

COOPÉRER POUR MIEUX SOIGNER !

*LES COOPÉRATIONS À L'ÉPREUVE
DU COVID-19*

Didier HAAS, Benoît PÉRICARD

Préface de Claude ÉVIN

AVEC LA CONTRIBUTION DE 28 EXPERTS DE LA SANTÉ

 Les RENCONTRES
SANTÉ de NICE

Cet ouvrage est édité par
sarl Didier Haas Conseil
4 corniche des Oliviers, 06000 Nice

Impression réalisée par
Imprimerie Massena
27 rue Massena, 06000 Nice

Dépôt légal : avril 2021

Date de fin du tirage d'impression : avril 2021

ISBN : 978-2-9577546-1-8

-

Illustrateur : Cled'12

Interdiction du droit de reproduction (ou droit de copie) : « Le Code de la propriété intellectuelle et artistique n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article L.122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1^{er} de l'article L. 122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal. »

REMERCIEMENTS

Nous remercions très chaleureusement Claude Evin, un ami fidèle des « Rencontres Santé de Nice », qui a accepté de rédiger la préface de cet ouvrage.

Un remerciement sincère pour les vingt-huit experts français, belge, italien, américain et québécois qui ont contribué à la rédaction des différents chapitres et donné de leur temps.

Un grand merci également à Cled'12, notre illustrateur qui égaie les « Rencontres Santé de Nice » depuis 2015, pour ses dessins humoristiques.

Une mention spéciale pour Guillaume Raffy, designer de talent, qui a réalisé la maquette de ce livre, avec brio et imagination.

Enfin une dernière mention pour la confiance des partenaires financiers des Rencontres Santé de Nice, dont vous retrouverez les noms et logos en fin d'ouvrage.



Didier Haas,
*fondateur
des Rencontres
Santé de Nice*



Benoît Péricard,
*coorganisateur
des Rencontres
Santé de Nice*

**LES EXPERTS
DE LA SANTÉ
QUI ONT
CONTRIBUÉ À
CET OUVRAGE**

- **Greg Adams,**
USA, spécialiste international
en politiques de santé
- **Christian Anastasy,**
conseiller et dirigeant d'entreprises de santé, ancien DG
de l'ANAP, ancien IGAS
- **Cédric Arcos,**
ambassadeur du système de santé
danois en France
- **Gertrude Bourdon,**
consultante,
ancienne PDG du CHU de Québec
- **Marie-Sophie Desaulle,**
présidente de la FEHAP
- **Claude Evin,**
avocat, ancien député, ancien ministre
de la Santé, ancien directeur général
de l'ARS IDF
- **Béatrice Fermon,**
vice-président du pôle santé
de Paris-Dauphine
- **Dr Paul Garassus,**
président de l'Union européenne
de l'hospitalisation privée
- **James Loïc Georges,**
directeur des relations internationales
du Groupe San Donato, Italie
- **Lamine Charbi ,**
président de la FHP
- **Charles Guépratte,**
DG du CHU de Nice,
président d'UNIHA
- **Pr Olivier Guérin,**
professeur de gériatrie,
président de la SFGG
- **Didier Haas,**
fondateur des Rencontres
Santé de Nice
- **Réjean Hébert,**
MD MPhil, professeur à l'École de santé publique de
l'Université de Montréal,
ancien ministre de la Santé et des services sociaux au
Québec (2012-2014).
- **Me Laurent Houdart,**
avocat
- **Docteur Elisabeth Hubert,**
présidente de la FNEHAD,
ancienne ministre de la santé
- **Dominique Lebrun,**
présidente de l'ORSAC
- **Pauline Maisani,**
directrice de l'hôpital Beaujon
et Bichat-Claude Bernard
- **Dr Pascal Maurel,**
président d'Ortus Santé
- **Yvan Mayeur,**
ancien président du CHU de Bruxelles,
ancien maire de Bruxelles
- **Florence Nautré,**
présidente de Medtronic France
- **Dr Jean Paul Ortiz,**
président de la Confédération
des syndicats médicaux français, CSMF
- **Benoît Péricard,**
coorganisateur des Rencontres
Santé de Nice
- **Dr Antoine Perrin,**
directeur général de la FEHAP,
ancien DGARH
- **Dr Marie-Pascale Pomey,**
professeur de l'École de santé publique
de l'Université de Montréal
- **Camille Thérond-Charles,**
présidente de l'Association
maladies foie enfants (AMFE)
- **Frédéric Valletoux,**
président de la FHF
- **Me Axel Veran**
avocat

SOMMAIRE

01	PRÉFACE	09
02	PRÉAMBULE	13
03	TERMINOLOGIE	17
04	LA CRISE DU COVID-19 , un révélateur des dysfonctionnements du système de santé, la révolution marche...	21 est en
05	UN BILAN DES COOPÉRATIONS EN SANTÉ DEPUIS 1996	25
06	LES MONTAGES JURIDIQUES DE COOPÉRATIONS	31
07	LA COOPÉRATION AVEC LES PATIENTS ET USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ : MYTHES ET RÉALITÉS	43
08	LA COOPÉRATION ENTRE LES SECTEURS PUBLIC, PRIVÉ NON LUCRATIF, PRIVÉ COMMERCIAL, LA VILLE ET LE MÉDICO-SOCIAL	53
09	LA COOPÉRATION DE CRISE ENTRE LE MONDE DE L'ENTREPRISE ET LE MONDE DE LA SANTÉ	65
10	ANALYSES COMPARÉES DES POLITIQUES NATIONALES ET EUROPÉENNES DE COOPÉRATIONS EN SANTÉ, COVID-19	75 FACE AU
11	LES POLITIQUES DE COOPÉRATION AU QUÉBEC	89
12	LES MODES DE COOPÉRATION AU NIVEAU INTERNATIONAL	95
13	CONCLUSION : coopération et crise sanitaire : quels enseignements ?	103

01

PRÉFACE



Claude Evin, *avocat,*
ancien député, ancien ministre de la Santé,
ancien directeur général de l'ARS IDF

Qui pourrait aujourd'hui plaider que la coopération ne doit pas être le maître mot de nos modes d'organisation et de fonctionnement de notre système de santé ? Depuis le temps qu'on l'affirme et qu'on brandit cette obligation, cela devrait donc aller de soi. Le rappel historique des coopérations depuis les ordonnances de 1996, que fait ici Benoit Péricard, nous montre combien il a été nécessaire de remettre sans cesse l'ouvrage sur le métier. Le bilan est encore aujourd'hui contrasté.

Il a fallu la crise sanitaire pour constater dans un premier temps que lorsqu'il devenait nécessaire de trouver des solutions pour pallier la saturation que connaissaient certains établissements publics, ces mêmes établissements et certaines agences régionales de santé avaient du mal à envisager de mobiliser des compétences et des moyens dans les établissements privés. Nous nous félicitons maintenant que la crise ait permis de décroiser les acteurs, et formons le vœu que ce qui a été réalisé sous la contrainte des événements s'inscrive dans une démarche pérenne.

En effet, la coopération entre les différents acteurs de santé s'impose pour des raisons structurelles et non pas en fonction de situations conjoncturelles. L'évolution de la démographie médicale et l'hyper-spécialité de certaines activités, la complexité des prises en charge de certaines pathologies chroniques, la mise en œuvre de parcours de soins associant des établissements de santé, le secteur médico-social et l'offre ambulatoire, la bonne répartition d'une offre de qualité sur l'ensemble du territoire, autant de situations qu'aucun des acteurs du système de santé ne peut aujourd'hui traiter seul quel que soit sa taille ou son statut juridique.

Coopérer ne va pas de soi et c'est sous la contrainte que ce mouvement s'est parfois développé. L'intérêt qu'il y avait à ce que les établissements publics développent une « stratégie de groupe » a été porté pendant un certain temps par la FHF avant que la loi de 2009 ne crée les communautés hospitalières de territoire. Mais devant le peu d'entrain que ce texte législatif a réellement suscité, il a fallu rendre obligatoire en 2016 la démarche de création des groupements hospitaliers de territoire. Pourquoi, alors que tout le monde hospitalier public en reconnaissait l'intérêt, a-t-il fallu introduire une obligation dans la loi pour accélérer la démarche ?

Même lorsque l'intérêt à agir est porté par un attrait économique, le mouvement n'est pas toujours au rendez-vous.

« Ma santé 2022 » affichait un objectif de création de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), organisation indispensable pour garantir la continuité de la prise en charge des patients grâce à une meilleure coordination des professionnels sur un territoire. Malgré leur financement prévu dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel signé en juin 2019, on en dénombre aujourd'hui à peine 150 qui sont opérationnelles c'est-à-dire dont le projet de santé a été validé.

Nous ne manquons pas d'outils pour construire les coopérations. La présentation qu'en fait ici Laurent Houdart nous donne un aperçu de cette panoplie. Pour autant, la mise en œuvre des coopérations est moins une question de cadre juridique que de capacité à bâtir un projet commun et à le faire vivre une fois que les différents acteurs de santé sont réunis.

Ce projet commun pourrait être motivé par la recherche de la meilleure organisation à proposer aux patients dans un contexte territorial spécifique. Après tout n'est-ce pas la motivation de chaque responsable et professionnel de la santé ou du médico-social, pris individuellement, que de pouvoir répondre à cet objectif ?

Mais on sait très bien que des freins divers, qu'ils soient idéologiques (public / privé), institutionnels (établissement / domicile), statutaires (praticien hospitalier / professionnel libéral), confortent considérablement le cloisonnement de notre système de soins et limitent parfois même la capacité de se parler.

Il n'y a pas de coopération possible sans dialogue, sans rencontre, sans une acceptation d'abandonner même parfois une part individuelle de soi-même pour permettre à un projet collectif d'avancer. Certes ce n'est pas si simple et chacun a des contraintes à faire valoir. Il ne s'agit pas d'être naïf. Mais si nous voulons vraiment faire face aux défis que la crise nous impose, il va nous falloir faire preuve de lucidité. Et en sortie de crise, la coopération entre les différents acteurs du système de soins va encore s'imposer davantage.

Cette crise a en effet remis en évidence divers dysfonctionnements ou carences de notre système

de santé que nous connaissions mais que nous n'avions pas réglés : le défaut d'attractivité de certaines professions médicales qui pèse sur la démographie dans certains secteurs et territoires, le besoin d'investissement pour moderniser l'accueil et la prise en charge de patients mais aussi des résidents en établissement médico-social, pour ne prendre que deux exemples, vont devoir mobiliser des moyens financiers importants. Le « Ségur de la santé » a constitué une avancée mais n'a pas réglé tous les problèmes. L'annonce d'un plan de 19 milliards d'euros pour relancer l'investissement hospitalier et médico-social est une décision importante mais ne couvrira pas l'ensemble des besoins. Penser que tout le monde va trouver dans cette « manne financière » la réponse aux besoins auxquels il est confronté serait absurde. Le « quoi qu'il en coûte » aura des limites et nous devrons retrouver entre acteurs publics et privés la meilleure manière de mobiliser de manière efficiente des moyens financiers qui retrouveront des limites. De plus, dans de nombreuses situations, la réponse aux difficultés du système est autant (sinon davantage) une question d'organisation qu'une question de financement. Nous aurons encore plus besoin, après cette crise, de nous appuyer les uns sur les autres, de faire des projets communs et de se compléter plutôt que de se concurrencer.

Pour faciliter ces démarches il nous faudra affronter, sans tabou, certains sujets qui figent parfois nos intentions : par exemple, considérer que le service public peut être assuré par différents acteurs indépendamment de leur statut juridique, permettre une plus grande fluidité d'un statut professionnel à un autre, ...

Les Rencontres Santé de Nice, parce qu'elles réunissent tous les acteurs concernés, doivent permettre d'éclairer ces enjeux en analysant les résistances de chacun mais aussi les opportunités que la crise aura permises et les conditions pour qu'elles s'inscrivent dans la durée.

Claude Evin, avocat,
*ancien député, ancien ministre de la Santé,
ancien directeur général de l'ARS IDF*

02

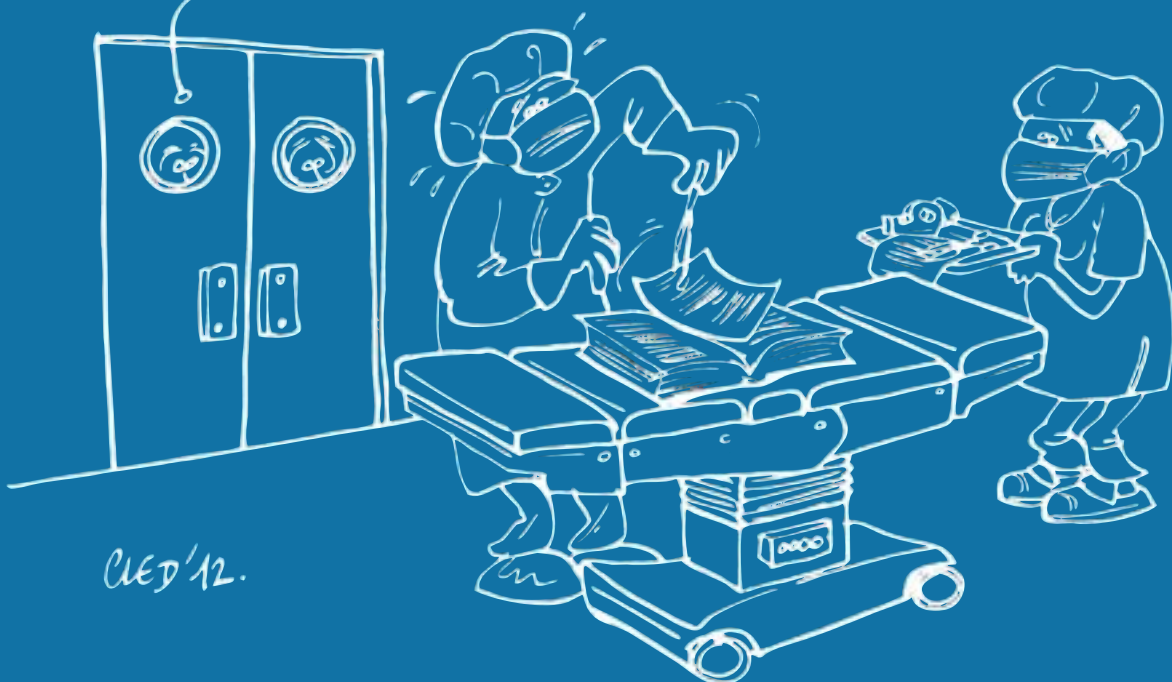
PRÉAMBULE

Didier Haas,
fondateur
des Rencontres
Santé de Nice
Benoît Péricard,



coorganisateur
des Rencontres
Santé de Nice

ILS OPÈRENT LE CODE DE SANTÉ PUBLIQUE ...
ILS FONT UNE ABLATION !



LE THÈME DES 7^{ES} RENCONTRES SANTÉ DE NICE : « COOPÉRER POUR MIEUX SOIGNER ! »

Les 7^{es} « Rencontres Santé de Nice » devaient se tenir les 26 et 27 mars 2020 sur le thème : « Coopérer pour mieux soigner ! ».

En mars 2020, puis en mars 2021, du fait de l'épidémie de COVID-19, les Rencontres Santé de Nice ont dû être reportées.

Le thème de ces Rencontres reste d'actualité, en phase avec les réalités vécues en termes de coopérations : coopérations entre le public et le privé, coopération entre l'hôpital et la ville, coopérations entre établissements, coopérations entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, coopérations avec les entreprises de santé...

D'où l'idée de produire cet ouvrage préfigurant le thème des Rencontres Santé de Nice en octobre 2021 et surtout de tirer des premiers enseignements de l'épidémie de COVID-19.

La coopération est un élément clé de l'amélioration de notre système de santé, et fait désormais partie de toutes les politiques, nationales comme locales. Transformer, innover, améliorer, ne peut être opérationnel, que si des coopérations à tous niveaux sont effectives, prévues, organisées, évaluées.

Depuis la réforme de 1996, soit 25 ans maintenant, de multiples orientations ont été données au travers des différents textes législatifs, de dispositifs variés, de réalisations pratiques. Mais le chemin est encore long pour s'emparer de toutes ces boîtes à outils, traduire les textes en réalités opérationnelles et faire en sorte, in fine, que la qualité des soins et les coûts soient au meilleur niveau possible.

Notre souhait est que cet ouvrage permette une synthèse, présente des analyses critiques sur les dispositifs de coopération français et internationaux et soit prospectif.

LE POSITIONNEMENT ÉDITORIAL DE L'OUVRAGE

L'idée de cet ouvrage est d'essayer de réaliser un bilan objectif mais critique des dispositifs de coopérations mis en place depuis 25 ans, sans jeter la pierre à quiconque, et d'analyser leur pertinence au regard de

l'épidémie de COVID-19, qui a balayé toutes les règles existantes. Nous souhaitons mettre en exergue les aspects positifs, négatifs, les facteurs clés de succès et les freins. Des retours d'expériences réussies, avortées, ratées illustreront le corpus législatif et institutionnel. Quid de ces nombreux acronymes (SIH, GCS, CPTS, PTA, PPP, PIMM, GHT, GIE....) et bien sûr, car c'est la marque de fabrique des Rencontres, un éclairage international, notamment grâce à nos fidèles amis québécois.

Didier Haas, fondateur
des Rencontres Santé de Nice

Benoît Péricard, coorganisateur
des Rencontres Santé de Nice

03

TERMINOLOGIE



Didier Haas, *fondateur*
des Rencontres Santé de Nice

Coopérations en soins, en santé, de quoi parle-t-on ?

Coopération : définition du dictionnaire Larousse :
« *Action de participer à une œuvre commune* » ;
politique d'entente
et d'échanges entre deux États.

La question est donc double : quelles sont les actions possibles et quelle est l'œuvre commune ?

En matière de santé la finalité ultime (l'œuvre commune) est contenue dans la définition de l'OMS :
« *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* ».

Cet ouvrage est plutôt axé sur les coopérations en matière de soins, car élargir le sujet reviendrait à traiter de l'approche sociale, de l'environnement, du logement, de l'exercice physique, ce qui, malgré l'intérêt, dépasse le cadre prévu...

L'approche se veut concentrique à partir du patient, objet tant convoité et que de multiples textes ont décidé qu'il devait être « impérativement au cœur du dispositif de soins » !

La coopération peut aller d'un simple accord de principe entre personnes, jusqu'à la mise en œuvre de textes juridiques et, à terme, des restructurations lourdes, voire des fusions.

Didier Haas, fondateur
des Rencontres Santé de Nice

04

LA CRISE DU COVID-19

Un révélateur des dysfonctionnements du système
de santé, la révolution est en marche...



Didier Haas, *fondateur*
des Rencontres Santé de Nice

Jamais dans l'histoire de la médecine moderne, une crise de cette ampleur n'a eu lieu. Dramatique, elle est la cause de milliers de malades, de décès et de douleurs en France comme dans le monde entier. Elle révèle aux yeux des Français que notre premier bien est la santé, avant l'économie.

Notre système de santé et nos décideurs ont été pris de court et c'est normal, devant la rapidité de l'épidémie et son ampleur. Problèmes d'approvisionnement en matériel : masques, tenues, gels, tests etc. mais aussi capacité de notre offre de soins à accueillir des milliers de cas, notamment en hospitalisation et en réanimation.

Les décisions sur le confinement et les règles de distanciation ont été effectives, mais leur respect n'a pas toujours été assez suivi, malgré de nombreux rappels à l'ordre des pouvoirs publics.

Nous avons vu des querelles intestines sur la chloroquine, les recherches du Pr Raoult, les meilleures thérapies à mettre en œuvre, le manque de tests de dépistage...

Notre propos n'est pas de « tirer sur l'ambulance », ni de critiquer les décideurs en place, qui font au mieux, dans des conditions exceptionnellement difficiles. Et la mobilisation de notre système de santé et des soignants a été exemplaire.

Les dysfonctionnements ont été patents au plan européen, car la santé ne fait pas partie des prérogatives européennes.

Peu de capacités à se mettre d'accord sur une position stratégique commune, pas assez d'échanges rapides sur les avancées scientifiques et médicales, pas de mutualisation de matériel médical.

En France notre système de santé a également révélé ses failles historiques : manque criant depuis longtemps de coopérations entre le secteur privé et le secteur public, de coopérations entre l'hôpital et la ville, avec le secteur médico-social...

Les raisons de ces dysfonctionnements sont multiples : un État trop centralisateur, qui ne s'appuie pas assez

sur les régions, les territoires, les élus et les acteurs de santé ; sans parler des patients loin d'être de vrais partenaires, à quelque niveau que ce soit. Un système de gouvernance où le niveau national essayait de tout régler de Paris. Des relais régionaux avec les ARS dont les missions sont multiples à la différence des ARH d'antan, qui pilotaient uniquement les établissements de santé, travaillaient activement à la recomposition de l'offre de soins, bénéficiaient de marges de manœuvres réelles et pouvaient utiliser les leviers des budgets hospitaliers, avant la mise en place de la T2A.

Des établissements publics consommant trop d'énergie à régler des différends internes (qui doit avoir le pouvoir : les directeurs dits « administratifs » ou les médecins ?) et des soucis de bouclage budgétaire. Des établissements privés mis à contribution trop tardivement. Des médecins de ville libéraux se demandant à quoi ils servent, pourquoi leurs cabinets sont vides et si on peut penser à eux pour accompagner utilement la crise.

L'offre de soins repose sur un trépied constitué des établissements publics de santé, des cliniques privées (libérales et non lucratives) et de la médecine de ville. Les décideurs publics n'ont pas le réflexe d'associer systématiquement les 3 secteurs pour trouver des solutions idoines, notamment en temps de crise.

Il faut absolument responsabiliser les acteurs, donner la parole à ceux qui œuvrent sur le terrain, relancer les vraies coopérations territoriales, supprimer les « usines à gaz » administratives et... réduire le nombre de pages du Code de la santé publique.

Un vrai débat a débuté avec le Covid-19 ; il est salutaire et nos dirigeants doivent entendre ce que l'ensemble des acteurs et opérateurs prônent, avant de décider d'un nouveau système de santé plus efficace, de qualité, répondant aux vrais besoins, compatible avec ce que nous voulons et pouvons investir sur le plan économique.

Didier Haas, fondateur

des Rencontres Santé de Nice

L'OFFRE DE SOINS REPOSE SUR UN TRÉPIED :
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS, CLINIQUES DE SANTÉ, MÉDECINE DE VILLE ..



BON ! ÇA FAIT 20 MINUTES
QUE VOUS DISCUTEZ POUR SAVOIR
QUI ME PREND EN CHARGE !!!



CLED '12.

05

UN BILAN DES COOPÉRATIONS EN SANTÉ DEPUIS 1996



Benoît Péricard, coorganisateur
des Rencontres Santé de Nice

Les coopérations en santé : quoi de neuf en un quart de siècle ?

Bilan-Point de vue d'un observateur engagé

Quand nous avons conçu cet ouvrage avec Didier HAAS, il lui apparaissait naturel qu'il m'échoie de rédiger ce chapitre :

depuis que nous avons sous-titré le schéma régional d'organisation des soins de la région des Pays de la Loire (SROS 2-1999/2004) : *Organiser pour mieux soigner*, le mot coopération est devenu chez moi un leitmotiv quasi obsessionnel !

Sans doute aussi parce que, sur ce sujet, j'ai déjà rédigé de nombreux articles, je l'ai évoqué dans plusieurs colloques et même professé dans certains masters. Pourtant ma première réaction quand je m'attelle à son écriture c'est de plagier le Général de Gaulle : « *Vaste programme* » !

Puis, me ravisant, et laissant poindre mon tempérament optimiste, j'ai voulu titrer ce texte, cette fois en empruntant - positivement - à Francis BACON : « *Coopérez, coopérez, il en restera toujours quelque chose* ».

Exhortation salubre pour le système de santé mais que certains nostalgiques de Mai 68, ce qu'il m'arrive d'être parfois, n'auraient pas manqué de contrecarrer par un « *Coopérations, piège à c...* ».

On peut, en effet, en environ 10 000 signes, dire tout et son contraire des coopérations en santé. Fidèle à une méthode éprouvée, je vais d'abord énoncer ce que ce texte ne sera pas : une analyse fouillée et historique des coopérations. Mon ami, « le » géographe de la santé, Emmanuel VIGNERON l'a fait souvent avec talent et précision et notamment à l'occasion d'une mission que lui avait confiée le ministère de la Santé juste au moment de la naissance des GHT ; l'excellente revue *Gestions hospitalières* a publié ces dernières années de nombreux articles consacrés aux coopérations notamment hospitalières. Ce texte ne sera pas non plus une analyse juridique car c'est notre ami Laurent HOUDART qui le fera dans le chapitre suivant.

Tentons donc de répondre simplement mais avec conviction, à quatre questions :

POURQUOI coopérer en santé ? COMMENT coopérer

? QUELS SONT LES LEVIERS des coopérations ? Le système de santé français est-il PLUS COOPERATIF EN 2021 QU'EN 1996 ?

Répondre au pourquoi demande d'abord de s'intéresser au patient, à l'usager (puisque dans ces lignes la santé est considérée au sens de l'OMS et donc inclut le médicosocial). Et de s'aventurer dans le champ médical, voire anatomique. Qui va bien ? Qui est en bonne santé ? Celui dont les membres, les organes, les viscères sont à la fois en bon état et complémentaires : dans un raisonnement anthropomorphique, on peut dire qu'ils coopèrent entre eux. Ce qui est bon pour le corps humain l'est pour le système de santé.

Deuxième raison consubstantielle au patient : on sait depuis une vingtaine d'années que les principaux progrès à attendre pour améliorer la santé de nos concitoyens résident plus dans l'accompagnement du patient (soins de support, soutien social, bien-être psychique...) que dans les soins proprement dits. Or, qui dit accompagnement dit coopération entre les acteurs, les structures, les processus.

Troisième raison, la coopération a fait la preuve de son efficacité et même de son efficience. Pour un même résultat (ou tout d'abord pour un même objectif), les moyens à déployer dans un cadre coopératif sont moindres, donc moins coûteux : bien entendu les coopérations limitent, voire suppriment les doublons. On peut dire que le secteur de la santé (au moins pour les soins et les services) ne répond pas aux lois de la concurrence ;

si celle-ci, dans de nombreux domaines, contribue à une baisse des coûts, ce n'est pas le cas en santé. Ce qui ne supprime pas l'émulation, souvent nécessaire. Dans le domaine des médicaments et des dispositifs médicaux, le COVID-19 conduira sans doute à ce que les cartes soient rebattues en profondeur, même si fondamentalement, ce qui le différencie des autres secteurs de la santé, c'est le rapport au territoire, national ou mondial, pour ce qui est de la fabrication.

Après le pourquoi, le quoi et le comment. On peut distinguer très schématiquement trois formes de coopérations :

i) la coopération entre établissements ou services visant à optimiser et à graduer la ressource ii) la coopération de substitution qui consiste à modifier les prises en charge pour utiliser des ressources moins lourdes, plus inclusives

iii) la coopération comme modèle autour d'un patient, d'une pathologie ou d'un territoire.

La crise hospitalière liée à la pandémie a démontré l'absolue nécessité pour les services de réanimation de tout statut, public, privé non lucratif, privé, de coopérer. C'est une sorte de preuve par l'absurde qui a été apportée : plutôt que d'engorger des services publics, mieux vaut mobiliser des capacités et des compétences disponibles.

Dans le Grand Est, la prévalence d'une approche idéologique dans les premières semaines de la crise a conduit à sous-utiliser des services privés pourtant disponibles. Cette erreur a été corrigée par la suite et dans d'autres régions. On espère que la leçon aura servi. Ce qui s'est révélé une évidence en temps de crise devrait, en période redevenue « normale », singulièrement relancer l'action des ARS, en matière de coopération et de restructuration.

Pour la substitution, la lente montée en charge de l'HAD démontre qu'un élan de coopération ne relève pas de l'évidence ; en effet, l'activité même de l'HAD (cf. le plaidoyer de la présidente de la FNEHAD plus loin) est liée à des pratiques coopératives. Et que dire du lien HAD/EHPAD, l'évidence des évidences, que seule une action résolue pourrait généraliser.

Dans le champ médico-social, du handicap, la politique de l'inclusion, vigoureusement portée par Sophie CLUZEL est toute entière construite autour de la notion de coopération, entre usagers, entre usagers et gestionnaires (associatifs majoritairement). Suivant l'injonction de Catalina DEVANDAS-AGUILAR, rapporteuse spéciale de l'ONU sur le droit des handicapés, nous sommes appelés à une transformation massive d'établissements en services, ce qui bouscule profondément notre cadre et nos façons de penser.

La troisième *famille* de coopérations, autour d'un patient, d'une pathologie, d'un territoire a engendré une floraison d'initiatives (voir ci-après sur l'article 51) et même un dispositif spécialement conçu, la plate-

forme territoriale d'appui (PTA).

Si l'acronyme ne serait renié ni par Kafka, ni par Huxley, l'intention est indubitablement bonne et respecte la diversité des situations et des dynamiques territoriales.

Quels sont les leviers de la coopération, les « incitatifs » pour employer un langage d'économiste ? Pour revenir—volontairement— à un langage plus commun, c'est soit une question

de droit, soit une question d'argent, soit une question de personne. Chacune peut conduire au meilleur ou au pire, traduit en langage coopératif, à la réussite synergique ou à l'enlisement mortifère.

Le droit en matière de coopération doit fixer les règles générales : quel objectif poursuit la coopération, quel but elle s'assigne, quelles limites elle doit respecter ?

Mais si le droit se dilue dans un excès de normes secondaires, s'il se transforme en mode d'emploi, non seulement il ne remplit pas sa fonction, mais il devient une expression directe, l'arme favorite, de la bureaucratie qui conduit à la paralysie des projets et des initiatives.

Paradoxalement, deux situations financières antagonistes favorisent les coopérations : la pénurie et l'aisance. Même s'il est politiquement incorrect de l'afficher, le manque de moyens ou de ressources rend d'abord vertueux.

Les premières politiques de coordination, de coopération, de rationalisation sont apparues à la fin ou après la période des Trente Glorieuses (Loi Boulin de 1970 sur la carte et secteurs sanitaires/ loi de juillet 1991 sur les SROS/ Ordonnances Juppé-Barrot sur les ARH et les communautés d'établissements), quand l'éclosion et la dispersion à tout-va des établissements et des services commençaient à produire des effets contreproductifs. De même, plus récemment, les timides approches substitutives (l'infirmière de pratique avancée, ou la vaccination par le pharmacien) s'imposent parce que l'alternative est l'absence.

Inversement : seule la puissance des fonds d'investissement a permis la consolidation du secteur des cliniques privées : début 2021, trois groupes détiennent désormais plus de 55 % des établissements

**« Coopérez, coopérez,
il en restera toujours
quelque chose »**

privés (la mesure étant prise en taille pas en unité) alors même que le nombre de cliniques MCO a été divisé par deux en 15 ans. Il s'agit certes d'une forme ultime de coopération mais elle a conduit sans conteste à améliorer le niveau qualitatif et à dessiner une carte sanitaire plus cohérente sur laquelle une politique de l'offre solide peut se construire.

Le principal aveuglement de la bureaucratie est de croire que les projets de coopération sont engendrés par des textes, des règles, des processus et non par la confiance humaine. C'est ce qui a conduit les ARS à abandonner toute posture de « maquignon », qu'avait adoptée voire revendiquée certaines équipes d'ARH au profit de la stricte inspection. Or, on ne peut inspecter et négocier simultanément. Le Code de la santé ne remplace pas le contrat de confiance. Au demeurant, le fameux Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens-CPOM- (prononcez C'est pomme !), malgré des débuts prometteurs n'a en rien servi des objectifs de coopération et s'est aggloméré comme une couche procédurale supplémentaire.

La réponse à la quatrième question servira de conclusion à ce point de vue, qui n'a de sens qu'enrichi par les témoignages des acteurs. Aujourd'hui, en 2021, après la pandémie et après 25 ans d'efforts quelque peu désordonnés, le système de santé est-il plus coopératif ?

Si on se place du point de vue de son principal utilisateur, la réponse ne peut être que normative : si on évalue la façon dont les soins en cancérologie sont délivrés actuellement, on ne peut que constater une nette amélioration vers une prise en charge globale, les progrès rendant encore plus inacceptables les ratés ou les échecs. Si on songe aux personnes âgées, voire très âgées, dans la période de prise en charge préalable au placement en EHPAD, le résultat est médiocre, sauf dans certains territoires : ce qui tend à prouver que des plans nationaux, des dispositifs jacobins par essence sont particulièrement inefficaces. De même, le scandale du passage aux urgences des résidents en EHPAD avant le décès : des améliorations sensibles constatées là où les acteurs ont pris le problème à bras-le-corps mais les chiffres sont têtus. Alors même que nous sommes là au cœur d'un problème de coopération, soluble !

Sur le plan des projets et des processus, l'article 51, est devenu le nouveau Graal : après avoir suscité l'enthousiasme des novateurs/

coopérateurs, puis consterné les pionniers au vu de l'hydre bureaucratique menaçante, et enfin satisfait certains en observant la qualité des projets et leur portée (voir par exemple le rapport de l'ANAP-nov2020 sur trois expérimentations EDS, IPEP et PEPS), il redevient ce pourquoi il avait été conçu : une expérimentation à deux niveaux, régional et national ; seule, une évaluation *ex post* permettra les généralisations et de savoir si la proportion de tarification à l'activité pourra réellement diminuer à 50%, niveau fixé par le président de la République pour refléter une politique de santé plus efficace, plus coopérative !

Côté établissements, la grande question est celle des GHT : Il a été écrit, non sans raisons, que la Cour des comptes, dans son avis d'octobre 2020 « se payait les GHT ».

Le constat est sévère : l'hétérogénéité, les faibles moyens alloués aux GHT implantés là où la mortalité prématurée est importante, l'absence de contribution à la réduction des inégalités de santé, la faible graduation des soins mise en œuvre, la mutualisation embryonnaire des fonctions logistiques, l'absence de personnalité morale qui laisse les acteurs, et les dirigeants notamment dans un no man's land souvent épuisant, la liste est longue et le reproche va aussi clairement au législateur d'avoir conçu une réforme mal ficelée : j'invite avec une immodestie assumée, la Cour des comptes, à formuler le reproche de manière plus claire encore : cette réforme relevait-elle de la loi ? Ou, comme je le pense, plutôt d'une mission des ARS susceptible d'être évaluée sur une série limitée de critères, géographiques, économiques, épidémiologiques.

La Cour émet une proposition : celle de fusionner au sein des GHT autour d'une personne morale qui ne soit pas uniquement un établissement de santé. J'y ajouterai la proposition dont je ferais bien aujourd'hui la mère des réformes en santé : la création d'un statut/ contrat unique pour les médecins et les professionnels de santé quel que soit leur lieu d'exercice, pour abolir la frontière public/privé, libéral/salarié.

J'ai débuté en empruntant des citations. Je clos en plaçant pour l'approche la plus dynamique possible des coopérations en santé : faire confiance aux acteurs, diminuer les contraintes, respecter les territoires et leurs dynamiques. Alors oui, les coopérations se multiplieront et... il en restera quelque chose.

Benoît Péricard, *co-organisateur
des Rencontres Santé de Nice*

06

LES MONTAGES JURIDIQUES DE COOPÉRATIONS



Me Laurent Houdart, *avocat*
avec le concours de
Me Axel Véran, *avocat*

Le Droit au service des coopérations ?

Le point de vue de maître Laurent Houdart, juriste engagé depuis 20 ans et au vu de la crise sanitaire.

Observateur privilégié des évolutions des secteurs sanitaires et médicosociaux, je retiendrai 4 axes majeurs qui singularisent l'évolution juridique des coopérations dans ces secteurs depuis 20 ans.

1^{er} axe : IRRESISTIBLE

Depuis l'Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 qui a vu la naissance des groupements de coopération (GCS) et des réseaux de soins, le législateur – peu importe sa couleur – a toujours incité, favorisé et renforcé le droit de la coopération dans les secteurs sanitaire et médicosocial.

Le GCS en est le symbole : créé en 1996 pour permettre une coopération logistique entre un établissement public de santé et une clinique à but lucratif, il a bénéficié peu à peu de fonctionnalités nouvelles au point de devenir le couteau suisse de la coopération. Il permet aussi bien de mettre en place une coordination médicale sur un territoire entre établissements de santé et médecins de ville que de constituer un nouvel établissement de santé.

2^e axe : COMPLEXIFICATION

Souvent inutile, la complexification va de pair avec ce caractère irrésistible.

On peut décompter le nombre de textes législatifs adoptés depuis 1996 qui modifient, transforment, ajoutent au droit de la coopération, le plus souvent dans un prétendu objectif de simplification : 15 lois et ordonnances... et ce n'est pas terminé.

Plus la coopération est reconnue et se développe, plus les pouvoirs publics ont la tentation de l'encadrer strictement.

Le développement durant la crise sanitaire des coopérations dites « agiles », c'est-à-dire mises en place spontanément par les acteurs, sans validation préalable par l'ARS et avec un encadrement juridique minime, est une réponse du terrain et imaginative à la complexité actuelle.

3^e axe : UN LENT DÉCLOISONNEMENT

Autre fait marquant, accentué par la crise du COVID-19 : Le décroisement progressif des secteurs public et privé et des statuts hospitalier et libéral : des praticiens libéraux peuvent intervenir dans le service public tout en conservant leur rémunération à l'acte (impossible auparavant).

Le chemin inverse n'est plus tout à fait un tabou. Nombre de praticiens de premier recours, et particulièrement les plus jeunes souhaitent pouvoir bénéficier d'exercice salarié.

Des réflexions sont menées sur la possibilité pour une Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA) d'embaucher des médecins et auxiliaires médicaux salariés.

Citons enfin le plateau d'imagerie médicale mutualisée (PIMM), création récente de la Loi du 26 juillet 2016. Il permet la constitution de plateformes radiologiques territoriales publiques /privées et autorise des dérogations statutaires et conventionnelles aux règles de rémunération des radiologues qui y participent. Le pied est dans la porte pour le futur statut unique que mon ami Benoît Péricard appelle de ses vœux.

4^e axe :

DES « ACTEURS DE TERRAIN » TOUJOURS A L'AVANT-GARDE

Je me dois enfin de saluer tous ces acteurs de terrain sans lesquels aucune coopération n'aurait pu voir le jour. Sans leur volonté farouche, leur détermination et leur vision d'un paysage sanitaire en plein bouleversement, rien n'aurait été possible car la coopération ne se décrète pas. À cet égard, la crise sanitaire a été un révélateur formidable. Encore faut-il que le droit en donne les moyens...

Exemples de GCS « couteau suisse »

Axanté : coopération engagée dès 1997 de par la volonté d'un directeur visionnaire, Alain Quinquis et d'un radiologue libéral éclairé, Paul Le Roquais, ce groupement rassemble désormais, sur l'ensemble des territoires du Bessin Pré-bocage en Normandie, tous les acteurs publics et privés. Il a tour à tour été réseau de santé, coordinateur HAD/SSIAD, de PASS, facilitateur de maisons de santé et de MAIA, il devient aujourd'hui CPTS et demain encadrera le dispositif d'accompagnement à la coordination (DAC).

Charleville : création d'un nouvel établissement sous l'impulsion de 3 pionniers : un directeur d'établissement public, JC Phelep, un directeur général d'un groupe privé de SSR, Emmanuel Masson, et d'un directeur de Mutualité, Franck Bonichon. Ils ont démontré que les frontières entre public/privé lucratif/privé non lucratif pouvaient s'effacer devant l'intérêt de la population.



Exemple de CPTS « Territoire Rance-Emeraude »

La première crise sanitaire a été l'occasion pour la médecine de ville et l'Hôpital de mettre en place une coopération agile :

- création d'un centre de consultation spécifique COVID-19 destiné à la population du territoire de Saint-Malo ;
- déploiement dès mi-mars 2020 d'une télésurveillance COVID-19 au domicile, proposée quel qu'ait été le mode d'entrée dans le système de soin (téléconsultation de médecine générale, consultation dans un centre COVID-19 ou au service d'accueil des Urgences, hospitalisation, et désormais également via le « tracing COVID-19 »).

Ces actions n'ont pu être rendues possibles que par la mutualisation de moyens humains et matériels émanant du GHT représenté par le directeur de l'établissement siège, François Cuesta et des professionnels de ville regroupés en CPTS avec leur président le Dr Jean-Louis UNAL.

Fort de cette dynamique, les protagonistes entendent désormais en associant tous les autres acteurs du territoire :

- créer une équipe mobile hospitalière ayant pour vocation de devenir le « guichet unique » de recours hospitalier pour les usagers confrontés aux situations les plus complexes, et qui rassemblera des professionnels d'exercice mixte hospitalier/HAD/libéral ;
- déployer de la télésurveillance bien au-delà de la problématique COVID, toujours assurée par un collectif médical et paramédical mixte libéral/hospitalier ;
- coconstruire des programmes territoriaux d'éducation et de prévention thérapeutique.

Communauté de Santé Euro métropole Nord

Sur le bassin de santé Nord Strasbourg et sous l'impulsion du Dr Trilesky, cette CPTS regroupe des professionnels de santé assurant des soins de premier recours, des équipes de soins primaires structurées, des acteurs de santé assurant des soins de second recours et des acteurs médico-sociaux.

Comment le droit aide ou oblige à coopérer ?

SI OBLIGER À COOPÉRER EST UN NON-SENS ET CONDUIT IMMANQUABLEMENT À DES ÉCHECS, LE DROIT NE SERAIT-IL PAS PAR LUI-MÊME UN FREIN ?

Aide ou frein ?

Le droit est évidemment une aide

J'en veux pour preuve le GCS et la Communauté professionnelle de territoire de santé (CPTS).

Le GCS a été créé par l'Ordonnance du 24 avril 1996. Le législateur a donc offert aux acteurs l'outil qui leur manquait.

Créée 20 ans plus tard par la Loi du 26 janvier 2016, la CPTS est un mode d'organisation territoriale qui devrait constituer le chaînon manquant dans la prise en charge d'un patient sur un territoire.

...mais le droit peut être aussi un frein

Il peut être de deux ordres. Soit par excès de formalisme et de contrôle, soit par défaut de réactivité :

- l'excès de formalisme et de contrôle n'est pas l'apanage de la coopération. Il est présent dans de très nombreux domaines et la santé n'y échappe pas ;
- le manque de réactivité. Les bouleversements de notre organisation sanitaire exigeraient un droit évolutif et en adaptation et non en réaction. Ne faudrait-il pas renverser le paradigme ? Moderniser le concept de service public et adopter une définition par « mission », ouvrir le panel des outils juridiques, octroyer une nouvelle autonomie aux établissements avec son corollaire, la responsabilité des actes accomplis.

L'obstacle du Droit

La SISA inadaptée

Si nous souhaitons demain une médecine de premier recours efficace et dynamique, les maisons de santé doivent disposer des outils juridiques adaptés afin de recruter des IPA, des assistants médicaux, de mener des actions de santé publique, et peut être aussi de salarier des praticiens. Or, la SISA par son adhésion obligatoirement individuelle et la responsabilité personnelle de ses membres n'est pas (ou plus) adaptée aux objectifs qu'elle souhaite mener.

Numérique et juridique ne riment pas aisément

Les nouvelles technologies et l'intelligence artificielle obligent les établissements publics à des stratégies d'ouverture et de partenariat avec des opérateurs privés parfois hors de la sphère sanitaire. Tel centre hospitalier souhaite pouvoir diffuser et exploiter une plateforme de services en s'associant avec une start-up, tel autre pourrait participer à un living lab et favoriser l'émergence de nouvelles solutions dans une spécialité médicale. On se heurte à l'impossibilité de créer ou de participer à une personne morale comme une société par actions simplifiée (sauf dans certaines conditions très strictes et au seul bénéfice de quelques CHU). La nature ayant horreur du vide, si les établissements publics ne réagissent pas, d'autres prendront leur place.



Pertinence, avantages, inconvénients des outils juridiques de coopération

« Ce qui fut sera, Ce qui s'est fait se refera, Et il n'y a rien de nouveau sous le soleil L'Ecclésiaste ».

Pour les hôpitaux, les limites collaboratives se trouvent dans le corpus juridique régissant les établissements publics, plus contraint que celui de leurs partenaires privés : principe de spécialité, commande publique, domanialité publique, fonction publique, obligations de service public, et depuis peu RGPD, ne sont qu'une partie du carcan avec lequel il leur faut composer.

De nombreuses voies leur restent cependant ouvertes et le Code de la santé publique (article L. 6134-1) autorise les établissements publics de santé à participer à des actions de coopération avec des personnes de droit public ou de droit privé, y compris internationales, sous la forme :

- de conventions de coopération ;
- de groupements d'intérêt public (GIP) ;
- de groupements d'intérêt économique (GIE) ;
- de groupements de coopération sanitaire (GCS) ;
- de fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH), entre établissements publics seulement

En outre, les EPS peuvent constituer une société coopérative d'intérêt collectif, adhérer à une association, et, pour les CHU, de créer des filiales pour valoriser la recherche.

Appréciation des outils

Le recours à la voie conventionnelle ou structurelle sera étroitement lié aux besoins exprimés par chacun des partenaires, aux moyens qu'ils entendront dédier à la réponse à apporter, et, plus généralement, à la nature du projet porté.

Coopération fonctionnelle

Outil privilégié pendant la période de crise, elle consiste en la « simple » conclusion d'un contrat dont la force résulte de l'adoption par ses signataires sans entraîner la création d'une entité juridique nouvelle. Elle devra être écartée dès lors que sont envisagés la constitution d'équipes communes (notamment publique-privée), des investissements communs,

de doter le projet d'un budget propre, de recourir à l'emprunt, de conclure des baux. Bienvenue par la souplesse et la liberté qu'elle offre à ses signataires, comme l'immédiateté de sa mise en œuvre, la convention est cependant souvent mal construite et le partage de responsabilités ou le nécessaire suivi de la coopération, régulièrement omis.

Coopération organique

Bien que plus lourde (démarches déclaratives et d'enregistrement) la coopération organique présente de multiples avantages pour ses promoteurs : elle favorise la mutualisation des moyens et le renforcement des liens entre les partenaires grâce à la structure commune, gérée conjointement. À la différence d'une simple convention, une structure organique de coopération dispose (selon la forme juridique retenue) d'un budget propre, d'un patrimoine et de la possibilité de recruter son personnel.

L'ASSOCIATION LOI 1901

La forme associative présente des avantages indéniables par sa souplesse, sa facilité de constitution et sa gouvernance adaptable ; en revanche, le versement de rémunérations et la réalisation de prestations de service, ses limites sont vite atteintes et les risques fiscaux et judiciaires non négligeables. On ne peut que regretter que le régime auquel sont soumises les associations n'épouse pas celui des associations de droit local (loi 1908) applicable en Alsace et en Moselle qui, lui, permet l'exercice d'une activité économique, de réaliser des bénéfices et de les distribuer, se rapprochant ainsi étroitement du régime du groupement d'intérêt économique. Ce serait le cadre idéal pour les CPTS.

LES SOCIÉTÉS

- Les sociétés commerciales sont interdites aux hôpitaux, sauf exception, comme celle qui permet aux seuls CHU, selon des modalités très strictes, de prendre des participations dans des sociétés commerciales et de créer des filiales.

- La société coopérative d'intérêt collectif Créée par une loi du 10 septembre 1947, la SCIC a un

objet spécifique ; *“ la production ou la fourniture de biens et de services d'intérêt collectif, qui présentent un caractère d'utilité sociale. Ces biens et services peuvent notamment être fournis dans le cadre de projets de solidarité internationale et d'aide au développement ”.*

Méconnue et peu utilisée, la SCIC révèle pourtant des avantages indéniables et peut réunir autour d'un projet coopératif commun qui constituera son objet social. Alors pourquoi ne pas y recourir plus souvent d'autant que ses avantages sont réels ; elle entre dans l'économie sociale et solidaire, permet la participation du plus large spectre d'acteurs et la responsabilité des associés est limitée au montant de leurs apports.

LES GROUPEMENTS

Ils reposent tous sur le même principe, celui du mandat. Ils ne sont donc pas indépendants de leurs membres, présentent notamment comme avantage l'exonération de TVA, mais rendent solidaires des dettes.

• Le groupement de coopération sanitaire

Couteau suisse de la coopération entre acteurs de santé, le groupement de coopération a fait ses armes. Ainsi lorsqu'il est dit de « moyens », le groupement de coopération sanitaire pourra aussi bien porter des plateformes de blanchisserie, de restauration ou de consommables que structurer une CPTS ou un plateau d'imagerie médicale commun à des établissements publics ou privés, que permettre des prestations médicales croisées de praticiens hospitaliers et libéraux, constituer des équipes de personnels médicaux et/ou paramédicaux communes ou exploiter des autorisations d'activités de soins pour lesquelles ses membres sont autorisés.

Il présente en outre une gouvernance souple. Sa composition est libre si au moins un établissement de santé est partie à la coopération.

On pourrait dès lors se demander ce qui rebute certains à s'engager dans la constitution d'un GCS lorsqu'ils entendent coopérer avec l'Hôpital. Hormis la méconnaissance de l'outil, culturellement considéré comme hospitalocentré, nous voyons deux limites : sa soumission à l'approbation du directeur général de l'Agence régionale de santé et l'exclusivisme de son objet, les activités du groupement ne pouvant être gérées que pour le compte de ses membres.

• Le groupement d'intérêt public

Créés en 1982 et initialement dédiés aux seuls besoins du secteur de la recherche, les groupements d'intérêt public ont bénéficié d'un essor tel que, dès 1996, le Conseil d'État préconisait une unification de leur régime, ce qui est le cas aujourd'hui.

Démocratisée, la structuration de coopérations par le groupement d'intérêt public présente de nombreux avantages :

- l'adhésion de partenaires publics et privés, sous réserve de la majorité publique ;
- la mutualisation de tous moyens, notamment matériels et humains ;
- un régime de responsabilité des membres du fait des dettes du groupement conjointe indéfinie mais non solidaire ;
- participations possibles dans des sociétés ou groupements tiers ;
- prestations pour des tiers non-membres ;
- une gouvernance souple, seuls un directeur et une assemblée générale étant imposés.

Quelle que soit la nature de l'activité gérée par le groupement et par ailleurs contrôlée par le ministère des Finances, le GIP demeure une personne morale de droit public avec ses lourdeurs (approbation de la convention constitutive, soumission systématique au droit de la commande publique, contrôles des juridictions financières, appartenance des biens propres au domaine public).

• Le groupement d'intérêt économique

Structure intermédiaire entre la société et l'association loi 1901 instituée par l'ordonnance du 23 septembre 1967, le groupement d'intérêt économique est très souvent plébiscité par les partenaires privés des établissements publics de santé

Doté de la capacité juridique et régi par les règles du droit privé qui permettent notamment la soumission des personnels propres du groupement au droit du travail et de recourir au plan comptable général, le GIE a pour objet « de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci »

Le GIE présente cependant deux écueils majeurs, de nature à limiter son attrait et à le revêtir de la peau d'âne imaginée par Charles Perrault : un régime de responsabilité strict pour l'administrateur et indéfini et solidaire pour les dettes.

—

L'analyse comparée des outils, la pratique quotidienne de ces outils mais surtout nos échanges féconds avec les acteurs de la coopération sur le terrain nous font recommander :

Ce n'est qu'à la condition que des bases solides et saines aient été préalablement arrêtées que la coopération pourra prospérer.

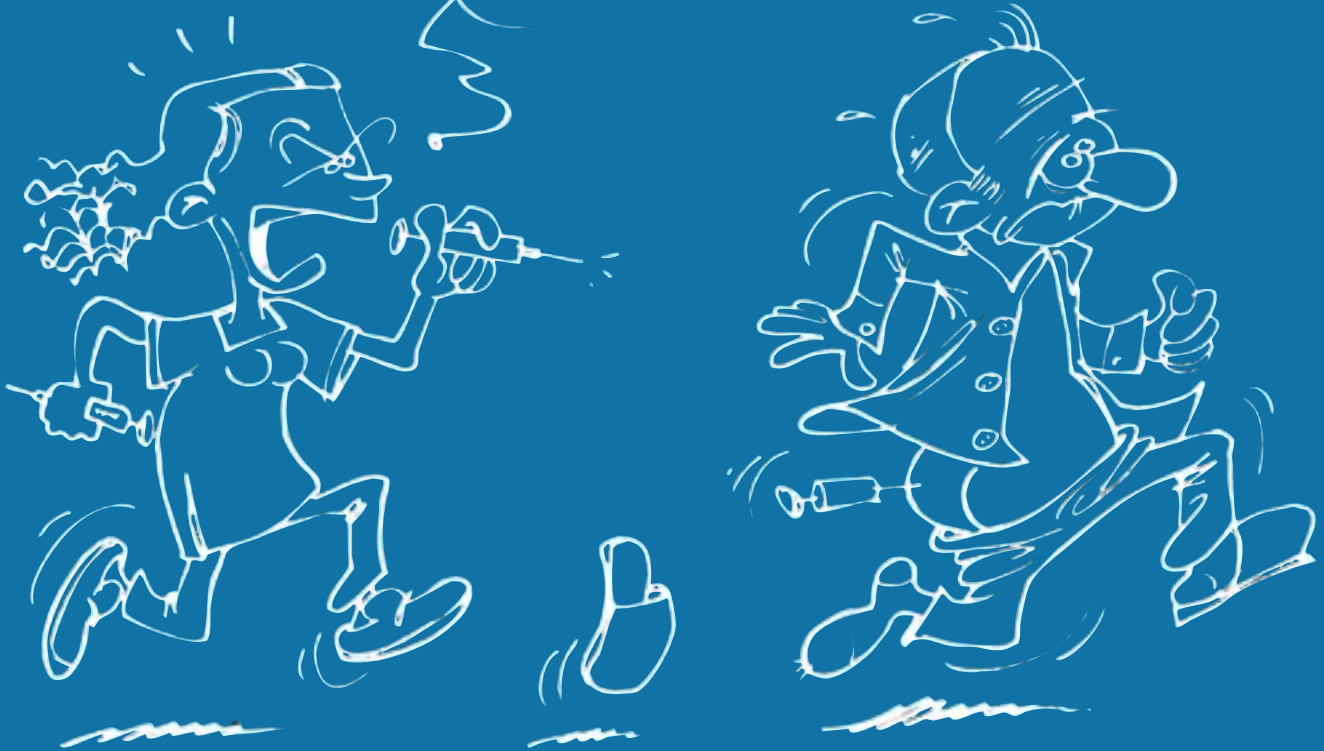
« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat » affirmait Kofi ANNAN lors de son discours à l'assemblée générale de l'ONU le 24 septembre 2001.

La crise sanitaire a démontré la justesse de ce propos à travers les multiples coopérations qui ont vu le jour. Il nous appartient désormais que ce ne soit pas l'éphémère d'un moment, mais les bases d'une nouvelle organisation.

Me Laurent HOUDART
avec le concours Me Axel VERAN

COOPÉRER AVEC LE PATIENT...

ÉVIDEMMENT... SI VOUS
BOUGEZ TOUT L' TEMPS!



GED'12.

07

**LA COOPÉRATION
AVEC LES PATIENTS
ET USAGERS
DU SYSTÈME DE
SANTÉ : MYTHES
ET RÉALITÉS**

1 - Quelle place les patients et usagers doivent-ils occuper dans le système de santé français ?

Dans le système actuel, les patients et usagers ont une place officielle notamment grâce au rôle de représentant des usagers (RU).

Ces bénévoles siègent dans des réunions au sein des hôpitaux mais aussi dans d'autres instances, à condition qu'ils fassent partie d'une association agréée qui les y autorise.

Les patients peuvent aussi participer par exemple à des programmes d'éducation thérapeutique. Le statut de patient expert existe également.

Le patient est légitime, il peut même être le juge de paix.

Les soignants connaissent la maladie, le soin. Les patients connaissent la vie avec la maladie, le quotidien. Chacun a son angle de vue, et les deux sont complémentaires pour améliorer la prise en charge.

Ainsi, si un soignant émet une recommandation pour améliorer la prise en charge du patient mais que cela concerne par exemple un service qui n'est pas le sien, cela peut être vécu par les autres soignants comme de l'ingérence. Alors que si le RU exprime la même idée, ce n'est pas pour une autre raison que l'amélioration de la qualité de vie des patients, donc l'absence d'intérêt autre que l'expérience patient rend sa parole beaucoup plus légitime. Et c'est là que la voix du patient a un poids considérable et peut être majeur pour changer les choses.

2 - Comment rendre les patients acteurs de leur propre santé ?

Tout d'abord, les patients peuvent être acteurs de leur propre santé s'ils ont suffisamment d'informations, et d'informations fiables.

Des informations sur la vie avec la maladie, des informations sur leurs droits, mais il ne s'agit pas d'avoir des informations pour se prendre pour un médecin, ni pour revendiquer à tout va.

Les associations de patients ont un rôle à jouer pour aider ceux qu'ils représentent à être acteurs de leur santé. Car les associations de patients informent sur la vie avec la maladie, elles permettent aux patients d'échanger ensemble, de partager les bonnes pratiques pour améliorer le quotidien de chacun.

Ensuite, les associations de patients peuvent devenir acteurs en mettant sur la table des sujets qu'ils jugent prioritaires au regard de la vie quotidienne des malades. Et ces sujets peuvent devenir des projets d'étude, voire de recherche.

Une association de patients qui liste les sujets qu'elle juge majeurs, et a des fonds pour transformer ces sujets en projets, va devenir actrice du changement, et embarquer des soignants pour travailler avec elle et concrétiser ses actions.

3 - Quelles clés de coopérations entre professionnels de santé et patients : contrats, approche personnalisée ?

Tout d'abord, la collaboration entre professionnels de santé et patients est tout aussi importante pour le professionnel de santé que pour le patient.

Si le patient collabore avec le professionnel de santé, ce dernier se sentira soutenu dans ses projets, et le premier se sentira pris en compte en plus d'être pris en charge.

Pour donner quelques clés, on peut dire que cette collaboration doit se baser sur le respect mutuel, l'ouverture d'esprit, l'écoute, la prise en compte des contraintes de chacun, dans un état d'esprit volontaire, positif, pragmatique et orienté solution.

La stratégie des petits pas fonctionne également, c'est-à-dire faire beaucoup de petites choses, pour arriver ensuite à faire de grandes choses ensemble.

Camille Thérond-Charles,
présidente de l'Association
malades foies enfants (AMFE)

1 - Quelle est la place du patient au Québec dans le système de santé ?

L'importance de la participation des citoyens a été établie depuis la création du système de santé publique du Québec en 1970. Toutefois, depuis 2010, un mouvement de participation des patients s'est renforcé au travers du concept de « patient partenaire » et du « partenariat de soins ».

Né tout d'abord à la faculté de médecine de l'université de Montréal, grâce à la création du bureau du patient partenaire (PP), pour permettre la participation des patients dans l'enseignement des futurs professionnels de la santé, le PP s'est étendu au sein de ce qui est reconnu comme le « modèle de Montréal », soit l'engagement des PP de façon simultanée dans l'enseignement, la recherche et le système de santé et de services sociaux.

La légitimité de la participation des PP, dans ces trois sphères, repose sur la reconnaissance des savoirs expérientiels des patients, qui peuvent être définis comme les savoirs issus des expériences de vie avec des problèmes de santé ou psychosociaux, des répercussions sur la vie personnelle et celle des proches de ces problèmes et l'utilisation des services.

Ces savoirs permettent de reconnaître le patient comme un soignant, membre à part entière de l'équipe clinique.

2 - Depuis vingt ans, comment ce concept de patient partenaire a-t-il évolué ?

Le système de santé a longtemps considéré les patients et leurs proches de manière paternaliste en n'impliquant pas les personnes concernées aux prises de décision les concernant.

Le PP intervient aux niveaux clinique, organisationnel et stratégique. Au niveau clinique, la relation de soins est axée sur les besoins des patients et les plans de soins sont réalisés par et pour eux. De plus en plus, des PP

souhaitent mettre à profit leur savoir expérientiel pour d'autres patients aux prises avec des problématiques de santé semblables. Ces pairs aidants ou patients accompagnateurs sont intégrés dans l'équipe de soins et participent à l'humanisation des soins et le travail interdisciplinaire.

Au niveau organisationnel, les PP sont aussi intégrés dans les comités d'amélioration continue de la qualité où ils participent à l'identification d'intervention et à leur mise en œuvre. Au niveau stratégique, des PP sont intégrés à des comités de gestion que cela soit des conseils d'administration d'établissement qu'à des comités de réflexion. Dans le contexte de la COVID-19, le comité éthique en charge d'établir le protocole de triage aux soins intensifs en temps de COVID-19 a fait appel à des PP. Des patients sont aussi intégrés dans les travaux de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

3 - La place centrale du patient améliore-t-elle les résultats du système de santé ?

L'engagement des patients au niveau clinique permet d'améliorer significativement l'expérience de soins et les services fournis. Cela permet aussi une amélioration de leur état de santé physique et psychique et une meilleure autogestion de leurs maladies. Leur engagement aux niveaux clinique et organisationnel a aussi permis d'améliorer la pertinence des soins les amenant à détecter des situations à risque. Du côté des professionnels de la santé, le partenariat avec leurs patients leur permet une amélioration de leur communication et collaboration et un renforcement de leurs relations avec leurs patients, mais aussi entre les professionnels eux-mêmes.

Au niveau des organisations et services de soins, les PP permettent d'améliorer la qualité et la sécurité des soins fournis, grâce à une meilleure redéfinition et transformation des relations au sein des services de soins, ainsi que par une promotion de stratégies innovantes de gestion et d'organisation des services qui répondent mieux aux besoins des patients.

Toutefois, malgré toutes ces avancées, il existe encore des résistances de la part de certains

professionnels et du système de santé qui ont encore du mal à adhérer aux programmes d'engagement des patients et à partager le pouvoir. La culture hiérarchique des organisations vient parfois freiner ce déploiement et la capacité à intégrer des PP à différents niveaux. Et, finalement, des enjeux éthiques portant sur le statut, la rémunération et l'instrumentalisation des patients sont à prendre en compte.

Dr Marie-Pascale Pomey,
professeur de l'École de santé publique
de l'Université de Montréal

1 - Quelles différences identifiez-vous sur le sujet des coopérations entre le monde sanitaire et médico-social ?

Dans les secteurs social et médico-social qui couvrent les champs du handicap, de la protection de l'enfance, de la perte d'autonomie ou de l'exclusion, la coopération est comme dans le sanitaire, une réponse à la transformation et à l'amélioration de l'offre. L'augmentation de la commande publique et de la mise en concurrence par les appels à projets marque une volonté affichée des pouvoirs publics d'utiliser des mécanismes compétitifs pour choisir des prestataires quels que soient leur nature juridique et leur projet social. Cette nouvelle approche a conduit les acteurs solidaires à se mettre en réseau et à coopérer pour apporter une réponse pertinente et de qualité.

Mais, beaucoup plus souvent que dans le secteur sanitaire, ces coopérations ont abouti à des fusions et conduit à la disparition des petites associations gestionnaires.

En effet, pour se développer, innover, se transformer, de nouvelles compétences sont requises : compétences gestionnaires pour constituer les dossiers de réponse aux appels à projets ou élaborer un CPOM, expertises nouvelles pour la certification ou le virage numérique. Les difficultés pour le renouvellement de la gouvernance associative (administrateurs bénévoles) ont incité aussi aux regroupements. Mais aujourd'hui, certaines institutions font plutôt le choix de la mutualisation pour ne pas perdre leur identité associative et conserver leurs valeurs fondatrices et leur militance.

Pendant la crise sanitaire, de très nombreuses pratiques coopératives solidaires se sont développées sur les territoires réunissant des associations, des collèges, des services du département...

2 - Dans le secteur médico-social, quelle est la véritable place de l'utilisateur ?

Dans le domaine des droits de l'utilisateur, le secteur médicosocial a les mêmes repères historiques que

le sanitaire. La Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale institue un contrat de séjour, un Conseil de vie sociale, une charte des droits et libertés de la personne accueillie. Le mot « participation » apparaît et devient une exigence majeure dont l'enjeu est la réalisation complète des droits des usagers. La Loi de février 2005 est fondatrice pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Mais ces dispositifs se heurtent aux difficultés de mise en œuvre liées à l'état des personnes concernées (enfants, personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie). Un décret de 2007 insiste sur « l'effectivité des droits des usagers » et la responsabilité de l'établissement à faciliter l'expression et la participation des usagers. Les dynamiques participatives ont évolué afin de donner aux personnes concernées la place qui leur est reconnue.

La participation des personnes dans les actes de la vie quotidienne et dans l'élaboration de leur projet personnalisé est déclinée dans de nombreux établissements. Leur implication dans les projets collectifs (projet associatif, formation des travailleurs sociaux, recherche) ou dans la vie de la cité commence à se développer avec des succès réels même quand les personnes sont atteintes de déficiences lourdes.

3 - Est-ce que la démarche inclusive peut s'appliquer à tout le médico-social ?

L'ambition est de passer d'un modèle réparateur — où les situations sont traitées en termes de compensation des inadaptations par des réponses spécialisées — à un modèle inclusif où l'enjeu est que tout individu soit en capacité de faire valoir sa singularité et ses aspirations. La démarche inclusive s'applique dans toutes les composantes, santé, logement, emploi, école. Quelle doit être l'articulation entre autonomie individuelle et appuis collectifs ? Question posée dans le choix du modèle de tarification du secteur handicap (SERAPHIN)...

La société inclusive vise en premier lieu les personnes handicapées mais pas les personnes en situation de précarité ou d'exclusion — pour lesquelles l'objectif est l'insertion par l'emploi — ni les personnes âgées en perte d'autonomie alors que la Loi de 2005 visait

la suppression des barrières d'âge pour une réponse globalisée. L'inclusion suppose une démarche au long cours mais le mouvement de transformation de l'accompagnement est en marche dans la perspective de parcours choisis par les personnes, de préférence hors institutions. Le cadre organisationnel évolue avec la mise en place des Communautés 360 qui installent une coopération intégrée entre les acteurs institutionnels (ARS, CD, MDPH, ESMS) pour coordonner les parcours et améliorer la connaissance des ressources disponibles. La future Loi Autonomie devra aller plus loin sur le chemin d'une véritable société inclusive pour l'ensemble des publics fragilisés.

Dominique LEBRUN,
présidente de l'ORSAC

1 - Avec votre double expérience québécoise et française, quelles différences et analogies constatez-vous sur la place des patients ?

Nous ne partons pas des mêmes historiques.

Au Québec, le bénévolat est très implanté dans la société. Les bénévoles interviennent par milliers dans les hôpitaux québécois au quotidien, ils sont autant d'usagers du système de santé, potentiels usagers ou aidants. Leur participation, dans divers secteurs, est déjà une façon de faire entrer un acteur qui n'est pas professionnel. En France, les associations de patients sont bien insérées. La démocratie en santé s'est construite par la notion de représentation des usagers auprès de la gouvernance de l'hôpital, avec un certain formalisme. Notre second héritage fort est l'éducation thérapeutique du patient. Déclinée en programmes par aire thérapeutique, cette approche a donné un cadre très puissant pour favoriser la collaboration entre patients, aidants et professionnels de santé.

Il en résulte que le partenariat de soins, entre patients et professionnels, s'est développé dix ans plus tôt au Québec qu'en France selon des modalités différentes.

2 - En tant que directrice d'hôpital, quelle est votre approche sur le thème ?

Je m'implique personnellement dans la promotion du partenariat entre patients, aidants et professionnels. Je suis convaincue que c'est un levier de transformation capital pour améliorer les organisations et inculquer une culture de meilleur service. Cela vaut pour les secteurs cliniques bien sûr, mais aussi pour les secteurs administratifs, logistiques, techniques. Tous les professionnels de l'hôpital travaillent pour le patient, il est donc fondamental de se donner les moyens d'en capter les attentes, les besoins, de faire travailler les équipes hospitalières directement avec les patients. J'ai donc cherché à créer un cadre facilitateur pour outiller les équipes volontaires.

Je me suis engagée aussi personnellement dans cette démarche : chaque semaine, je vais à la rencontre des patients dans les unités de soins pour un échange direct, ce qui me permet de repérer des points d'amélioration et d'enrichir mon dialogue avec les équipes soignantes, sur la base de l'expérience du patient.

3 - Pouvez-vous nous résumer une expérience probante dans un des établissements que vous dirigez ?

Nous avons souhaité mobiliser un groupe de patients transplantés pulmonaires à l'occasion de la rénovation des chambres d'hospitalisation de l'unité. Les patients ont émis des préoccupations matérielles et sensorielles que les équipes des travaux n'avaient pas du tout anticipées. Cela peut paraître des détails, mais lorsque l'on passe 6 semaines dans une chambre, ces détails prennent beaucoup d'importance. Ce dialogue a été extrêmement apprécié des patients eux-mêmes, qui étaient heureux de contribuer à améliorer le service, des équipes techniques qui avaient pour la première fois l'occasion de dialoguer avec des patients, et de l'équipe soignante, qui découvrait aussi quelque chose !

Ce n'est qu'un exemple. Je trouve que l'introduction dans les services d'anciens patients, aidant des patients en cours de prise en charge, est également un progrès extraordinaire. De même, la sollicitation des patients pour réfléchir avec les équipes aux améliorations des parcours patient est porteuse.

Pauline Maisani,
directrice de l'hôpital Beaujon
et Bichat-Claude Bernard



08

**LA COOPÉRATION
ENTRE LES
SECTEURS PUBLIC,
PRIVÉ NON
LUCRATIF, PRIVÉ
COMMERCIAL,
LA VILLE ET LE
MÉDICO-SOCIAL**

1 - Les établissements de la FEHAP se situent entre le privé et le public : est-ce une force ou une faiblesse ?

C'est une force. Le secteur privé solidaire allie ce qu'il y a de meilleur dans les deux secteurs : les valeurs du public et la souplesse du privé.

Cette dernière se traduit déjà dans notre mode de gouvernance. Nos établissements fonctionnent sur le mode de la gouvernance associative (DG - Président - Conseil d'administration bénévole). Ils n'ont pas d'actionnaire et tous les excédents sont réinvestis au profit de la structure et des personnes accompagnées et soignées. De fait, les établissements et services privés solidaires ont toujours été des acteurs majeurs de la recherche et de l'innovation. Inscrite dans l'ADN de la FEHAP, et plus globalement, du secteur privé solidaire, celle-ci représente un axe de développement stratégique pour nos adhérents. La Fédération s'attache à apporter son appui aux adhérents pour faciliter l'appropriation des innovations ayant fait leurs preuves dans d'autres structures, mais aussi permettre la montée en compétence des équipes dirigeantes sur les stratégies et cultures managériales propices à l'innovation. Dans ce cadre, Nov'ap, l'Observatoire FEHAP de l'Innovation occupe une place centrale. La FEHAP cherche également à démontrer le rôle privilégié du secteur privé solidaire dans l'innovation en santé grâce à la recherche, en partenariat avec des universités françaises et étrangères et en orientant prioritairement les travaux sur les parcours de santé des citoyens.

Cette souplesse trouve également sa traduction dans la gouvernance « médicale ».

Au même titre que les établissements publics, les ESPIC disposent d'une commission médicale d'établissement (CME). Il existe au sein de ces établissements une proximité entre les directions et les CME. Ces dernières participent avec beaucoup de fluidité à la gouvernance des établissements.

Tous ces éléments réunis forment un modèle privé solidaire performant.

2 - Comment les ESPIC ont-ils participé à l'effort collectif pendant la pandémie ?

La FEHAP réunit 727 établissements et services sanitaires privés solidaires, disposant d'une capacité totale de

61 361 lits et places. 439 établissements et services ont le statut d'ESPIC au sens de la loi. Ils se sont particulièrement mobilisés pendant l'ensemble de la crise, de la 1^{re} à la 2^{de} vague. Dès le 12 mars 2020, ils ont tous massivement déprogrammé pour maximiser leurs capacités « COVID-19 ».

Pendant la 1^{re} vague, la capacité de réanimation de nos établissements a doublé dans les régions moins fortement touchées, tandis qu'elle a été jusqu'à tripler en Ile-de-France et presque quadrupler dans le Grand Est.

3 - La FEHAP représente fortement le secteur médico-social : comment celui-ci peut être un vecteur de coopération ?

La crise Covid a souligné l'importance du lien entre la ville et l'hôpital, des coopérations entre secteurs sanitaire et médico-social, public ou privé, ainsi que la complémentarité du soin et de l'accompagnement hospitalier et à domicile. Elle a mis en lumière de nouvelles collaborations entre acteurs de santé et des solidarités nouvelles au niveau des territoires. Des réponses très opérationnelles ont été construites, par les opérateurs, en proximité. De nombreux établissements de santé sont venus appuyer des EHPAD en difficulté : aides techniques, expertise gériatrique, soins palliatifs.

Ce renouveau des coopérations en santé est possible. Il doit toutefois être promu, pérennisé par les pouvoirs publics et accompagné d'un cadre juridique et financier favorable au secteur, allant dans le sens d'une amélioration de la confiance envers les gestionnaires et d'un assouplissement des normes. La FEHAP porte cette vision territoriale de la santé. Notre Fédération propose ainsi que l'organisation territoriale de la Santé, au sens OMS du terme, se construise autour d'un projet territorial de santé (PTS), opérationnel, qui s'appuie sur une évaluation des besoins en soin et en accompagnement de la population.

Ce projet doit permettre la coopération de tous les acteurs : sanitaires, sociaux, médico-sociaux, publics, privés en veillant à ne jamais oublier la personne accompagnée. Et cette organisation doit être au service des plus fragiles et reposer sur une nouvelle forme de contractualisation entre les acteurs et les autorités publiques.

Marie-Sophie Desaulle,
présidente de la FEHAP

1 - La FHP salue la coopération entre les hôpitaux et les cliniques. Ces dernières sont-elles vraiment au rendez-vous sur le terrain ?

La crise sanitaire a accéléré une prise de conscience forte de la nécessité impérieuse de la coopération entre le secteur public et le secteur privé. Il y a eu au tout début des dysfonctionnements dans cette coopération. Les hôpitaux publics avaient estimé être capables de faire face seuls, mais la vague épidémique est rapidement venue percuter ces certitudes. La mise en œuvre de synergies organisationnelles entre établissements de tous statuts a été rendue impérieuse par la situation d'urgence. Fin mars 2020, à la demande de l'ARS Ile-de-France, la FHF, la FEHAP et la FHP unissaient leurs forces pour mettre à disposition 1000 lits de réanimation supplémentaires en 48 heures. Il n'y a pas de meilleure illustration de l'importance de la logique coopérative. Mais ce qui a été une réussite conjoncturelle doit à présent se muer en évidence structurelle, sous l'égide d'une régulation équilibrée des ARS. Notre système de santé, et les patients en premier lieu, ont tout à y gagner.

2 - Les médecins du secteur privé revendiquent leur statut de libéraux : sont-ils prêts à coopérer au sein de leurs établissements ?

Ce qui fait la singularité du privé, cette association entre les hôpitaux et cliniques privés et les médecins libéraux, est une chance. Une telle organisation est le prototype de l'articulation ville-hôpital, la clé de l'organisation de notre système de soins. L'hospitalisation privée est très attachée au modèle d'exercice libéral, qui fait du médecin un partenaire. La qualité des équipes médicales fonde la valeur immatérielle de nos établissements. Ce modèle n'est pas figé, il évolue dans ce dialogue partenarial, pour bâtir ensemble des projets médicaux d'établissements pleinement adaptés au besoin des populations, à l'émergence

des innovations, aux évolutions de l'environnement juridique et économique. Demain, c'est dans cet esprit de coopération que nous relèverons toujours mieux les défis du parcours de soins, de la qualité et de la pertinence. Sur ces sujets, l'implication du corps médical est fondamentale, car les pratiques professionnelles constituent la bonne approche, et non les logiques médico-administratives ou les mécanismes coercitifs.

3 - Les coopérations sont-elles toujours territoriales, entre établissements ? La place croissante des groupes nationaux préfigure-t-elle des coopérations à l'échelle régionale, voire nationale ?

Par définition, les hôpitaux et cliniques privés sont implantés sur les territoires, ils en sont des acteurs essentiels, en matière d'offre de soins bien sûr, mais aussi d'attractivité territoriale et d'emploi. Ils développent tous une culture partenariale avec l'ensemble des parties prenantes de leur écosystème. La question est donc moins celle de l'échelon pertinent, ou de la logique organisationnelle de tel ou tel, que celle de l'émergence d'une véritable démocratie territoriale de santé à tous les niveaux. Nous avons porté à l'occasion du Ségur de la Santé cette idée puissante d'une démocratie territoriale de santé réunissant les acteurs de santé de tous statuts, les usagers, les tutelles, les élu.e.s... pour forger les politiques de parcours et les réponses les mieux ajustées aux besoins de santé et de soins des populations. Cet ouvrage est dédié aux coopérations, qui prendront vraiment leur essor quand nous aurons renouvelé nos regards sur la gouvernance du système de santé, une gouvernance plus ascendante qui fasse primer la confiance et le contrat sur la contrainte.

Lamine Gharbi,
président de la FHP

COOPÉRATION ENTRE PUBLIC ET PRIVÉ ...

ON PEUT EN PARLER EN PRIVÉ ?!



1 - L'HAD a-t-elle (enfin) gagné ses lettres de noblesse avec la crise sanitaire ?

La place occupée par l'HAD au sein de notre système de soins, depuis le début de cet épisode épidémique, objective son rôle irremplaçable pour éviter un séjour en établissement avec hébergement, ou en réduire la durée.

Par son caractère hybride, établissement hospitalier dont le cadre d'exercice est le domicile, et sa capacité, inscrite dans son ADN, à réaliser une prise en charge coordonnée et organisée « sur mesure », l'HAD s'est avérée un précieux recours pour suppléer aux hôpitaux qui ne pouvaient pas ou plus absorber les besoins en soins complexes, que ceux-ci soient en lien ou non avec la COVID-19.

2 - Concrètement, à ce jour comment se traduit votre action ?

Sur un plan quantitatif, et pour ce qui relève directement des malades COVID-19, durant la première vague de la crise sanitaire, l'HAD a pris en charge près de 5 000 patients COVID-19, dont 61 % résidaient en EHPAD. Durant la 2^e vague et à la date du 30 novembre, ce sont plus de 10 000 patients COVID-19 qui ont été pris en charge en HAD, dont 70 % en EHPAD.

Mais l'analyse qualitative apporte également de précieux renseignements.

Les établissements ont, bien sûr, poursuivi les prises en charge au cœur de leur métier, les antibiothérapies IV, les pansements complexes, les soins palliatifs, les soins de support de patients polypathologiques...

Les HAD sont aussi intervenus pour des activités jusque-là, peu développées en HAD, comme les chimiothérapies injectables ou les soins de réadaptation.

Mais nous avons aussi pris en charge des patients atteints de la COVID-19, notamment en EHPAD pour des traitements devenus désormais classiques, corticothérapie, oxygénothérapie, etc. et aussi malheureusement beaucoup pour des soins palliatifs.

3 - La taille (encore) réduite de certaines structures d'HAD n'est-elle pas un frein au développement des coopérations ?

Clairement non, l'effet taille n'a pas d'incidences sur le développement des coopérations, à partir du moment où les HAD se positionnent sur les prises en charge complexes et s'ouvrent aux collaborations avec les acteurs de leur territoire.

Le caractère isolé de certains de nos territoires, je pense à la Creuse, à la Lozère, à des zones de montagne, ne permet pas à ces établissements d'atteindre, au moins à moyen terme une capacité de 50/60 patients par jour. Pour s'implanter, être durable et être à même de rendre les services qui ont conduit à leur autorisation, plus que d'autres HAD plus grands, ils doivent donc multiplier les partenariats avec les établissements hospitaliers, avec les établissements médico-sociaux et aussi et surtout avec les professionnels libéraux avec lesquels ils interagissent quotidiennement pour le plus grand bénéfice des malades.

4 - Quels sont les obstacles persistants à la généralisation de l'HAD et à la coopération dans le champ médico-social ?

Les obstacles à une plus grande intervention de l'HAD dans les établissements médico-sociaux tiennent selon moi essentiellement à la différence de nos référents institutionnels, les ARS pour les HAD, une tutelle bicéphale pour les EMS. Cela conduit à ce que notamment les EHPAD soient vus par les uns comme un lieu de résidence et par d'autres comme un possible lieu de soins.

Cette ambiguïté n'est plus tenable, car la crise montre qu'indubitablement les EMS ne sont pas, dans la grande majorité des cas, en mesure d'assurer ce volet soins. Cette erreur d'appréciation explique pourquoi le recours à l'HAD a été au printemps dernier trop tardif, après bien souvent, plusieurs décès au sein de l'EHPAD. Cela est aussi illustré par la diversité des missions conduites par les HAD auprès des EMS depuis bientôt un an : conseils organisationnels, aides aux campagnes de dépistage des personnels et des résidents, accompagnement et formation des équipes, réalisation d'astreintes infirmières, pratiques de soins de nursing et

bien sûr souvent mise en œuvre des soins palliatifs.

Les mesures prises ces dernières années, visant à élargir le champ des interventions des HAD en EHPAD et le récent assouplissement des dispositions réglementaires sont les prémices de cette nécessaire évolution.

Préconisations :

1 - Proposition de la FNEHAD, émise durant le Ségur de la Santé : obliger, dans les 48 heures après l'entrée, à une évaluation systématique tout patient admis dans un établissement avec hébergement pour évaluer la réalité et la valeur ajoutée du séjour hospitalier.

2 - Profiter de l'agilité organisationnelle et de l'osmose avec leur territoire qui est la force de l'HAD, mais aussi un exemple à suivre pour développer la coopération entre les secteurs hospitalier et ambulatoire, entre le sanitaire et le médico-social.

3 - Faire évoluer le concept de médicalisation des EHPAD et confier systématiquement aux HAD la pratique des soins complexes en EMS.

Docteur Elisabeth Hubert,
présidente de la FNEHAD,
ancienne ministre de la santé

La crise sanitaire de la COVID-19 a été un révélateur formidable des dysfonctionnements de notre système de santé, et a mis à nu les manques criants de coopération entre les différents secteurs du soin en France.

1 - La crise sanitaire n'a-t-elle pas consacré la place marginale des médecins libéraux dans la chaîne de soins ?

L'arrivée de cette crise sanitaire en 2020 a cruellement mis en évidence combien notre système de soins était hospitalo-centré. La réponse donnée aux Français était bien celle d'un oubli total des soins de ville, qui était marginalisé devant cette épidémie.

La conséquence ne s'est pas fait attendre : les urgences hospitalières ont été rapidement submergées de patients atteints ou suspects de COVID19, et les cabinets médicaux ont été complètement vidés de leurs malades. Pire : dans de nombreux établissements d'hospitalisation privés, alors que l'épidémie flambait et que les services de réanimation étaient complètement débordés par le tsunami de la COVID19 grave, les cliniques privées étaient exclues du dispositif, et leurs services de réanimation oubliés.

La deuxième vague d'octobre-novembre a été marquée par une meilleure prise en compte de la médecine libérale, une meilleure implication de l'hospitalisation privée, et ce dès que les cas se sont multipliés.

La mise en place de la vaccination a été également fortement hospitalo-centrée, mais cette fois-ci, il faut bien le reconnaître, en raison des contraintes liées aux conditions de conservation du premier vaccin apparu sur le marché fabriqué par le laboratoire Pfizer-BioNTech. Il est urgent maintenant de centrer la vaccination sur la médecine de ville.

2 - Les nouveaux outils et structures de coopération entre libéraux (CPTS, PTA etc.) ont-ils fait la preuve de leur pertinence ?

La réponse à l'épidémie de COVID19 s'est organisée sur le terrain grâce à l'implication des médecins libéraux, tout particulièrement des médecins généralistes

en coopération avec les médecins spécialistes de proximité. Ceci s'est rapidement mis en place grâce au dialogue retrouvé avec les autres offreurs de soins, et en priorité avec les médecins hospitaliers.

Les CPTS sont une réalité depuis plusieurs années. Ailleurs, où ces structures de coordination ne sont pas encore organisées, mais cela n'a pas empêché les acteurs – médecins libéraux, médecins hospitaliers, autres professionnels de santé – de s'organiser pour monter ce que nous avons appelé des « Centres COVID ».

Dans cette réponse territoriale, il faut reconnaître l'extraordinaire implication des élus locaux et de leur facilitation. Par contre, il faut aussi souligner que certaines ARS ont été un frein voire un véritable obstacle à ces organisations territoriales, multipliant les obstacles et les demandes administratives et bureaucratiques, alors que l'urgence était de permettre aux acteurs de terrain de fonctionner simplement, « en mode dégradé », c'est-à-dire sans forcément respecter l'ensemble de la réglementation et de la lourdeur bureaucratique habituelle...

3 - Où en est le concept de statut unique du médecin que vous aviez prôné à Giens, en 2018 ?

Cette crise sanitaire a amené les professionnels à partager des inquiétudes, des angoisses devant les très nombreux patients souvent en état grave qu'il a fallu prendre en charge... Forcément, la coopération et le dialogue se sont imposés en particulier entre les médecins. Les structures administratives des établissements de soins, les directions de ces établissements de soins, voire des structures de régulation comme les services de l'État ont été marginalisées devant l'urgence.

C'est pourquoi cette réflexion d'un statut unique de médecin que la CSMF a porté il y a de nombreux mois, est la piste qu'il faut aujourd'hui privilégier pour faire évoluer et bouger notre système de santé. L'heure n'est plus à l'opposition entre les vertueux d'un côté : ceux qui sont marqués par l'engagement du service public, et les vénaux de l'autre : ceux qui ne pensent qu'à gagner de l'argent sur le dos des pauvres malades !

Le statut unique de médecin permettrait de sortir de cette ambiguïté, car au final la COVID-19 a bien montré que tous les médecins savaient se mettre au service du public, avec une abnégation sans limites, quelquefois au péril de leur vie.

Ces valeurs que porte la médecine française doivent être les fondations d'un nouveau statut médical qui s'appliquerait à tous les secteurs d'exercice ; les structures hospitalières publiques, privées ou de ville ne doivent être que le support organisé à l'exercice d'un art médical dont le seul but est de soigner les patients, quels qu'ils soient.

Dr Jean Paul ORTIZ,
président de la Confédération
des syndicats médicaux français, CSMF

1 - L'hôpital a été omniprésent dans la gestion de la crise sanitaire. Outre la compassion généralisée envers les personnels, quels enseignements en termes de forces et de faiblesses tire le président de la FHF ?

La crise sanitaire a montré toute la pertinence et toute la force du modèle de l'hôpital public, qui est le bouclier sanitaire des Français. 83% des hospitalisations et 84% pour les séjours de réanimation COVID-19 ont été assurées par l'hôpital. Les professionnels du secteur public, à l'hôpital comme dans le secteur médico-social ont été – et demeurent – habités d'un sens de l'intérêt général et du devoir exceptionnels. C'est la première force. Au-delà, je retiens la capacité à s'adapter en un temps record, à passer de 5 000 lits de réanimation en temps normal à 11 000 lits capables d'accueillir de façon temporaire des patients relevant de la réanimation. La force de nos organisations a aussi été de pallier les faiblesses habituelles du système de santé : créer de nouvelles organisations territoriales pour coopérer avec la médecine de ville, par exemple.

La très grande leçon de la crise concerne enfin les coopérations, notamment l'appui aux EHPAD. L'analyse de terrain et les premiers chiffres montrent que les EHPAD publics hospitaliers ont eu un taux de mortalité beaucoup plus bas (autour de 50% plus faible) que les autres. Ces EHPAD hospitaliers, qui présentent pourtant les coûts globaux les plus faibles pour la collectivité et les usagers, bénéficient systématiquement d'un minimum de médicalisation (présence de médecins salariés, d'IDE nuit et jour, ...) et ont pu s'inscrire rapidement dans une filière gériatrique structurée (équipes mobiles gériatrique, d'hygiène hospitalière, de soins palliatifs, HAD, hot line gériatrique). Nous voyons le chemin à suivre.

2 - Certains analysent que la première coopération que doit tisser un hôpital public c'est avec ses homologues ; les cinq ans de la loi créant les GHT sont l'occasion d'un bilan : quel est le vôtre ?

Il suffit de voir quels sont les atouts du système de santé dans la crise pour comprendre que les GHT ont été une avancée remarquable. Le COVID a obligé à penser en termes de territoires, de filières de soins. Sans les GHT, l'effort colossal engagé aurait été moins efficace.

Mais nous voyons aussi qu'il nous faut une nouvelle étape pour les GHT. Nous devons simplifier nos organisations, médicaliser la gouvernance, décloisonner les relations avec la ville.

Pour le secteur médicosocial, le développement systématique de véritables établissements territoriaux, regroupant l'offre publique aujourd'hui trop isolée en l'adossant aux GHT, permettrait d'améliorer radicalement l'offre de soins et de disposer de la taille critique pour aborder la transformation nécessaire de ces structures en "EHPAD plateformes" offrant toute la palette de services aux personnes âgées et handicapées, à domicile comme en institution.

3 - On a le sentiment que l'opposition entre la ville et l'hôpital est une constante irréductible du système de santé français ! Quels seraient les leviers pour dépasser ou pour faire tomber ce « mur de Berlin » ?

La crise sanitaire a fissuré le mur, il faut donner l'impulsion finale ! Je vois au moins trois leviers : l'argent, avec la réforme de l'ONDAM qui est prévue pour 2021 ; les territoires, en capitalisant sur l'expérience récente, par exemple les cellules territoriales de crise ; le droit, en généralisant les projets territoriaux de santé.

Frédéric Valletoux,
président de la FHF

POUR LA SANTÉ DE L'ENTREPRISE,
NOUS NE POUVONS PAS
VOUS EMBAUCHER ...



ced'12.

09

**LA COOPÉRATION
DE CRISE ENTRE
LE MONDE
DE L'ENTREPRISE
ET LE MONDE
DE LA SANTÉ**

1 - Quel regard portez-vous sur les coopérations entre les entreprises et le monde de la santé ?

L'État promeut deux visions parallèles de ces coopérations qui gagneraient à se croiser :

Le ministère de la Santé défend une vision sanitaire sans préoccupation industrielle :

Les entreprises sont absentes de la Stratégie nationale de santé clairement orientée vers une dimension de santé publique.

Matignon et le ministère de l'Économie poussent une vision plus clairement industrielle :

ainsi le CSIS (Conseil stratégique des industries de santé) précise par exemple pour les biotechnologies dans « **Notre Ambition pour les industries de santé** » en 2018 :

« Le renouvellement de l'outil national de production, qui repose essentiellement sur des produits matures chimiques dont la valeur ajoutée ne cesse de décroître et le placera de manière croissante en compétition avec les fabricants des pays à bas coûts, nécessite de le repositionner sur ces technologies d'avenir de bio-production. »

2 - En période d'épidémie quelles sont vos analyses sur les synergies entre les deux mondes ?

La Covid-19 concerne le sanitaire, la ville et le médicosocial. Les parcours des patients atteints par la pandémie exigent donc une vision transversale afin d'éviter que ne se reproduisent des ruptures de produits ou d'accès aux services nécessaires pour les soigner.

L'évolution vers des solutions intégrées type « clé en main » implique désormais une dimension d'ensemble de solutions globales comme par exemple en matière de cybersécurité ou de lutte contre les infections.

L'anticipation des crises est dans ces conditions d'autant plus difficile que le marché et les relations

fournisseurs-clients se sont complexifiées. Enfin la pandémie a généré des tensions visibles et ponctuelles dans certains domaines et approvisionnements. La disponibilité immédiate, la gestion des flux, stocks et circuits courts à partir de sites de production locaux ont été exacerbés et des solutions restent à définir comme en termes de relocalisation éventuellement.

3 - Quels conseils pour améliorer ces relations ?

Concilier vision de santé publique, objectifs d'organisation sanitaire et politique industrielle pour sortir du cadre habituellement promu par l'administration sanitaire paraît nécessaire.

Christian Anastasy,
conseiller et dirigeant d'entreprises de santé,
ancien DG de l'ANAP, ancien IGAS.

Deux propositions

- 1 - S'inspirer de la politique du ministère de la Défense en veillant à maintenir sur le territoire national, parfois à un niveau échantillonnaire, l'ensemble des biens et services nécessaires au bon fonctionnement du pays sur le plan sanitaire.
- 2 - Enrichir les rôle et positionnement du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) pour définir le nécessaire renforcement des liens, notamment en temps de crise, entre le monde de la santé et celui de l'entreprise.

1 - En tant que présidente d'une entreprise leader dans les DM en France et dans le monde, comment analysez-vous les modes de relations entre le monde des entreprises et de la santé ?

En tant qu'entreprise du dispositif médical, la construction de relations solides avec notre environnement en santé est indispensable au développement de nos produits et solutions de santé : j'aime rappeler que l'univers du dispositif médical est construit sur la rencontre entre l'ingénieur et le médecin, entre une problématique de santé et une solution technologique. Medtronic a par exemple été fondée dans les années 1950 par un ingénieur qui réparait du matériel médical dans son garage pour répondre aux besoins de l'hôpital voisin. La coopération entre les différents acteurs de la santé fait donc en quelque sorte partie de notre ADN !

La formation des professionnels de santé à l'utilisation de nos dispositifs constitue une autre interface entre notre entreprise et le monde de la santé : le rythme rapide de l'innovation et la complexité croissante des technologies médicales rendent indispensable cette relation pour assurer un usage optimal de nos dispositifs au bénéfice des patients.

2 - Comment Medtronic tisse-t-elle des liens forts avec le secteur de la santé ?

Medtronic défend la place des entreprises du dispositif médical comme acteur de santé à part entière, au même titre que les professionnels de santé ou les associations de patients.

Pour aider à la construction d'un dialogue entre ces différents acteurs, Medtronic a participé à la création du Cercle Valeur Santé, cercle de réflexion qui rassemble une trentaine de membres issus des grandes typologies d'acteur du monde de la santé. Ce Cercle a pour objectif de proposer des pistes de réflexion pour faire progresser le « mieux soigner » en France et contribuer à l'évolution du système de santé et la construction de l'environnement de santé de demain. A travers cette plateforme de discussion et de débat, nous avons l'ambition de démontrer que les entreprises de santé sont légitimes et pleinement intégrées à l'écosystème de santé, et peuvent constituer de véritables forces de propositions.

3 - Quelles sont vos idées pour renforcer ces coopérations ?

A mon sens, il faut continuer à démontrer que les entreprises de santé ne sont pas « que » des fournisseurs de dispositifs, ou pire, des variables d'ajustement purement comptable pour le budget de la santé via des baisses de prix annuelles, mais bien des partenaires à part entière. Les entreprises du dispositif médical auraient pu par exemple partager leur expérience si elles avaient été davantage associées à la construction du plan Ma Santé 2022, qui va avoir des conséquences sur l'ensemble des acteurs de santé, notamment via la transformation des modes de financement. Ce travail de conviction repose sur nous, entreprises de santé, et nous pouvons pour cela insister sur l'impact organisationnel de nos dispositifs innovants sur l'hôpital : à titre d'exemple, la mise sur le marché d'un stimulateur cardiaque sans sonde, moins invasif, aura un impact, non seulement pour le patient, mais aussi pour l'ensemble de l'organisation du parcours de soins.

Florence Nautré,
présidente de Medtronic France

1 - En tant que directeur général d'un centre hospitalo-universitaire, quels types de coopérations avez-vous avec le secteur privé ?

Je vais commencer par un exemple : la question de la sortie prédictive des urgences et la gestion dynamique des lits est un sujet lancinant pour un dirigeant hospitalier, notamment en période de crise. Je savais qu'un des grands cabinets de conseil réfléchissait à une solution appropriée, mais mes équipes étaient réticentes à le rencontrer pour ne pas enfreindre les règles de l'appel d'offres public. En y mettant une forte dose d'énergie personnelle, en pratiquant de la « coconstruction », j'espère parvenir à déployer un outil innovant dans les prochains mois, là où il nous aurait fallu cinq ans pour livrer un produit peu adapté en interne. Alors oui, la coopération avec le secteur privé des services et industriel est un impératif !

2 - Pensez-vous que l'hôpital public soit véritablement armé pour coopérer avec le secteur privé et industriel ?

Nous partons de loin et le système est volontiers conservateur. Voir le privé uniquement comme un fournisseur, c'était l'appellation qui a prévalu longtemps, nous empêchait d'avoir un dialogue constructif et fécond. La coconstruction, le codesign ne signifient ni la collusion ni le non-respect des règles : il y a un temps pour tout.

S'il veut être créatif, faire entrer l'innovation dans ses murs, l'Hôpital (et particulièrement les CHU) doit être totalement inséré dans le tissu économique, dans le monde industriel. L'état d'esprit des donneurs d'ordre que nous sommes doit évoluer encore sensiblement.

3 - UNIHA, que vous présidez et qui est une centrale d'achats qui réunit les plus gros établissements hospitaliers français, est-il par lui-même un acteur, un facteur de coopération ?

La réponse est clairement oui, de plus en plus, et la crise a été un puissant accélérateur. Nous sommes parvenus au bout d'une logique qui voulait que l'objectif prépondérant de la mutualisation se traduise dans le « low cost » et l'achat en masse, en Chine, au Bangladesh.

Le volume, nous l'avons. La nouvelle frontière c'est la durabilité, le partenariat de long terme avec les industriels. Un exemple frappant qui a retenu l'attention des conseillers économiques et industriels du Président auxquels j'étais allé le présenter : le remplacement de tout l'éclairage en plafond des grands hôpitaux français par des LEDS reviendrait à économiser 40% d'une tranche de réacteur nucléaire, soit 250 MW sur 10 ans. La puissance d'UNIHA alliée à un montage intelligent de financement par la banque des territoires permet une coopération gagnant-gagnant : pour le seul CHU de Nice, c'est un gain.

Charles Guépratte,
DG du CHU de Nice,
président d'UNIHA

1 - Comment le professeur de gériatrie publique voit-il les coopérations avec les entreprises ?

Les coopérations entre les secteurs public et privé sont indispensables. Le grand projet « Bien vieillir », lancé à Nice, a été financé pour moitié par de grandes entreprises : Malakoff Médéric, IMA, Sanofi, Pasteur... et le CHU. Ce tour de table financier, également soutenu par l'ARS, a permis d'accélérer la recherche, l'utilisation de l'intelligence artificielle et l'optimisation des parcours de soins. 3 axes majeurs ont été ainsi définis : mieux anticiper, mieux soigner, mieux suivre. 17 projets ont pu être lancés sur la prévention, les approches psychologiques, une plateforme onco-gériatrique, les biomarqueurs de fragilités...

2 - Vous avez été maire-adjoint de Nice en charge de la santé, quelles étaient les politiques de coopération avec les entreprises ?

Les collectivités territoriales et en l'occurrence la ville de Nice, la métropole et la Région Sud ont su mettre en place des politiques de développement industriel, y compris dans les secteurs de la « silver économie » et de la santé. À ce niveau, les entreprises ont travaillé de concert avec la puissance publique, sur des projets portés par le public et le privé, et à forte valeur ajoutée. Quelques exemples : des formations sur les métiers du grand âge, les biotechnologies... et au total 40 projets présélectionnés.

Ce modèle a permis de créer un véritable « incubateur », grâce à un tour de table public/privé très efficient. Les start-up ont été soutenues, à la fois pour l'ingénierie des projets et leur réalisation opérationnelle.

3 - Quelles sont les clés d'une bonne coopération avec les entreprises ?

La première clé réside dans une excellente connaissance mutuelle, et notamment au travers d'une cartographie complète des acteurs. La collaboration doit se faire le plus en amont possible, dès l'idée initiale. Ceci permet de gagner du temps et d'éviter de faire fausse route.

Sur le département des Alpes-Maritimes, un travail de concert a été défini avec les chambres consulaires et les syndicats. La puissance publique a également créé un guichet unique pour permettre ces coopérations entre les entreprises et le monde de la santé. L'exemple en est la création du « GCS Care », qui a été fondé entre l'Université Côte d'Azur, le centre Lacassagne, l'hôpital Lenval et le CHU. Ce statut privé a pu donner une véritable souplesse pour permettre des travaux de recherche et d'innovation.

Pr Olivier Guérin,
professeur de gériatrie,
président de la SFGG

10

**ANALYSES
COMPARÉES DES
POLITIQUES
NATIONALES ET
EUROPÉENNES
DE COOPÉRATIONS
EN SANTÉ,
FACE AU COVID-19**

Face au COVID-19 : les politiques de coopération en France

1 - Quel jugement (et enseignement) peut tirer une universitaire de la crise ?

La situation de pandémie du COVID-19 a souligné l'importance du niveau d'éducation de la population pour l'adoption de comportements vertueux pour la collectivité. Le défaut d'éducation limite en effet la prise de conscience des externalités dites positives d'un comportement individuel vertueux (gestes barrières, distanciation sociale). Du point de vue économique, le coût, entre autres psychologique, de ce comportement, n'aurait pas son équivalent en termes d'augmentation de bien-être individuel. La compréhension des mécanismes à l'œuvre dans la pandémie permettrait d'anticiper les bénéfices futurs des comportements individuels actuels, pour adopter de manière volontaire, régulière et commune, les conduites vertueuses. L'information diffusée sur la crise n'a de valeur que si elle fait sens pour les individus destinataires. Sinon, ce sont les restrictions, interdictions et autres mesures limitant la liberté individuelle qui s'imposent pour conjurer collectivement la pandémie. Et ce faisant, elles infantilisent les individus et ne permettent pas de créer un cercle vertueux où la responsabilité individuelle serait engagée dans l'atteinte d'un objectif collectif. Les orientations actuelles faisant du patient un partenaire de la relation de soins pourraient utilement tirer des enseignements de l'observation du comportement des individus dans cette situation de pandémie.

2 - La santé va-t-elle passer en France du statut de « dépense » à celle de « richesse » ?

La réponse à cette question repose sur la conception individuelle et collective de la santé.

Si la santé est un bien précieux qu'il faut entretenir car il rapporte tant au niveau individuel que collectif, il faut l'entretenir, pour en limiter sa dégradation naturelle ou accidentelle. Les dépenses réalisées à titre préventif deviennent investissements au regard des effets anticipés sur la santé qu'elles visent.

Si la santé est la conséquence, dans une posture réactive, d'une consommation de soins, elle devient un poste de dépenses qu'il faut chercher à réduire car sa croissance apparaît infinie. C'est la vision comptable de la santé qui prévaut en France, associée à la solidarité collective et obligatoire mise en place pour le financement de la dépense.

Passer au statut de « richesse » implique une évolution des choix collectifs en matière d'organisation pour développer une plus grande responsabilisation des individus sur leur comportement en matière de santé. Or, la responsabilisation dépend entre autres de la liberté de choix et du niveau d'éducation : on sait que les messages de prévention gagnent plus en efficacité si les individus en comprennent l'importance de l'application dans leur vie quotidienne actuelle et surtout future, plutôt que si ces messages sont prononcés par une autorité reconnue experte sur le sujet.

3 - En quoi les coopérations améliorent-elles l'efficacité du système de santé ?

En théorie, on ne peut que répondre positivement à cette question. Cependant, la coopération suppose une prise de conscience de l'œuvre commune à réaliser en comprenant qu'on ne peut pas tout faire, tout, tout seul et pour tout le monde. C'est définir une vision partagée et structurée autour de la logique populationnelle de façon à assurer le plus juste ajustement possible des ressources aux besoins (pertinence des soins).

Coopérer nécessite de vouloir réaliser l'œuvre commune ce qui repose sur une évolution radicale du paradigme organisationnel structurant notre système de santé : plus d'horizontalité, plus de transversalité, une gouvernance partagée, une pédagogie pertinente de l'action sont les conditions pour que la structure entraîne la culture.

Enfin, les ressources d'une coopération efficace sont surtout immatérielles : créativité, audace, esprit d'entreprise, ouverture d'esprit, proactivité sont autant de capacités distinctives d'une coopération qui ne saurait être qualifiée d'efficace que si les modalités de son évaluation sont mises en place dès l'intention de coopérer.

Béatrice Fermon,
vice-président du pôle santé
de Paris-Dauphine

1 - Vous avez exercé presque toutes les fonctions dans le système de santé. En quoi cette crise remet-elle en cause les fonctionnements habituels ?

Cette crise a bousculé beaucoup de chose, et a mis en cause beaucoup de modes opératoires et de codes établis.

Entre les directions d'administration centrale du ministère de la Santé et les ARS d'abord ; car il a bien fallu faire confiance à l'échelon régional pour adapter localement les dispositions prises, de façon à répondre plus finement à une crise inégalement répandue sur le territoire.

Entre les ARS et les opérateurs ensuite ; car le besoin de réactivité devant la montée de l'épidémie a nécessité des adaptations de l'offre de soin et d'accompagnement qui ne pouvaient se faire au rythme habituel des appels à projets, appels à manifestation d'intérêt...

Entre les opérateurs eux-mêmes encore ; qui ont eu l'ardente nécessité de répondre ensemble et en coordination aux besoins des personnes sur les territoires et à s'articuler pour le faire, car aucun frein (et a fortiori aucun conflit) n'aurait été compris et accepté par les Français.

Entre les professionnels au sein des établissements et services enfin ; car l'afflux des malades d'un type nouveau dans le secteur sanitaire et le désarroi des personnes accompagnées, vulnérables par nature, confinées dans le secteur médico-social ont demandé des réponses nouvelles, adaptées tout autant aux exigences de sécurité vis-à-vis du virus qu'aux attentes de maintien du lien social des personnes et de leurs familles, avec deux risques opposés, celui de la contamination face à celui de l'isolement.

2 - La coopération entre acteurs est-elle un mythe ?

Non, ce n'est pas un mythe ! C'est bien une réalité, même s'il ne faut pas en sous-estimer les difficultés. Mais aujourd'hui je préfère regarder le verre à moitié plein.

Jetons seulement un œil en arrière, cela nous permet de voir le chemin parcouru en ce sens. Et une crise comme celle que nous vivons peut être un accélérateur utile.

Et puis il y a au moins deux notions nouvelles qui vont pousser inexorablement à ce que ce mythe devienne réalité :

- celle de parcours en santé, qui impose sans échappatoire possible aux acteurs de se coordonner autour des usagers pour répondre à leurs besoins ;
- et celle de territoire, au sein desquelles ces réponses coordonnées sont attendues de la part d'acteurs identifiés.

J'ajoute à cela la montée en puissance des usagers et de leurs représentants au sein des instances de pilotage du système de santé, tant au niveau national qu'au niveau régional, qui sont de mieux en mieux informés et de plus en plus exigeants sur la réponse attendue à leurs besoins et les modalités mises en œuvre pour ce faire.

3 - Le secteur non lucratif donne-t-il l'exemple en matière de coopérations ?

Je ne vous étonnerais pas en répondant par l'affirmative à cette question...

Et j'ajouterai que c'est par nécessité que nous donnons cet exemple, du fait de notre statut « bi-appartenant » :

- public d'abord, par les missions de service public que nous portons à égalité avec le secteur public, qui nous obligent (si tant est que nous ne voudrions pas le faire) pour y répondre à coopérer avec lui ;
- privé ensuite, qui fait de nous des « mortels », puisque, contrairement au public, nous ne pouvons survivre à un déséquilibre financier durable, et nous contraint donc (encore une fois si tant est que nous ne le souhaiterions pas) à nous articuler avec nos partenaires au sein des territoires pour répondre aux attentes et aux besoins des usagers.

Mais plus simplement, j'insisterais pour finir sur l'innovation qui caractérise notre secteur, constitutive de notre ADN, et qui nous conduit tous les jours à pousser vers de nouvelles modalités de soin et d'accompagnement, et nous portent inévitablement en dehors de nos propres murs.

Dr Antoine Perrin,
directeur général de la FEHAP,
ancien DGARH

Face au COVID-19 : les politiques européennes de coopérations

1 - Quelle est la politique de coopération au Danemark ?

La coopération est un principe cardinal et structurant du système de santé danois. Lors de la grande réforme menée en 2007 pour moderniser leur système de santé, améliorer sa performance mais aussi la qualité du service rendu aux patients comme aux professionnels, les Danois ont souhaité mettre en place des organisations ouvertes et pleinement décloisonnées. Leur ligne d'action est simple : additionner les énergies indépendamment de la place occupée dans le système, apporter aux patients le service dont ils ont besoin au bon niveau et faire de l'alliance entre public et privé une condition essentielle pour stimuler la recherche et l'innovation et ainsi créer des champions industriels dans le secteur de la santé.

Dans la lutte contre la COVID-19, cette volonté de coopération a été amplifiée, avec l'objectif de créer de l'unité dans l'action entre institutions, professionnels, industriels, État, régions et bien entendu avec les patients. Une politique volontariste mais aussi une habitude ancienne de coopérer qui a incontestablement permis au Danemark de mieux répondre à la crise, de limiter les contaminations et d'afficher une rapidité vaccinale parmi les plus performantes en Europe.

2 - Comment cette politique se traduit-elle en actes ?

La coopération au sein du système de santé danois se décline à plusieurs niveaux.

Coopération entre l'État et les Régions tout d'abord, le Danemark ayant fait le choix, lors de la réforme de 2007, de décentraliser son système de santé et de confier sa gestion de proximité aux régions et aux municipalités. Face à la crise, cette organisation institutionnelle permet au Danemark d'adapter ses

stratégies au plus près de la réalité et des besoins des territoires mais aussi de créer efficacement du consensus entre les différentes dimensions de sa vie politique.

La coopération se décline également entre la ville et l'hôpital, le sanitaire et le médico-social. Tout dans le système de santé danois est fait pour que seuls les patients ayant besoin de soins de recours aient accès aux hôpitaux.

Pour cela, le système a fait de la prise en charge de proximité une priorité et de la coopération une méthode d'organisation.

Coopération enfin entre les acteurs de santé publique et les industriels, qui a permis des innovations décisives dans la lutte contre le virus, rapidement transposées sur le terrain, à l'instar de robots de tests ou de solutions innovantes de décontamination.

3 - Quelles sont les différences marquantes avec la France ?

Au-delà d'un réflexe commun qui a permis à la France et au Danemark, à l'occasion de cette crise, d'accélérer les innovations en construisant de nouvelles alliances entre le public et le privé, ces deux pays diffèrent sensiblement quant à leur rapport à la démocratie sanitaire et à leurs méthodes de construction du consensus social. Au Danemark, la place des patients et, plus généralement, des citoyens dans la prise de décision publique est ancienne et obéit à des règles précises car l'acceptabilité des organisations comme des décisions est perçue comme une condition essentielle.

C'est ainsi que, tout au long de la crise, le gouvernement danois a travaillé sur la construction d'un nouveau contrat social face à la pandémie afin que chaque mesure soit discutée largement et que la restriction des libertés soit la plus acceptée possible. De la même manière, le Danemark a été l'un des premiers pays au monde à réfléchir à la notion de passeport vaccinal afin de concilier reprise de l'activité, protection de la population et respect des libertés individuelles. Cette capacité à construire ensemble des décisions et à tenir compte de la parole des patients et des citoyens est sans conteste un atout majeur du Danemark.

Cédric Arcos,
ambassadeur du système
de santé danois en France

1 - Quelle est la place de l'hospitalisation privée en Europe ?

La proportion de lits hospitaliers privés en Europe (UE27) est actuellement de près de 40% (données Eurostat 2018) avec respectivement 21,6% pour le secteur privé commercial (for-profit), 17,6% pour le secteur associatif (not-for-profit) et donc 60,8% pour le secteur public. L'hospitalisation privée est en croissance en Europe, tout particulièrement dans les pays de l'Est. La réduction des capacités d'hospitalisation complète est liée à l'optimisation économique à la recherche de mesures d'efficacité (publication OCDE « Tackling Wasteful Spending in Health ») liées aux politiques de régulation régionale (le modèle d'organisation régionale des soins est majoritaire en EU27). L'évolution des technologies de santé permet des soins moins invasifs, mieux coordonnés en faveur d'une prise en charge dite ambulatoire ainsi pour la chirurgie (70 à 80% d'actes chirurgicaux ambulatoires dans certains états membres). L'investissement privé apporte donc des solutions aux besoins de santé publique.

2 - Les modes de coopération sont-ils très différents en Europe ?

Il n'existe pas de modèle européen d'organisation hospitalière. Ainsi aux Pays-Bas les hôpitaux sont indépendants, ni publics ni privés avec des centres de soins ambulatoires importants. La France est le pays avec la plus grande implication du secteur privé, essentiellement pour la chirurgie. La coopération dépend en fait du principe de régulation et du degré d'autonomie régionale. Ce qui est certain est que des solutions coopératives sont possibles pour la mise en commun de solutions technologiques innovantes ou coûteuses, comme l'imagerie diagnostique ou la radiothérapie mais aussi les robots chirurgicaux. Cependant le principe d'un dialogue constructif est souvent induit par les équipes médicales mais certaines barrières conceptuelles restent prégnantes. Le secteur privé reste soumis aux réglementations administratives et aux politiques tarifaires qui conditionnent son développement. L'UEHP est acteur des politiques de coopération, avec le principe d'équité entre les prestataires.

3 - Quel a été le rôle des hôpitaux privés face au COVID-19 ?

L'UEHP a relayé et soutenu l'implication du secteur hospitalier privé européen. L'exemple le plus pertinent est la région de Lombardie, région sévèrement touchée au début 2020. Le Groupe San Donato avec l'hôpital universitaire privé San Raffaele a été un établissement clef. En France, le secteur privé d'Ile-de-France a assuré 22% des séjours de réanimation au pic épidémique. En Allemagne quelques patients français ont été transférés depuis l'Alsace vers le secteur privé, mais actuellement, alors qu'une nouvelle vague survient, les cliniques sont fortement sollicitées. La question des ruptures d'approvisionnement a été ubiquitaire. Le nouvel enjeu qui est en cours de mise en place, est la participation à la vaccination. Le secteur privé en Espagne vaccine ses personnels et se met à disposition pour la population générale. Tout cela dépend de la coordination d'acteurs selon les orientations politiques de santé publique pour lesquelles l'hospitalisation privée est pleinement disponible.

Dr Paul Garassus,
président de l'Union européenne
de l'hospitalisation privée

1 - Face à la COVID-19, quelles ont été les stratégies de la Belgique ?

Face à la Covid 19, la Belgique fédérale, avec ses institutions décentralisées (les communautés linguistiques flamande et francophone, et les régions flamande, wallonne et bruxelloise), n'a pas été capable de coordonner ses actions pour protéger les populations les plus fragiles. Cela a fait de nous les champions du monde du nombre de décès par habitants.

Nos élites ont beau expliquer que l'exiguïté du pays et la concentration des habitants au km² sont des facteurs qui justifient ces chiffres accablants, il n'empêche que dans nos maisons de repos et de soins (EHPAD), les résidents comme les personnels, ont été livrés au virus mortel parfois sans les protections ni les soins nécessaires.

L'absence de coordination entre les niveaux de pouvoir a achevé la conviction des Belges, que nos 9 ministres de la Santé ne servaient à rien.

Mais, la faute n'est pas que politique.

Les querelles d'experts, virologues, épidémiologistes et autres, n'ont pas contribué à faciliter la décision politique.

Les hôpitaux et leurs personnels ont été, eux, à la hauteur de la situation sanitaire.

La capacité en lits de soins intensifs a été mobilisée et gérée avec rigueur, permettant, même au pic de la contamination, de ne jamais atteindre la saturation. Les soignants, médecins et infirmiers en première ligne, ont assuré.

Les mesures de confinement ont été prises en fonction de la capacité des hôpitaux à faire face à l'afflux de patients.

2 - Vous avez mis en place des coopérations hospitalières, où en sont-elles aujourd'hui ?

Lancés dans une opération d'envergure de fusions/associations depuis plusieurs années, les hôpitaux belges ont généralement admis les principes de leur mise en réseau imposés par la loi et par la volonté du

gouvernement d'imposer des restrictions budgétaires. Les réseaux sont néanmoins l'occasion d'optimiser les filières de soins pour plus d'efficacité dans le traitement des pathologies avec des protocoles et des outils plus performants.

L'arrivée de la Covid-19 a mis un frein, de fait, aux opérations de rationalisation institutionnelles.

Après la pandémie, il faudra bien réaliser ces réseaux qui sont devenus indispensables dans une économie de la santé coûteuse et en demande de moyens toujours plus importants.

3 - Quel avenir pour la politique de santé dans le modèle fédéral belge, qui inspire quelquefois l'Europe ?

La Belgique devra analyser les conditions dans lesquelles nous avons fait face, péniblement, à la pandémie. Car demain il y en aura d'autres.

Nos pays européens ont fait face à une absence de financement adéquat des soins de santé.

C'est pourtant un secteur qui n'est pas délocalisable, qui est pourvoyeur d'emplois de hautes connaissances et technicité (médecins, chercheurs) mais également de faibles qualifications (du brancardier, au linge ou aux cuisines collectives).

La santé n'est pas qu'un coût, c'est un investissement, qui peut non seulement éviter des dépenses astronomiques comme contre la Covid-19, mais aussi produire de nouvelles sources de productivité pour des entreprises pharmaceutiques et biomédicales européennes.

Puisse la relance européenne intégrer la santé dans ses objectifs.

Yvan Mayeur,

ancien président du CHU de Bruxelles,
ancien maire de Bruxelles



1 - Le Groupe San Donato est le premier groupe privé d'Italie, quelle est votre politique de coopération avec les pouvoirs publics ?

Le grand-père de Paolo Rotelli, actuel président, Luigi Rotelli, puis son père Guiseppe Rotelli ont réalisé l'acquisition de cliniques privées et été à l'initiative des décrets de conventionnements des autorités publiques avec les cliniques privées.

Ont été successivement acquis de multiples établissements dont des CHU privés et en 2012 le grand hôpital de Milan : le San Raffaele. Pour les CHU privés, les lits sont sous conventionnement avec les pouvoirs publics (équivalent des ARS), les professeurs de médecine sont de statut public, des conventions sont signées pour la recherche et l'enseignement. Les bâtiments et la gestion sont sous la responsabilité du Groupe. Au final une intrication très forte du public et du privé, avec une souplesse de gestion et des possibilités uniques de développement.

Les tarifs d'actes sont négociés chaque année avec la région Lombardie, de même pour les médicaments.

2 - Dans le cadre de la pandémie liée au COVID-19, quelles relations ont été tissées avec les pouvoirs publics ?

La Lombardie a été l'une des régions du monde les plus touchées par le COVID-19. Le Groupe a anticipé les besoins sanitaires en détachant des personnels spécifiques, du matériel, des espaces dédiés aux patients COVID. Des thérapies intensives ont pu se réaliser grâce à des levées de fonds privés, notamment avec le soutien de notoriétés du monde artistique. Le Groupe a été un des premiers en Europe sur la détection des variants.

Le Groupe a mis à disposition des médecins et du personnel soignant en masse. Plus des capacités majeures de tests de dépistage.

Mais les impacts sont majeurs pour le Groupe, car il a fallu déprogrammer nombre d'interventions en chirurgie et fermer des centres ambulatoires. Les aides publiques sont toujours attendues, sans aucune certitude d'obtention. Heureusement que des aides privées ont pu être apportées aux établissements.

3 - Quelles leçons retirez-vous de cette pandémie ?

Je reste optimiste malgré tout. Cela a permis une prise de conscience de la population sur la nécessité d'investir massivement dans le domaine de la santé publique. Le secteur de la santé n'apparaît donc plus comme un simple utilisateur de ressources, mais bien comme apportant une valeur ajoutée indispensable, notamment en temps de crise comme aujourd'hui.

Le secteur privé a fait la preuve de son efficacité, de sa souplesse et de ses capacités de répondre rapidement à cette crise.

James Loïc Georges,
directeur des relations internationales
du Groupe San Donato, Italie

VOUS ME PRENDREZ
UNE RÉFORME
TOUS LES MOIS
MATIN, MIDI ET SOIR ...



CHÉD'12.

11

LES POLITIQUES DE COOPÉRATION AU QUÉBEC

1 - Vous avez dirigé le CHU le plus important du Québec, quels ont été les modes de coopération avec les autres établissements et services ?

Les mécanismes de coopération et de collaboration mis en place au cours des années dans la région de Québec continuent de s'appliquer et se sont même renforcés. Les modes de coopération s'articulent autour de la mission des établissements et de leurs obligations envers la population. Les CHUs et Instituts se concentrent sur les soins spécialisés et surspécialisés et dans le contexte de la pandémie, font un travail de collaboration important pour soutenir le réseau. Les RUIS précisent les modes de coopération (ententes de services, transferts, soutien lors de ruptures de services) répartis sur quatre territoires. À ce jour, le Québec compte pour 52% des décès de la COVID-19 au Canada pour une proportion de 22,6% de sa population. Des facteurs comme la complexité dans l'organisation des services, des responsabilités floues dans la chaîne de commandement, un manque d'appropriation du leadership requis, le manque de personnel, une prise de décision tardive et une sous-estimation de la situation peuvent expliquer ce résultat.

2 - Le Québec s'est toujours illustré dans le décroisement entre le sanitaire et le social, est-ce d'actualité ?

Les événements tragiques du printemps dans les CHSLD du Québec ont mis en lumière l'importance de ne jamais perdre de vue le domaine social et plus spécifiquement les milieux de vie des aînés. Devront dorénavant être inclus, la prévention et le contrôle des infections, l'isolement des personnes, la gestion des éclosions et la création de ponts avec les hôpitaux. Lors de crises, le social est trop souvent occulté par l'importance de sauver des vies, ce qui va de soi.

À ce titre, les données suivies quotidiennement sont les hospitalisations, les patients aux soins intensifs, les décès et les nouveaux cas. Les données sur les services sociaux font l'objet d'articles, mais pas de suivi régulier. Les réformes des trente dernières années visaient davantage de décroisement ; le but étant de donner les leviers nécessaires aux décideurs pour mieux desservir la population d'un territoire donné.

Les mécanismes de coopération demandent du temps pour créer de nouvelles alliances et instaurer une nouvelle culture commune de coopération. Une vision court terme des résultats attendus (reliée trop souvent aux agendas politiques) a réduit de beaucoup le potentiel de réussite des décroissements souhaités.

3 - Que faudrait-il améliorer pour que les coopérations en santé soient plus efficaces au Québec ?

Au Québec tout au long de la crise, la situation la plus critique fut le manque de personnel surtout dans les CHSLD publics et dans les RPA. L'avenir de nos réseaux se trouve dans la présence et la compétence des personnes qui y travaillent et nous devons les protéger avant tout. Le développement de nouveaux savoirs, les simulations de situations complexes, le soutien aux secteurs dans le besoin, la gestion de changements, l'introduction de technologies performantes ; toutes ces solutions prennent racines dans la disponibilité des intervenants à s'y investir. La télémédecine et la téléconsultation ont fait un pas de géant durant la pandémie. Ce sera à poursuivre. Les stratégies déployées par les provinces et les pays pour contrer la pandémie ont été variables. Néanmoins, nous avons l'assurance que le fardeau exercé sur nos systèmes de santé fut trop lourd et à certains égards inhumains.

Gertrude Bourdon, consultante,
ancienne PDG du CHU de Québec

Lexique des acronymes

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CHU : Centre hospitalier universitaire

RPA : Résidence privée pour aînés

RUIS : Réseau universitaire intégré en santé

1 - En tant qu'ancien ministre de la Santé et des services sociaux du Québec, quel regard portez-vous sur les modes de coopération d'aujourd'hui au Québec ?

La coopération au Québec : effet délétère des réformes centralisatrices

Au cours des 20 dernières années, le système de soins québécois a vécu deux importantes réformes de structures. En 2003, les hôpitaux, centres locaux de services communautaires (CLSC) et centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) étaient fusionnés dans chaque territoire local. En 2015, intégration des centres de réadaptation et des centres jeunesse ainsi que fusion des établissements d'une même région. La gouvernance des établissements a été modifiée avec une centralisation importante des décisions au ministère.

Bien que l'objectif avoué de ces réformes fût de favoriser l'intégration des services et la coopération, une telle intégration structurelle ne s'est pas accompagnée d'une intégration fonctionnelle.

Les fusions ont engendré un fonctionnement en tuyaux d'orgue des différentes missions des établissements qui se sont par ailleurs repliés sur eux-mêmes, négligeant les coopérations avec les autres prestataires de services privés et associatifs.

Ces réformes ont réduit l'agilité du réseau, détérioré la qualité de vie au travail et renforcé l'hospitalo-centrisme du réseau de la santé, l'hôpital drainant la majorité des ressources humaines et financières au détriment des autres missions de l'établissement.

2 - Le COVID-19 a durement touché le Canada, quelles sont vos analyses sur les politiques de lutte contre ce virus ?

La pandémie de COVID-19 au Québec : une hécatombe dans les CHSLD.

Le Québec a présenté le taux de mortalité dû à la COVID-19 le plus élevé au Canada et l'un des plus élevés au monde, lors de la première vague. La surmortalité au Québec s'explique cependant par le lieu de résidence des victimes. En CHSLD, le taux de mortalité lors de la première vague a dépassé les 9%, ce qui est largement supérieur au reste du Canada (1,6%) et à la plupart des pays (France : 2,2%).

Les CHSLD ont été négligés au Québec au cours des dernières décennies. En plus de provoquer la perte de leur gouvernance propre et d'alourdir leur gestion, les réformes et leur hospitalo-centrisme inhérent ont engendré d'importantes pénuries de personnel médical, infirmier et d'assistance en CHSLD, ce qui a réduit l'encadrement des soins usuels et diminué la capacité de traiter des conditions aiguës.

En début de pandémie, toute l'attention des établissements a été consacrée à la préparation des hôpitaux à répondre à cette menace. Alors que l'intégration structurelle aurait dû faciliter l'intervention des équipes de prévention et contrôle des infections, ces équipes ont plutôt été concentrées vers les hôpitaux, laissant les CHSLD dans l'angle mort.

L'intégration structurelle n'a pas facilité la coopération dans la lutte à la pandémie, loin de là. L'hécatombe en CHSLD en est une triste démonstration. On a présumé une telle coopération au sein des établissements aux missions fusionnées. Elle doit plutôt se construire par des mécanismes d'intégration fonctionnelle.

3 - Est-ce que les systèmes de santé internationaux les plus coopératifs ont obtenu les meilleurs résultats pendant la pandémie ?

Des leçons de coopération à l'international

Le système de soins et services de santé au Québec depuis les réformes de 2003 et 2015 s'est centralisé, comme c'est le cas dans de nombreux autres pays. Cette centralisation n'est pas un gage de coopération et d'intégration fonctionnelle. La taille des structures et leur vaste territoire sont des obstacles à une coopération efficace. L'intégration doit être locale et cette loi de l'intégration se vérifie au Québec, notamment dans le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie.

En ce sens, les pays scandinaves avec leurs services de santé primaires et leurs services sociaux décentralisés aux municipalités présentent un meilleur potentiel d'intégration et de coopération des acteurs. Leur meilleure performance dans la réponse à la COVID-19 n'est sans doute pas étrangère à cette structure décentralisée.

Réjean Hébert, MD MPhil,
professeur à l'École de santé publique de l'Université de
Montréal,
ancien ministre de la Santé et des services sociaux au Québec
(2012-2014).



12

LES MODES DE COOPÉRATION AU NIVEAU INTERNATIONAL

—

Greg Adams, USA,
spécialiste international en politiques de santé

1 - En tant que spécialiste des systèmes de santé internationaux, quelles grandes politiques de coopérations avez-vous pu observer ?

J'ai eu la chance d'étudier différents systèmes de santé avec des fonctionnements et modèles de coopération et d'intégration très différents. En effet, depuis la fin 2011, dans le cadre de mes activités professionnelles j'ai pu observer différents modèles d'offre de soin dans leur environnement naturel, dans plus d'une cinquantaine de pays.

En théorie, on pourrait s'imaginer que des pays qui ont des objectifs similaires pour leur système de santé auraient une approche presque identique et le même modèle de coopération, mais ce n'est pas le cas. C'est la philosophie politique, le contexte culturel et l'histoire institutionnelle qui sont les facteurs qui influent le plus sur le modèle et ses aspects, dont la coopération.

Je vais prendre pour exemple quelques pays...

Pays avec une offre de soin universelle au travers d'acteurs principalement publics (soignants et payeur) : France, Italie, Danemark. **Pays avec une offre de soin universelle au travers d'une offre privée obligatoire** : Israël. **Pays sans offre de soin universelle** : les États-Unis.

Au Danemark, j'ai observé un des systèmes de santé publique les plus intégrés du monde. Chaque citoyen a un médecin de ville désigné, qui est responsable de la santé de ce patient. C'est ce médecin qui réfère le patient à l'hôpital quand c'est nécessaire et tout le système est complètement intégré au niveau de l'échange de données entre le médecin de ville, l'hôpital, la pharmacie et même le patient, au travers d'une plateforme dossier patient commune). Dans le modèle danois, la coopération ville-hôpital ainsi la coopération généraliste -spécialiste ou entre le médecin de ville et les soins à domicile ou le paramédical sont extrêmement fortes. La coopération payeur-acteurs du parcours de soin est relativement élevée aussi. Ce système permet d'avoir de bons résultats, mais il est aussi cher que le système français et très rigide comme

on ne peut choisir son médecin.

En Italie, le modèle d'intégration est un modèle régional dans lequel chaque région a la responsabilité de gérer le budget et de structurer l'offre de soin et la coopération des acteurs pour protéger et améliorer la santé de la population dans la région. C'est un système fortement intégré, mais un peu moins rigide que le système danois.

La coopération en Italie est bonne au niveau régional que ce soit entre la ville et l'hôpital, le paramédical et les soins à domicile et même entre les différentes agences nationales et régionales. Cela étant dit, en vue des différences socio-économiques régionales en Italie et de certains déserts médicaux, le système malgré ses mérites n'apporte pas une qualité de soin égale pour tous.

La régionalisation de l'offre de soin en Italie c'est un peu le GHT avant la mise en place des GHT en France.

En France, les GHT ont fortement accru la dynamique de coopération entre de nombreux acteurs sur le territoire, mais l'intégration ville-hôpital et le paramédical est encore en cours et il n'y a pas encore d'acteur responsable de la gestion du « parcours patient » à travers les différents systèmes (hôpital, paramédical, médecine de ville pendant ses épisodes de mauvaise santé, tout autant que pour la gestion de sa bonne santé hors épisodes, afin de rester en dehors du système (comme c'est le cas au Danemark).

En Israël, on observe un système fortement intégré, mais avec une autre logique d'organisation. En effet, chaque citoyen doit appartenir et cotiser à l'une des quatre assurances privées qui gèrent la couverture universelle du système de santé. Il y a des subventions en place pour ceux qui ne peuvent pas payer les cotisations, mais ce sont les assureurs privés qui sont responsables de gérer la bonne santé de leurs abonnés et qui fournissent tous les services du parcours de santé (médecine de ville, paramédical, pharmacie, hôpital, etc.).

Cette intégration forcée entre les payeurs et les soignants dans un système privé encourage fortement les parcours de soins les plus efficaces et le maintien de la bonne santé de chacun, avec le plus d'efficacité médico-économique possible. C'est un système où la coopération est extrême, puisqu'il y a une verticalisation complète de l'offre de soins des acteurs et de l'assureur.

Les résultats sont d'ailleurs assez parlants, car les indicateurs de santé nationale sont parmi les meilleurs avec des dépenses moyennes par habitant qui sont assez faibles, en comparaison avec la majorité des pays d'Europe occidentale.

Pour les systèmes avec une couverture universelle que je connais le mieux, je dirais donc que le Danemark et Israël sont les plus intégrés avec le niveau de coopération le plus élevé, même s'ils le font de manière différente.

2 - Vous êtes américain, dans votre pays quels modes de coopérations sont à l'œuvre ?

Le système américain n'est pas un système, mais la cohabitation de nombreux modèles d'assurances (principalement privées) et d'une offre de soins éclatée et principalement privée également. Il n'a pas de couverture universelle. Des millions d'Américains n'ont pas d'assurance médicale du tout, alors que d'autres ont un accès à une offre de soin très complète et de premier ordre. Expliquer comment le « système » et certains de ses aspects fonctionnent est donc une tâche difficile. C'est pourquoi je vais présenter la structure de l'offre de soin et de la couverture d'assurance, avant de donner quelques exemples de bonne coopération et un exemple de très mauvaise coopération.

Il n'y a pas de couverture universelle au niveau de l'assurance ou de l'offre de soins aux USA. La majorité de la population couverte l'est au travers d'un plan d'assurance médicale proposée par son employeur (qui peut aussi couvrir le conjoint, l'époux(se) et les enfants en dessous d'un certain âge).

Au-delà des plans de couverture au travers de l'employeur, il y a d'autres programmes et modèles :

- le programme fédéral **Medicaid** qui couvre les personnes aux revenus les plus bas (adultes, enfants, femmes enceintes, personnes âgées et personnes handicapées). Ce programme est financé par un partenariat entre le gouvernement fédéral et chaque état qui l'administre localement ;
- le programme fédéral **Medicare** qui propose une couverture d'assurance médicale pour les personnes

de 65 ans et plus, ainsi que certaines personnes plus jeunes avec des maladies graves ou certains handicaps ;

- le système de santé du **Veterans Administration (VA)** qui couvre l'assurance médicale ainsi que l'offre de soin de manière intégrée pour les vétérans des forces armées américaines ;
- de nombreuses **assurances complémentaires** couvrant soit les soins de santé, le coût des médicaments ou les deux ;
- des **assureurs privés** qui proposent et qui gèrent toute la chaîne de soin de manière verticalisée (comme en Israël), ce sont les « HMO ». Le plus important est Kaiser Permanente.

Les autres tendances aux USA qui impactent les coopérations sont la disparition des médecins indépendants. Les coûts de gestion et de fonctionnement (comme les assurances contre les procès) deviennent tellement élevés que les cabinets de médecins fusionnent pour devenir des pratiques régionales ou se font acquérir par des groupes hospitaliers de plus en plus importants qui veulent proposer une offre de soin plus intégrée et verticalisée.

Au vu de tout cela, quels modèles de coopération pouvons-nous donc observer ?

Il y en a plusieurs : les modèles 100% intégrés privés du type HMO comme

« Kaiser Permanente », où l'assureur et l'offre de soin sont proposés par le même acteur avec les mêmes avantages que cette approche délivre en Israël. La différence ici c'est que « Kaiser Permanente » accepte aussi les patients qui sont couverts ou partiellement couverts par d'autres programmes (tels que Medicare et Medicaid) ; le système est donc moins étanche. Ceci-dit l'intégration presque complète de tous les éléments de la chaîne de soin et des payeurs et un des exemples de coopération la plus proche qui fonctionne très bien.

L'autre modèle qui est un peu comme un HMO public est le système du **Veterans Administration (VA)** qui intégré à nouveau l'assureur (bien que la majorité des membres sont aussi couverts par Medicaid et Medicare) avec toute la chaîne du parcours patient, des soins médicaux et paramédicaux. La particularité ici est que la population de patients est particulière, puisqu'il s'agit exclusivement d'anciens combattants avec un « case mix » parfois très différent de la population générale.

Les autres types de coopération les plus prononcés sont suite aux fusions / acquisitions qui s'accroissent depuis 15 ans aux USA. On a donc des « GHTs privés » au sein desquels les acteurs du parcours de soins coopèrent de manière croissante et opèrent de manière de plus en plus intégrée.

3 - Les USA vivent une épidémie foudroyante, quel regard portez-vous sur les politiques publiques sur ce sujet ?

En un mot : déplorable. Bien sûr il y a très peu de pays qui ont réussi à contenir l'épidémie malgré des mesures et une approche parfois exemplaire. Aux États-Unis, il y a de nombreux problèmes structurels et politiques qui ont fortement affaibli l'efficacité des timides mesures en place et qui ont directement ou indirectement contribué à l'infection et à la mort des dizaines de milliers d'Américains, qui n'auraient pas dû être touchés.

Pendant des mois, le président Trump niait la gravité du problème. Une fois que l'amplitude du risque a été indéniable, il a encouragé ses supporters à ne pas porter de masques. Il minimisait l'avis des experts au niveau des risques et proposait des solutions ou des cures potentielles tout à fait incroyables.

Il y a néanmoins d'autres éléments certains positifs, d'autres négatifs qui ont contribué à la gestion de la crise.

Du côté positif, il y a eu de nombreuses mesures de simplification du processus de revue de vaccin par

la FDA, ainsi que d'énormes commandes passées avec les laboratoires pharmaceutiques pour accélérer le développement, la mise en production et la certification des vaccins.

Du côté négatif, il n'y a eu aucune cohérence dans la mise en place de mesures ou dans leur application. Non seulement il y avait un manque total de leadership au sommet avec un mélange d'interférences et d'interventions politisées contre-productives venant de Washington, mais les états devaient maintenant prendre les mesures à leur niveau alors que leurs systèmes de santé ne sont pas du tout équipés pour coordonner une politique de gestion de crise qui se doit nationale et internationale.

Cette pandémie a aussi souligné les inégalités du système et les écarts entre les chanceux et les autres, comme les minorités défavorisées sont frappées de manière tout à fait disproportionnelles par le COVID-19 aux États-Unis.

Pour gérer une crise sanitaire de cette envergure seul un système de santé national et une forte collaboration internationale peuvent faire une réelle différence, malgré les efforts souvent héroïques au niveau local. Malheureusement, aux USA, nous sommes dans un pays où même l'idée d'un système de santé national à couverture universelle (la norme dans tous les autres pays industrialisés du monde) est considérée comme un blasphème, une hérésie, un grand pas vers le communisme.

Greg Adams,

USA, spécialiste international
en politiques de santé



13

CONCLUSION : coopération et crise sanitaire : quels enseignements ?

■

Dr Pascal Maurel,
président d'Ortus Santé

Il est minuit Dr S ?

La coopération des hommes et femmes de bonne volonté est-elle le Graal du management en santé, comme semble nous le dire Claude Evin, qui en matière de « chefferie », fut à la fois le Grand ordonnateur et un professionnel engagé, averti et respecté de l'organisation des technocraties de santé ?

Avec lui, les congressistes de Nice semblent effectivement le penser. Souvent managers de grands établissements de soins, habiles architectes de cathédrales hospitalières et planificateurs d'organisations complexes, ils se disent, le cœur sur la main, adeptes et même thuriféraires de coopérations stratégiques et autres rapprochements institutionnels. On s'en félicite tant l'urgence du moment nous angoisse. L'importance des missions de soins et de prise en charge exercées par les soignants et leurs responsables impose, à ceux qui veulent bien réfléchir, de trouver des solutions mieux planifiées et organisées de l'amont à l'aval.

La médecine est sans doute un art, mais faire face à l'extrême, assurer une bonne santé à des milliards d'êtres humains, tous voisins dans un monde global, angoissés, fragiles et vieillissants, appelle à la fois à panser les plaies et à penser la santé publique. Il faut ainsi organiser la distribution des vaccins et des médicaments, planifier les transferts de malades, créer des lits de réanimation que l'on avait, il y a peu, fermés et transformés, construire de nouveaux bâtiments et organiser le bon fonctionnement des ensembles et des parties. Et ce, sous le regard apeuré des citoyens et la critique acerbe qu'exercent les journalistes et les internautes.

Nous aurions donc été imprudents de ne pas assez penser global et collectif quand on sait, depuis l'origine des temps, que l'union fait la force.

Peut-on imaginer, en effet, conduire des transformations profondes, embarquer des équipes souvent rétives au changement, penser un avenir meilleur, appréhender les crises sans tenter de faire travailler ensemble les chercheurs, les soignants, les dirigeants, les managers, les fournisseurs ? Alors qu'ils évoluent pour un organisme humain multipolaire.

Les soignants sont à la fois des travailleurs essentiels de la première et de la dernière ligne, à la fois acteurs et décideurs de leur propre avenir mais aussi de celui de leurs congénères. Leur responsabilité est donc écrasante et fondée sur la solidarité, mère nourricière des coopérations.

D'un côté, le Covid bouleverse les certitudes. En plaçant les hôpitaux au centre du champ de la bataille sanitaire contre un virus d'une violence meurtrière inédite, la crise sanitaire nous montre nos faiblesses : la santé publique et communautaire est le parent pauvre de la médecine moderne. Cette solidarité espérée est bien malmenée dans la course aux soins et aux vaccins. Les efforts financiers importants sont toujours insuffisants pour un hôpital que l'on ne pensait pas aussi malade. Les peuples divisés et souffrants réclament des aides et de l'assistance.

Car là est la question. Notre monde de la santé, fait de systèmes juxtaposés, souvent divisés et peu conciliables, peut-il encore faire travailler ses acteurs séparément ? L'esprit de compétition productive, tant vanté par une volonté assumée d'efficacité, est-il encore possible quand seuls les États et les contribuables assument avec peine le sauvetage de nos systèmes économiques et sociaux ? En d'autres termes, cet éloge de la complexité nous pousse-t-il à manifester enfin plus de coopérations que de concurrences ?

D'un autre côté le Covid renforce les arguments en faveur de liens renforcés entre les professionnels : plus d'efficacité face à l'urgence quand les cliniques participent aux efforts de l'hôpital, plus de responsabilités partagées quand les médecins vaccinent avec les pharmaciens et aux côtés des infirmiers, moins de coûts multipliés quand les soins sont coordonnés. Et au final, les patients découvrent plus de bienveillance. Avec les juristes et les politiques, retenons donc la belle idée de la « gouvernance partagée ».

Pour autant, il nous faut aussi renoncer à l'angélisme. Les forces de division sont nombreuses. Chez les professionnels de santé eux-mêmes qui ne font pas toujours montre de solidarité. La crise n'efface pas en un tournemain les affrontements idéologiques et le manque de personnels. Les combats courageux des soignants seront vite oubliés. Les petites ambitions et les grands intérêts ne disparaîtront pas avec une injection de vaccin.

Mais l'écoute et la prise en compte des contraintes, la stratégie des petits pas que l'on pratique à Nice nous font espérer que, face à l'adversité, la raison gagnera. Et une fois que la violence épidémique aura cédé face à l'engagement uni des soignants, les réformes se fonderont sur des structures qui renforceront une culture du partage, peut-être régénérée par l'urgence du moment. « Les coopérations demandent du temps pour créer de nouvelles alliances et instaurer une nouvelle culture commune », nous écrit une de nos brillantes intervenantes. Soit ! Mais nous en avons peu devant nous. Il est minuit Docteur S !

Dr Pascal Maurel,
président d'Ortus Santé

*“ Un grand merci
aux 15 partenaires
financiers de l’édition
d’octobre 2021 des
Rencontres Santé de
Nice “*





Les RENCONTRES
SANTÉ de NICE

LES 7^{ES} RENCONTRES SANTÉ DE NICE

Les 14 et 15 octobre 2021 à l'hôtel Méridien

Après deux reports liés à la pandémie, les 7^{es} « **Rencontres Santé de Nice** » auront bien lieu en présentiel, à l'hôtel Méridien, les **14 et 15 octobre 2021**.

Le thème est resté le même que celui prévu en 2020 :
« **Coopérer pour mieux soigner !** » avec un sous-titre d'actualité :
Les coopérations à l'épreuve du COVID-19.

50 experts français et internationaux de la santé viendront échanger, avec les **200 décideurs** présents, sur la réalité des coopérations en santé, les facteurs clés de succès et les freins. Toujours dans l'idée de construire des solutions collectives efficaces et de faire évoluer la performance de nos systèmes de santé.

La pandémie a été un formidable révélateur des dysfonctionnements dans les coopérations, mais aussi de la capacité du système et surtout de ses acteurs à trouver de l'énergie et des solutions, pour sauver le plus de vie possible. Il faut en tirer des leçons.

Le site internet **www.rencontressantenice.com** est à jour et vous pouvez dès à présent vous inscrire pour la session d'octobre prochain.

Didier Haas, fondateur des Rencontres Santé de Nice
+ 33 (0) 6 86 07 79 63 — haas.didier@gmail.com



Coopérer pour mieux soigner !

Les coopérations à l'épreuve du COVID-19

—

Cet ouvrage sur les coopérations en santé traite du thème des 7^{es} « Rencontres Santé de Nice », qui se tiendront les 14 et 15 octobre 2021, à l'hôtel Méridien.

Il contient les contributions d'une majeure partie des intervenants des Rencontres qui ont apporté leur témoignage et répondu à nos questions.

Dans l'esprit qui anime les Rencontres depuis leur création, ils sont d'horizons différents et issus de pays tous confrontés à la problématique des coopérations en santé. Ces éclairages internationaux d'une question complexe, pour laquelle à ce jour personne n'a trouvé de solution miracle, nous enrichissent.

La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les forces et les faiblesses des coopérations en santé et nous souhaitons en tirer des enseignements utiles pour l'avenir.

Puisse ce livre, modeste mais lucide, simple mais engagé, apporter quelques idées novatrices aux acteurs, aux décideurs et à tous ceux qui aujourd'hui luttent pour circonscrire la pandémie et qui demain, devront dessiner de nouveaux horizons à nos systèmes de santé !



Didier Haas, fondateur
des Rencontres Santé de Nice



Benoît Péricard, coorganisateur
des Rencontres Santé de Nice