

Synthèse du colloque organisé par les associations Hôpital 2010 et R.Evolution Santé 2010

LES MISSIONS D'INTERET GENERAL, NOUVEAU SOCLE DU SERVICE PUBLIC DE SANTE A L'HOPITAL ?

Palais du Luxembourg - Mercredi 23 mars 2005

La définition des missions d'intérêt général et des activités éligibles à la contractualisation devra au cours des prochains mois faire l'objet d'une observation vigilante.

La détermination du montant de l'enveloppe et des modalités de répartition au niveau régional et au niveau local déterminera le caractère concret ou « de façade » de la dotation « MIGAC ».

La manière dont seront identifiées et financées les structures, les programmes et les actions de santé publique, valorisées les activités de coopération, de prévention et d'éducation, compensés les surcoûts, gérés les cas atypiques, conditionnera le maintien, l'externalisation ou l'abandon de ces prises en charge.

Une réflexion nouvelle est à construire sur les critères de performance hospitalière et les valeurs de référence en santé, permettant d'articuler contractualisation et ressources.

Cette rencontre ouverte aux directeurs, praticiens et cadres des établissements hospitaliers, aux fonctionnaires de l'Etat, membres des ARH, DDASS et DRASS, vise à clarifier les termes du débat, articuler le dialogue, anticiper les évolutions et formuler des propositions constructives.

L'association R. Evolution Santé 2010 est un espace indépendant d'échanges et de réflexion multidisciplinaire sur l'hôpital et la santé, qui réunit des directeurs et des praticiens hospitaliers, des médecins de santé publique, des consultants et des chercheurs. L'association Hôpital 2010, composée d'universitaires et d'hospitaliers (médecins, directeurs, soignants) se donne pour ambition d'anticiper les mutations et de hâter la transformation de fond de l'hôpital public, par delà les clivages et les chapelles, au service de la population et des malades de notre pays. Les équipes des deux associations ont coopéré pour poser les bases de la réflexion qui vous est proposée. Chacun est invité à s'approprier ce débat, que nous espérons le plus ouvert possible.

Contact : r-evolutionsante2010@club-internet.fr

Contact : r-evolutionsante2010@club-internet.fr

SYNTHESE PAR CAROLINE WEILL-GIES, DIES¹

La « dotation MIGAC » est-elle de pure façade ou recouvre-t-elle effectivement un périmètre de missions d'intérêt général à l'hôpital ? Constituera-t-elle le socle du service public hospitalier ou sera-t-elle le solde de la T2A ? Tout en étant officiellement reconnues par décret et dotées, les missions d'intérêt général, confrontées à la logique de la tarification à l'activité, sont-elles vouées à terme à disparaître, au profit d'un hôpital d'un genre nouveau destiné à se concentrer sur les activités de soins les plus « rentables » ?

Avant même de poser la question de l'avenir, on s'interroge sur le périmètre reconnu aujourd'hui aux missions d'intérêt général dans l'hôpital public : 2% des budgets (hors activités d'enseignement et de recherche dans les CHU), est-ce suffisant pour maintenir partout tout ce qui, actuellement, est pratiqué à l'hôpital public à ce titre ? Or il s'agit d'un ensemble d'activités qui constituent, - c'est le credo des organisateurs de ce colloque -, autant que la mission de soin, le cœur du service public à l'hôpital, sa vocation. Ces activités sont variées et hétérogènes, et souvent étroitement liées au contexte particulier de chaque établissement : actions de prévention (lutte contre le tabagisme), éducation thérapeutique, travail en réseau, création de centres de référence pour des maladies rares ou spécifiques à un environnement donné, articulation avec la ville et le médico-social (comme à Marmande), prise en charge spécifiques de populations fragiles, précaires ou isolées (comme au centre hospitalier de Roubaix), accompagnement de la réinsertion scolaire ou professionnelle poursuivant la rééducation fonctionnelle (comme à Kerpape) ...

Pour les organisateurs et les participants à ce colloque, il ne s'agit pas là d'activités marginales, mais essentielles à l'exercice de la mission de santé. Par ailleurs, nombre d'entre elles sont destinées à s'accroître, car elles répondent aux besoins d'une société où la précarité et la pauvreté, la maladie chronique, la fragilité du vieillissement, et les besoins correspondants de prise en charge, sont en augmentation constante. La question est donc posée de savoir si les hôpitaux publics pourront toujours intervenir dans ces domaines, mais aussi, s'ils s'en trouvaient empêchés, où et de quelles façon l'exercice de ces missions seraient externalisés.

Le colloque visait donc à discuter la manière dont, dans le cadre de la mise en place de la réforme de la T2A, seront « identifiées les structures, programmes et actions de santé publique, valorisées les activités de coopération, de prévention et d'éducation, compensés les surcoûts et gérés les cas atypiques ».

Au-delà des aspects de méthode, c'est le sens même de la réforme qui est ainsi mis en question : à quoi ressemblera l'hôpital public de demain ? En le recentrant sur des objectifs d'efficacité, avec en perspective la réorganisation de la gestion interne et de la gouvernance et, surtout, la convergence prévue des tarifs des secteurs public et secteur privé, les réformes en cours auront-elles pour conséquence de supprimer, ou de réduire à la portion congrue, des missions d'intérêt général à l'hôpital public ? **L'hôpital public risque-t-il dans ce cas de perdre toute spécificité par rapport à ses partenaires du secteur privé, laissant à d'autres (et à qui ?) le soin de s'occuper des aspects de santé qui ne concerneraient pas directement et exclusivement le soin des malades ?** Cette perspective est-elle réaliste, souhaitable et de quel point de vue ?

Pour tenter de répondre à cette interrogation, les associations Hôpital 2010 et R.Evolution Santé ont organisé ce colloque qui a réuni 130 personnes : principalement des directrices et directeurs d'hôpital, mais aussi des médecins, des représentants des ARH, des DRASS-DDASS et des chercheurs.

¹ Texte établi en collaboration avec Sylvie Cheroutre, Jean Abbad et Antoine de Tovar.

La discussion s'est déroulée autour de trois séquences :

- comment aller vers une définition positive des missions d'intérêt général, à la hauteur des enjeux de service public ?
- comment donner une juste place aux outils de mesure, prévoir les mécanismes de redistribution ?
- comment procéder aux arbitrages en santé : à quoi donnons-nous de la valeur ?

1- COMMENT ALLER VERS UNE DEFINITION POSITIVE DES MISSIONS D'INTERET GENERAL, A LA HAUTEUR DES ENJEUX DE SERVICE PUBLIC

Modérateur : Roland Michel

Exposé introductif : François Maury

Intervenants : Pierre Guillaume, René Vandierendonck, Jacques Brisson, Xavier Abballe, Bernard Gouget, Martine Aoustin, Laurent Chambaud

Depuis la loi de 1970, les principes généraux du service public sont partie intégrante de la définition du service public hospitalier. Les textes successifs ont augmenté, et non réduit, ces missions : permanence d'accueil, égalité de tous devant le soin, prévention, promotion de la santé, prise en charge spécifique des plus démunis et des plus fragiles ... font partie intégrante de la définition actuelle du service de santé à l'hôpital.

Il ne s'agissait pas pour les organisateurs de la journée de contester la nécessité des réformes, car chacun comprend l'intérêt de rendre l'hôpital public plus performant : les lourdeurs sont bien connues des directeurs et la mutabilité, ou capacité d'adaptation, est aussi une valeur. **L'enjeu est de défendre, au moment où priorité est accordée à l'efficacité et la maîtrise des coûts, une conception spécifique de l'hôpital qui, dans l'esprit de la loi de 1970, ne renie pas l'esprit du service public de santé** : un hôpital qui certes prodigue des soins de haute qualité et qui soit bien géré, mais qui soit inséré dans la réalité du territoire dans lequel il exerce sa mission et donne toute sa valeur à sa fonction humaine et sociale.

Comme le rappelle **Mr. Guillaume**, l'hôpital hospice d'autrefois était un lieu asilaire destiné à accueillir « toutes les misères » - indigents, incurables - dans une logique d'enfermement et de stigmatisation, se satisfaisant de les héberger, les nourrir, sans considération particulière d'humanité – il s'agissait en effet, au regard de la société de l'époque, d'êtres « dévoyés », à la charge de la société, et dont la vie, en conséquence était de peu de prix. Il ne s'agissait pas d'abord de prodiguer des soins. Au cours du XIX^{ème} siècle, des cliniques – gratuites- virent le jour au sein des hospices dans le but de permettre la formation des jeunes médecins, mais cette innovation fut sévèrement jugée par les institutions de soins, qui y voyaient une concurrence déloyale.

A l'opposé, **l'hôpital d'aujourd'hui est un lieu de soins où on a introduit des préoccupations d'humanité et des considérations de santé publique. Cette conception moderne de l'hôpital, où la haute technologie médicale s'allie avec la prise en compte de l'environnement et des évolutions de la société, est en plein accord avec le progrès des connaissances sur les déterminants de la santé**, rappelées par **Laurent Chambaud** : la part essentielle qu'occupe la modification de l'environnement et des comportements dans le maintien de la santé des individus et des groupes est maintenant clairement démontrée; ainsi, mettre l'accent sur la prévention, l'éducation et les conditions de vie des patients avant et après leur

passage à l'hôpital est une des activités les plus productives en termes de gains de santé qui soient. Le monde hospitalier serait bien mal placé pour le méconnaître !

Si, comme le réaffirme **Martine Aoustin**, représentant la DHOS, **la remise en cause des missions d'intérêt général à l'hôpital n'est absolument pas d'actualité**, (la réforme de la T2A, en effet, ne concerne que les modalités de financement, pas le contenu des missions), c'est malgré tout en regardant la place qui est reconnue effectivement à ces missions qu'on peut juger de leur faisabilité effective dans l'hôpital qui sera financé à l'activité : leur niveau a été fixé, hors enseignement et recherche, à 2% des budgets, à partir d'informations remontées d'un certain nombre d'hôpitaux expérimentateurs volontaires. Mais les questions posées au sujet de ce 2% sont multiples : que signifie ce pourcentage, uniforme pour les établissements ? Qu'est ce qui permet de penser qu'il est partout suffisant pour maintenir les activités essentielles aux yeux de l'hôpital ? Si ce n'est pas le cas, faudra-t-il supprimer des missions, ou des ajustements seront-ils possibles ? Et sur quelles bases seront-ils négociés ? Le pourcentage global est-il censé évoluer, sera-t-il modulable, dans quel sens et sur quels critères ? Quelle sera la capacité des ARH à contractualiser à l'intérieur de cette enveloppe ?

En réalité, **beaucoup parmi les participants au colloque estiment que 2% des budgets exprime un cantonnement, une extrême marginalisation du service public de santé à l'hôpital**. M.Aoustin l'a dit fortement, ce qui constitue un risque pour les missions d'intérêt général, ce n'est pas la réforme, c'est la contrainte financière. En période de difficulté, **comment ne pas craindre que ce forfait ne serve de variable d'ajustement**, et, au fil des redressements budgétaires, ne se réduise comme une peau de chagrin, puisqu'il décrit le périmètre d'activités dont il apparaît clairement qu'elles ne constituent, aux yeux des financeurs, non pas le cœur de l'activité de l'hôpital, mais sa marge ?

C'est pourquoi **des éclaircissements et des garde-fous sont indispensables** pour que la confiance règne à nouveau: deux voies sont évoquées lors de la discussion, l'une technique, l'autre plus politique ; sur le plan technique, il s'agit de **lever l'opacité actuelle sur les modalités du calcul** des tarifs et des enveloppes, de manière à permettre aux acteurs de terrain de savoir comment les choix sont faits, et ainsi de pouvoir les discuter ; sur le plan politique, il serait important **que soit affirmé le principe du respect des missions d'intérêt général à l'hôpital public, en les « sanctuarisant »** : pour cela il faut un texte de niveau élevé, une loi qui rende impossible dans l'avenir leur éventuelle remise en cause par décret.

Ainsi, la conviction commune de l'assistance est que **l'hôpital public ne peut exercer correctement sa mission en se désintéressant de son contexte d'amont et d'aval** ; il est confronté directement aux évolutions de la société, et au premier chef à la précarité et aux conséquences des maladies chroniques, alors même que la démographie médicale devient problématique. Ainsi une réforme qui ne reconnaîtrait pas le rôle humain et social de l'hôpital au profit d'une logique de pure rentabilité tarifaire serait illusoire et contre-productive en termes de santé.

Si la salle a pu se convaincre, à la suite de l'intervention de M. Aoustin, que la réforme des modalités de l'allocation des ressources n'implique pas par elle-même le renoncement aux activités d'intérêt général, reste entière la question des modalités de la valorisation et du financement de ces activités. C'est pourquoi la deuxième séquence du colloque donnait la parole aux économistes

SEQUENCE 2 : LA VALORISATION ET LE FINANCEMENT : DONNER UNE JUSTE PLACE AUX OUTILS DE MESURE, PREVOIR LES MECANISMES DE REDISTRIBUTION

Modérateur : Philippe Mossé

Exposé introductif : Chantal de Singly

Intervenants : Gérard de Pouvourville, Bertrand Guidet, Michel Naiditch

1. Comment valoriser les missions d'intérêt général ? quels indicateurs d'activité et de gestion ? quel impact des outils de mesure de l'activité médicale sur les pratiques internes ?

Comment déterminer le niveau des dépenses destinées à l'exercice de missions d'intérêt général ? Pour **Chantal de Singly**, les acteurs qui ont consacré leur carrière à l'hospitalisation publique n'aiment pas l'idée de compter ; elle leur paraît choquante et réductrice, contraire à ce qui est la source de leur vocation profonde : « se dépenser sans compter ».

Toutefois, ils sont conscients de l'intérêt (pour l'institution mais aussi pour eux-mêmes, en tant que gestionnaires éclairés) d'améliorer les performances et de rationaliser leur activité, et pour cela de développer des systèmes d'information, de mesure et d'évaluation. Mais s'il est souhaitable de « savoir ce que l'on fait », **les acteurs souhaiteraient « s'y reconnaître » : pour cela, ils sont demandeurs d'un outil simple, lisible par eux et maniable**. Il leur serait alors possible de s'en emparer, d'en faire un instrument non de pure mesure et de contrainte mais de dialogue avec la tutelle financière.

Il convient donc de traiter la question sur un plan technique : comment prendre la mesure des missions d'intérêt général ? Plus précisément, **faut-il bâtir un système d'information détaillé pour mesurer ces missions ou forfaitiser une enveloppe à partir de critères simples ?**

La première réponse des économistes est qu'il n'y a pas de solution simple et surtout unique. De fait, si ces activités sont hétérogènes et variables d'un établissement à l'autre, il n'y a pas de raisons de les financer toutes de la même façon ! Ainsi, beaucoup de missions peuvent être payées à l'activité avec un tarif uniforme dans lequel on valorise le temps passé par les catégories de personnel impliqué (les consultations, par exemple) ; d'autres sont en réalité des prolongements d'activité de soins, comme par exemple l'éducation diététique des patients diabétiques : le financement de ce type d'activité peut être intégré dans le tarif correspondant.

Pour les autres activités, expose **Gérard de Pouvourville**, quatre solutions sont possibles, de la plus rustique à la plus sophistiquée ; les trois premières sont relativement aisées à mettre en œuvre, mais aucune d'entre elle n'est réellement satisfaisante pour le payeur (ni du point de vue d'un optimum économique), car elles ne permettent aucun contrôle sur la réalité de l'activité financée, ni en quantité ni en qualité.

La première solution consiste à appliquer un % homogène des dépenses MCO ; c'est le plus simple, mais c'est un système évidemment inéquitable et qui incite à l'inefficience.

La seconde solution consiste à couvrir des coûts observés sur la base de déclarations : ce système est plus équitable et transparent, mais il implique de mettre en place des systèmes de contrôle.

La troisième solution permet à la tutelle de poursuivre des objectifs d'incitation : il s'agit de couvrir des coûts observés, mais partiellement, de façon à conduire l'établissement à contrôler ses coûts. Cette solution a pour avantage de limiter le risque financier du payeur et d'obliger

l'établissement à prendre des risques s'il souhaite aller au-delà de l'enveloppe, sans pour autant résoudre la question de la qualité et la pertinence des activités financées par l'établissement

La dernière solution envisageable repose sur la définition d'indicateurs plus ou moins directs de la charge de travail ou de la production liées à ces activités et justifiant la couverture de certains coûts (comme, par exemple le nombre de publications démontrant la poursuite d'une activité de recherche, ou le nombre de personnes fréquentant un centre, ou autre ...) Cette solution permet en partie de s'affranchir du système déclaratif, puisqu'on procède à une analyse externe des surcoûts liés à une activité, par des méthodes économétriques ; mais elle comporte des biais importants : l'objectivité apparente des indicateurs dépend de la pertinence de leur choix, de la qualité du recueil et de la qualité de l'ajustement économétrique ... de plus l'opacité des méthodes de traitement économétriques ne favorise pas la transparence du dialogue avec les établissements.

Ainsi, aucune de ces solutions n'est véritablement satisfaisante : l'idéal est donc le panachage, en fonction des activités particulières.

D'une manière générale, la subtilité de l'économiste visant à favoriser « une meilleure allocation des ressources, donc un meilleur résultat global », va être de préconiser la mise en place d'un système qui permette le développement des activités, tout en incitant les établissements à révéler l'information qu'ils détiennent, sans générer des coûts de contrôle et de contractualisation excessifs.

Confronté à l'hypothèse de la construction de systèmes d'information sur les missions d'intérêt général, **Bertrand Guidet**, en tant que clinicien et responsable de DIM, souligne la **surcharge de travail qui pèse déjà sur les médecins au titre de l'information, sans contrepartie ni aide logistique ou « retour sur investissement »** ; il décrit l'ampleur de la tâche qui attendrait les DIM à qui il serait demandé d'établir la liste des missions d'intérêt général pour ajuster des forfaits individualisés par établissement. Devant le poids de ce chantier supplémentaire, **il existe des solutions alternatives à l'exhaustivité**, moins lourdes et moins coûteuses à mettre en place:

- Forfait uniforme (c'est la solution actuelle, rustique et peu efficace, mais simple),
- Forfait adapté selon une typologie d'établissement (en fonction de sa structure ou du case mix),
- Volume du forfait estimé à partir de d'une enquête type « Analyse un jour donné », sur le modèle des enquêtes de prévalence des infections nosocomiales, ou enquête sur échantillon.

La discussion conduit donc à un plaidoyer pour la complexité : pas de méthode unique, des débats sur le fond, un parti-pris admis de rationalisation, un système d'information permettant des comparaisons et des ajustements, ouvrir la possibilité de contractualiser pour des actions spécifiques, tout en évitant les excès de contrôle bureaucratique, trouver des formules permettant des incitations ...etc..

2. Cependant, l'intervention de Michel Naiditch vient rappeler qu'on ne peut penser uniquement la question du financement des missions d'intérêt général en termes d'outillage technique : selon lui, bien qu'un accord des acteurs existe effectivement sur la nécessité de mesurer l'activité, d'améliorer la performance et de développer une culture d'organisation à l'hôpital, c'est à juste titre que **beaucoup ressentent la réforme française comme « imposée d'en haut et largement idéologique »**.

Il est intéressant pour le comprendre de faire des comparaisons internationales : d'autres pays en effet ont mis en place des réformes visant à mettre en place à l'hôpital une tarification à l'activité, mais aucun n'est allé jusqu'à couvrir plus de 50% de l'activité ; par ailleurs il n'y a pas d'exemple où on ait tenté, comme en France, de soumettre secteur privé et public à des tarifs uniformes.

Aux Etats Unis, la mise en œuvre d'une tarification à l'activité a conduit à une diminution de l'accessibilité à la faveur des stratégies d'adaptation des hôpitaux : sélection de clientèle, « saucissonnage » des séjours, excès de spécialisation ... in fine, la réforme a conduit en fait certains hôpitaux à augmenter leur activité pour améliorer leurs parts de marché, alors que le nombre des hôpitaux qui ont fermé a atteint 15% de l'offre de soins; les lourdeurs et les coûts liés à la mise en place du dispositif de préparation puis d'évaluation de la réforme ont été considérables.

Ces exemples incitent à la prudence et justifieraient qu'on procède par expérimentation et évaluation en se gardant d'une généralisation hâtive.

En réalité, **le présupposé de la réforme de la tarification est d'identifier l'hôpital public à un modèle de type industriel, avec des processus de production standardisables.** Selon ce mode de pensée, on accepte, par exemple, d'assimiler un soin donné à une voiture livrée !

Cette idéologie productiviste se révèle dans de nombreux aspects qui sous-tendent les réformes : sur-valorisation des soins curatifs au détriment des autres services rendus ; minimisation de la variabilité des contextes, des attentes et des besoins comme de l'incertitude sur les normes de pratique ; idée selon laquelle une bonne modalité de financement permettra de générer automatiquement la bonne modalité de soins.

L'objectif annoncé de faire converger à terme les tarifs de l'hospitalisation publique et privée est particulièrement révélateur de l'intention de cantonner l'activité hospitalière à ses activités les plus standards.

Or l'hôpital est une institution productrice d'objets divers : elle produit des soins individuels, des services au profit de la population d'un territoire, mais aussi du sens et des valeurs, qui interfèrent constamment avec la production des soins (recherche d'équité, poursuite et intégration de l'innovation, ...). Ce sont ces valeurs qui déterminent des « cultures » d'institutions et entraînent la grande variabilité des pratiques et des services rendus qui caractérisent l'activité médicale.

Les différentes hypothèses qui sous-tendent les réformes en cours ne sont donc pas conformes à ce qu'on sait de la production hospitalière ; celle-ci n'est pas standardisable, elle se doit de varier en fonction des contextes et d'évoluer avec l'innovation. C'est pourquoi, alors que les chantiers à venir sont en apparence fortement techniques (systèmes d'information, évaluations, expérimentations), c'est de choix et d'enjeux idéologiques que dépend l'avenir du système.

Cette question est l'enjeu de la dernière séquence

SEQUENCE 3 : LES ARBITRAGES EN SANTE : A QUOI DONNE-T-ON DE LA VALEUR ?

Modérateur : Monique Cavalier

Intervenant : Patrick Viveret

Table Ronde : Messieurs Bommelaer, Fellingner, Gauthier, Grateau, Piquemal

Vers quoi va-t-on aujourd'hui, entre efficacité et solidarité, entre production de santé et production de soins ? Le décret sur les missions d'intérêt général, tout en rassurant les acteurs sur la reconnaissance et l'étendue des missions d'intérêt général, est frustrant parce qu'au lieu d'affirmer un principe et de proposer des critères de choix, il établit une liste de missions, en forme d'inventaire à la Prévert. En tant que tel, il ne dit rien sur la manière dont seront fixées les priorités et opérés les arbitrages.

L'absence de message clair sur le sens du service public de santé engendre un risque d'arbitraire, alors qu'une réflexion stratégique, précisant les fondements qui justifient l'allocation de ressources, serait attendue. Ainsi, la question centrale est de déterminer à quoi, dans le système hospitalier, nous donnons de la valeur.

En préalable, **Patrick Viveret** incite à « ne pas se laisser piéger par les systèmes comptables ». Il existe tout un courant de réflexion internationale (en particulier autour du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et de la construction des « indicateurs de développement humain »), qui remet en cause le sens donné aux indicateurs de richesse, élaborés après la dernière guerre dans l'esprit de faire apparaître et de valoriser l'effort de la reconstruction ; ces systèmes sont construits de telle façon qu'ils ignorent la nature des activités humaines pour ne comptabiliser que ce qui produit de la richesse comptable. Ainsi, **dans le PIB, conçu pour comptabiliser les flux financiers liés à la production des richesses nationales, certaines activités destructrices comme les accidents de circulation sont comptées positivement. A l'inverse, la contribution de la prévention est sous-estimée, puisque ses effets viennent en réduction comptable de l'activité curative.**

Cette représentation s'avère aujourd'hui inadaptée et contre-productive au regard d'une approche globale de la santé. Il s'agit là d'un message fort : le fait que certaines actions productrices de valeur, comme celles relatives à la santé ou les activités bénévoles, ne se retrouvent pas en positif dans le système de comptabilité nationale ne doit pas conduire à minimiser leur contribution à la richesse; les systèmes comptables doivent être au service d'une délibération sur les valeurs poursuivies par la collectivité, comme la santé et le bien-être, et non l'inverse.

Tout système de compte reflète des choix de société, ils ne sont pas neutres : si les choix de société changent, et qu'une société entend, par exemple, accorder de la valeur à des activités non productives, il faut changer le système de représentation comptable.

L'intégration de certains indicateurs qualitatifs dans l'évaluation de l'action publique, comme la mortalité évitable, a des effets économiques considérables. C'est dans cette voie, selon P. Viveret, que devrait se développer l'économie de la santé.

Pour **François Grateau**, du point de vue de l'organisation hospitalière, **la réflexion stratégique doit répondre à des questions fondamentales touchant la valeur des activités** : interrogations d'ordre éthique et professionnel (principes qui sous-tendent le service rendu, activités qui motivent les professionnels et valorisent leurs compétences) mais aussi questionnement économique : la pérennité de l'institution implique que ses utilisateurs soient

satisfaits autant que les professionnels. Pour rester viable, l'institution cherche à rendre compatibles des intérêts qui doivent être communs ou convergents. Pour les professionnels, cela nécessite une clarification des valeurs et l'adoption de règles qui les respectent. Méthodologiquement, ils attendent la formalisation de critères qui fondent la valeur des activités et rendent possibles les arbitrages.

Pour la table ronde, en conclusion à ce colloque, la notion de valeur, « principe collectif orienté sur l'action » doit être fondatrice. La politique de santé publique se doit d'exprimer des choix, elle ne peut se contenter d'un catalogue d'actions ni d'une liste de populations cibles. L'appareil de mesure et d'évaluation des actions de santé à construire doit être sous-tendu par une réflexion stratégique, permettant des décisions.

Autour de la table, les orateurs ne contestent pas l'instauration d'une tarification à l'activité, qui constitue un outil meilleur que le budget global, ni le principe de la nouvelle gouvernance. Mais ils s'interrogent sur les moyens administratifs d'une réforme en construction et sur la pédagogie qui doit en être faite pour qu'elle soit acceptable.

Les Missions d'Intérêt Général appellent des arbitrages clairs, au plus près des besoins et des contextes locaux, nécessitant la possibilité de contractualiser sur la base de priorités régionales et précisant par exemple la place faite aux populations les plus vulnérables, à la proximité, la prévention et la culture ...

La place faite aux MIGAC sera ainsi le « marqueur » de la place du service public à l'hôpital.

En synthèse générale, Caroline WEILL nous livre ses impressions des dits et des non-dits de la journée, sur les consensus issus de l'assistance. En effet les controverses voulues par les organisateurs se sont révélées plus construites que réelles.

- La légitimité d'une meilleure gouvernance, centrée sur les intérêts généraux de la structure, tout comme la nécessité d'une organisation de l'hôpital qui privilégie l'efficacité, ne sont pas discutées.
- L'importance des missions médico-sociales et sociales, non standardisables, de l'hôpital, est affirmée avec force, en opposition avec le modèle productiviste : l'hôpital moderne a un rôle de médiation à jouer, en lien avec l'évolution de la société (conceptions de la solidarité, précarisation d'une partie de la population, vieillissement, poids croissant des maladies chroniques et de leurs conséquences), qui ne peut être assuré par les seuls soins curatifs.
- Les questions de santé publique et notamment la prévention et l'éducation du patient progressent: l'hôpital, qui dispose sur un territoire donné de la permanence et de moyens sanitaires, doit s'impliquer dans le réseau de santé publique et les actions collectives et territoriales et ne peut ignorer l'importance de l'environnement sur les déterminants de la santé.

L'inquiétude est partagée sur la place désormais reconnue à ces missions.

- Sans doute certaines d'entre elles (typiquement l'éducation diététique des patients diabétiques) peuvent être prises en compte dans les tarifs et d'autres peuvent être forfaitisées.
- Mais les professionnels ont des difficultés à expliciter et faire valoir leur nécessité, car les enjeux et les effets ne peuvent se mesurer à l'aune d'une représentation comptable en grande partie inadaptée.
- Ils butent sur l'opacité du système de prise de décision et demandent à être informés des modalités des calculs et des estimations et à pouvoir participer à leur évaluation.

- Ils redoutent les effets pervers d'une tentative à caractère idéologique (et non technique) qui consisterait à assimiler l'hôpital à une entreprise productive, sur le modèle industriel. Cette tentative est révélée par la prétention à assimiler public et privé en soumettant les deux secteurs à des tarifs identiques, réduisant ainsi l'accomplissement des missions spécifiques du service public de santé à la portion congrue, sur la base d'actes isolables et spécifiquement autorisés au préalable. Cette pratique serait la négation de la réalité sociale et du travail en santé publique des professionnels.

Le maintien des missions et des valeurs d'un service public de qualité, en mesure de répondre durablement aux besoins de santé de la population, constitue une volonté commune pour tous les responsables de l'hôpital public. Ils soutiennent une approche qui réaffirme le sens et l'identité de leurs missions tout en intégrant l'obligation d'évaluation de la pertinence des actions engagées à ce titre.



« L'importance des missions médico-sociales et sociales, non standardisables, de l'hôpital, est affirmée avec force, en opposition avec le modèle productiviste »

photo communiquée par B.Guidet

DETAIL DES COMMUNICATIONS

(communicables sur demande)

I - VERS UNE DEFINITION POSITIVE DES MISSIONS D'INTERET GENERAL, A LA HAUTEUR DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

Le contexte, les enjeux, les acteurs

- **Exposé introductif de François Maury, Directeur du CH de Roubaix - R.Evolution Santé 2010**

Evolution des valeurs et des missions de l'hôpital : héritages, ruptures et valeurs de modernité

- **Communication de Pierre GUILLAUME, Historien, Université Montaigne, Bordeaux**

Monographies en forme d'interpellation : Quels services d'intérêt général rend aujourd'hui l'hôpital ?

Présentations Power Point de

- **Jacques BRISSON, Directeur général de l'établissement de Soins de suite et de rééducation de Kerpape, Vice-président de la FEHAP**

Communication de

- **Xavier ABBALLE, Médecin de Santé Publique, DIM, Centre hospitalier intercommunal de Marmande-Tonnens**

II - LA VALORISATION ET LE FINANCEMENT : DONNER LEUR JUSTE PLACE AUX OUTILS DE MESURE, PREVOIR LES MECANISMES DE REDISTRIBUTION

Comment valoriser les missions d'intérêt général ?

- **Exposé introductif de Chantal de Singly, Directrice de l'Hôpital Saint-Antoine, AP-HP - R.Evolution santé 2010**

Faut-il bâtir un système d'information pour mesurer les MIG ou forfaitiser cette enveloppe à partir de critères simples ?

Présentations Power Point de

- **Gérard de POUVOURVILLE, Directeur du CREGAS, INSERM**
- **Bertrand GUIDET, PU-PH, Service de réanimation médicale, Hôpital Saint-Antoine, AP-HP**

Quel modèle de performance hospitalière derrière le système de financement T2A/MIG ?

Présentation Power Point de

- **Michel NAIDITCH, Chercheur au DIES**

III - LES ARBITRAGES EN SANTE : A QUOI DONNONS-NOUS DE LA VALEUR ?

Les nouveaux facteurs de richesse : Conditions politiques du débat et modalités de construction des choix sociaux

Présentation Power Point de

- **Patrick VIVERET, Conseiller référendaire à la Cour des Comptes**