APPROCHE PAR LES TERRITOIRES CHANGE LA MANIÈRE D'ABORDER LES QUESTIONS DE SANTÉ.

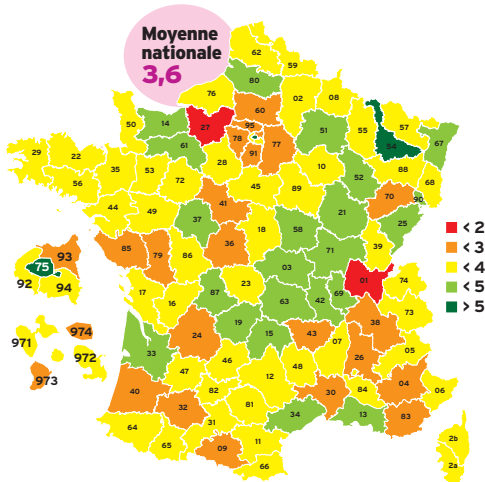
L'HÔPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT

Les maladies ne peuvent plus être les seules données de santé publique à prendre en compte pour concevoir l'offre de soins et sa répartition. Progrès scientifique, vieillissement de la population, chronicité et polypathologie nécessitent des politiques d'accompagnement médico-social. Dans ce contexte, quel rôle doit jouer l'hôpital, en articulation avec

les établissements de soins de suite et la médecine de ville ?

L'approche par les territoires change la manière d'aborder les questions de santé. Non pas à partir de l'offre existante en matière de soins, mais en fonction d'objectifs pour la satisfaction des besoins de santé d'une population et pour l'amélioration de l'organisation d'une offre de soins et d'éducation adaptée. Une réflexion d'autant plus cruciale qu'au cours des dernières années, l'hôpital est devenu un recours de plus en plus prisé.

COUVERTURE HOSPITALIÈRE



Nombre de lits pour 1 000 habitants

UN POINT DE VUE GÉOGRAPHIQUE

Selon Gérard Salem, auteur de l'Atlas de la santé en France (Édition Eyrolles), « la santé est un révélateur des inégalités sociales. Là où il y a des personnes socialement défavorisées, l'état de santé n'est pas bon. Et inversement, une population en bonne santé joue positivement sur la dynamique du territoire », précise-t-il. Ce n'est pas donc tant l'offre de soins qui est en cause dans la bonne ou la moins bonne santé d'une population, que les caractéristiques sociales, économiques, culturelles de la région... Comparant Lille et Toulouse, deux villes pourvues d'un CHU, il

5 NIVEAUX DE TERRITOIRES DE SANTÉ

Délimités par les ARH, dans l'ordonnance du 4 septembre 2004.



NIVEAU INTERRÉGIONAL

Regroupement en **7 grandes régions** des ressources nécessaires à la médecine de demain et à la recherche en santé.



NIVEAU RÉGIONAL

Réponses hospitalières graduées et coordonnées, avec en pointe les CHU. **Une trentaine d'établissements.**



PREMIER RECOURS D'HOSPITALISATION

Second niveau de plateau technique, spécialités chirurgicales 24h / 24, hors chirurgie cardiaque, neurologique et autres chirurgies très spécialisées. **Environ 150 établissements.**



LE BASSIN DE VIE

ou premier niveau d'hospitalisation de proximité (urgences, médecine polyvalente, chirurgie viscérale, obstétrique, dépistage, prévention...). **Entre 300 et 400 unités.**



LA SANTÉ QUOTIDIENNE

Médecine de ville généraliste et spécialiste, hôpitaux locaux. **4 000 unités.**



remarque notamment que l'espérance de vie des Lillois concorde avec celle des habitants de la région Nord Pas-de-Calais, et non avec celles des Toulousains. Il apparaît ainsi que la composante régionale est plus importante que la taille, la densité et la diversité du système de soins.

UNE POLITIQUE EN MARCHÉ

La politique de régionalisation des politiques sanitaires n'est toutefois pas récente. Dès 1970, la carte sanitaire permettant un développement cohérent du parc hospitalier français est créée.

Les lois et ordonnances successives ont défini les instances régionales (1996, création des Agences régionales de l'hospitalisation - ARH - et des Unions régionales des caisses d'assurance maladie - URCAM) et établi (ordonnance du 4 septembre 2003) la notion de territoire de santé (voir ci-dessus). En 2004, la loi instaure les plans régionaux de santé et les groupements régionaux de santé, ouvrant la voie aux futures Agences régionales de santé. Dernière en date, la loi Hôpital Patients, Santé, Territoire instaure les ARS et les communautés hospitalières de territoire.

Vers un nouveau DISPOSITIF hospitalier

IMPULSANT UNE NOUVELLE VISION TERRITORIALE, LA LOI HÔPITAL PATIENTS SANTÉ ET TERRITOIRES RÉFORME EN PROFONDEUR L'ORGANISATION DE LA SANTÉ DANS NOTRE PAYS. DÉCRYPTAGE D'UN DISPOSITIF HOSPITALIER EN RECOMPOSITION.

UN TERRITOIRE, QUEL TERRITOIRE ?

La notion de territoire de santé se résume-t-elle à une étendue géographique ou doit-elle intégrer la manière dont cet espace est habité par les femmes et les hommes qui l'ont façonné ? A l'instar des animaux, prompts à protéger leur territoire, l'idée de l'appropriation ne peut être négligée. Dans le même temps, alors que les communications n'ont jamais été aussi faciles, l'exigence de proximité, du « tout, partout et tout le temps » se renforce. Comment dès lors assurer l'égalité d'accès des citoyens aux services de santé ? Comment surtout trouver l'adéquation entre l'état de santé d'une population et donc ses besoins de santé, et l'offre de soins qui lui est réservée ?

DE NOUVELLES STRUCTURES RÉGIONALES

Pour favoriser une prise en compte plus globale de l'ensemble des domaines de la santé, la loi HPST institue les Agences régionales de santé (ARS)*. Clés de voûte de la réforme du système de santé, les ARS, établissements publics de l'État, se voient confier le pilotage des politiques régionales de santé, dans le cadre des orientations nationales. Objectif : assurer un meilleur pilotage de toutes les composantes : prévention, offre de soins, coordination entre la



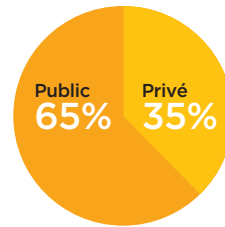


3 159

établissements de santé en France (hospitalisation à temps complet ou partiel) dont 1006 hôpitaux publics, 957 établissements privés non lucratifs, 1 196 cliniques privées.

514 415

lits ou places d'hospitalisation, dont 449 643 lits d'hospitalisation complète, pour 62 millions d'habitants.

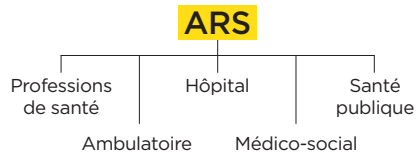


médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social, etc. Chargées d'élaborer les schémas régionaux d'organisation des soins et de définir les territoires de santé, les ARS seront responsables du maillage de l'offre de soins, y compris dans le secteur médico-social, ainsi que de la permanence des soins. En clair, elles devront veiller à ce que la répartition de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population.

LE CHAMP D'ACTION DES ARS

Ministre de la Santé
+ ministre chargé du handicap
+ ministre en charge de l'Assurance maladie

Comité national de pilotage des ARS



(*) Les ARS regrouperont les compétences des Agences régionales de l'hospitalisation, des pôles "santé" et "médico-social" des DDASS et des DRASS, des Groupements régionaux de santé publique, des Unions régionales des caisses d'assurance maladie, des Missions régionales de santé et de la partie "sanitaire" des Caisses régionales d'assurance maladie.

COORDINAT

à tous les étages

LE DÉCLOISONNEMENT EST AU COEUR DE LA LOI HPST. DANS LE SOUCI DE SATISFAIRE LES BESOINS DE SANTÉ - RATIONALISATION DE L'OFFRE, AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET OPTIMISATION DES DÉPENSES - ELLE ORGANISE LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE ÉTABLISSEMENTS, LA COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS ET L'OUVERTURE SUR LA VILLE.

DÉVELOPPER LES COMPLÉMENTARITÉS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

À l'instar des conventions passées entre le CHU de Clermont-Ferrand et le CH de Riom, la création de la fédération hospitalière Dinan-Saint-Malo, ou encore l'accord cadre signé entre le CHU de Dijon et celui de Besançon, le rapprochement entre hôpitaux s'organise depuis plusieurs années. Les communautés hospitalières de territoires, structures légères s'appuyant sur un établissement siège, et les Groupements de coopération sanitaire, qui seront étendus au secteur privé, sont les nouveaux outils qui permettent de mutualiser les ressources et les compétences et de garantir une offre cohérente.

UN ENJEU DE SERVICE PUBLIC

Ces coopérations renforcées, organisées à l'initiative des établissements, visent le maintien du service public. Elles seront incitées par

les Agences régionales de santé, y compris au plan financier. La loi HPST prévoit en outre la possibilité de confier des missions de service public à des établissements de santé privés, en cas de sous-densité d'offre de soins dans les établissements publics. À l'échelle d'une petite ville, cette décision peut faire toute la différence.

COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS

Améliorer la qualité de la prise en charge des patients, c'est tout l'enjeu des coopérations entre professionnels de santé, par une nouvelle répartition des tâches et une réorganisation de leur mode d'intervention auprès des patients. Il s'agit également de permettre aux paramédicaux, sur un territoire ou face à une maladie donnée, la pratique d'actes nouveaux en marge de la réglementation. Le protocole de coopération devra être validé par l'ARS, qui vérifiera notamment que les professionnels ont la formation requise, et que l'action proposée répond à des besoins identifiés.

ION



UNE OUVERTURE SUR LA VILLE

La modernisation de l'hôpital n'a de sens que si elle s'inscrit dans une évolution globale et cohérente du système de santé, à l'amont comme à l'aval de l'hôpital. La mise en place de parcours de soins coordonnés a pour objectif d'améliorer l'articulation entre l'hôpital, la ville et le secteur médico-social. La loi favorise également la création de maisons médicales, réunissant plusieurs professionnels de santé et pouvant notamment assurer des gardes qui limiteraient le recours aux urgences hospitalières. Définie par la loi, la télé-médecine vient compléter un dispositif profondément rénové.

11%

La santé représente 11 % du PIB de la France. Les dépenses de soins hospitaliers s'élevaient à 72,7 milliards d'euros en 2007, soit 37 % de la dépense courante de santé, et 1 157 euros par habitant.

13,2 millions

C'est le nombre d'entrées en hospitalisation complète, dont 87 % en court séjour (MCO), 7 % en moyen séjour (SSR), 5 % en psychiatrie et 1 % en longue durée.

40%

des hospitalisations à temps partiel relèvent de la psychiatrie.

La Loi HSPT est l'aboutissement d'une longue série de rapports commandités par le ministère de la Santé au cours des cinq dernières années.

- Rapport *La Formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner*, Pr Berland
- Rapport sur *Les missions de l'hôpital*, Gérard Larcher
- Rapport sur *L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux*, Philippe Ritter
- Rapport sur *Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire*, André Flajolet
- Livre blanc sur *L'avenir de la fonction publique*, Jean-Ludovic Silicani
- *Recommandations pour l'Éducation thérapeutique du patient*, par la Haute autorité en santé (HAS)

Le parcours d'une loi

- Adopté par l'Assemblée nationale le 18 mars, puis par le Sénat le 5 juin, le projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) a été examiné en Commission mixte paritaire* et voté dans chacune des assemblées les 23 et 24 juin, clôturant un parcours législatif de plus de cinq mois. La loi est parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009.
- Prochaine étape, l'élaboration des décrets d'application. La loi devrait entrer en application au 1^{er} juillet 2010.

(*) La commission mixte paritaire est un groupe de 14 élus, 7 députés et 7 sénateurs, nommés par les présidents des deux assemblées.

Vous pouvez retrouver ces rapports en vous connectant sur le site www.laparoleauxhospitaliers.fr, où tous les liens sont répertoriés.

Consultez le texte de loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, dite loi HPST : www.legifrance.gouv.fr

SOURCES DES CHIFFRES CLÉS

Pages 2/3

cartographie établie à partir de la base DRASS / DREES - Statis 2008.

Pages 4/5

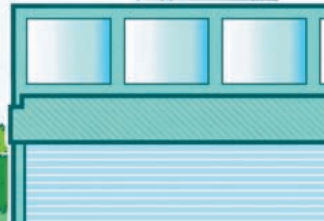
DREES / SAE 2007.

Pages 6/7

DRESS / SAE 2007

DRESS, Les établissements de santé. Un panorama pour l'année 2006, Édition 2008.

Le sujet de la loi HPST étant extrêmement vaste, ce document n'a pas la prétention d'être exhaustif mais d'apporter un éclairage sur la nouvelle organisation du système de santé.



QUELQUES SIGLES

ARS : Agence régionale de santé

GCS : Groupement de coopération sanitaire

HPST : loi Hôpital Patients Santé et Territoires

SROS : Schéma régional d'organisation de la santé