

CHAPITRE 1

L'ÉVOLUTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Le système de santé est au service du patient. Il regroupe l'ensemble des moyens et activités mis en œuvre à des fins :

- curatives : restaurer la santé ;
- préventives : renforcer les capacités des individus pour créer les conditions essentielles à la santé et de réaliser leur potentiel de santé ou réduire la progression et les complications d'une maladie avérée ou d'un problème de santé ;
- éducatives afin de les responsabiliser, d'acquérir ou d'améliorer les compétences et les moyens leur permettant de promouvoir leur santé et d'améliorer leur qualité de vie.

La demande de soins

Au fil des années, une amélioration globale et incontestable de la santé a eu lieu dans les pays industrialisés. Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé en France apparaît globalement bon. L'espérance de vie est plus élevée que dans d'autres pays comparables, particulièrement pour les femmes : 84,8 ans pour les femmes et 78,1 ans pour les hommes en 2010... et elle continue de progresser. Toutefois, les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités. La situation de la France apparaît beaucoup moins favorable

en matière de mortalité prématurée que dans les autres pays européens de développement comparable. Ces décès avant 65 ans représentent environ 20 % de l'ensemble des décès et concernent les hommes à 70 %. Les causes initiales de ces décès prématurés sont les tumeurs responsables de 41,3 % des décès prématurés (1 décès sur 3 chez les hommes et 1 sur 2 chez les femmes), suivies des morts violentes (accidents, suicides...) et des maladies de l'appareil circulatoire (13,4 % des décès prématurés).

Au sein de l'Europe des 27, la France se situe dans le groupe des pays à plus forte fréquence de suicides. En ce qui concerne la mortalité infantile, la France se situe dans la moyenne de l'Europe des 15 mais le taux de mortalité infantile continue de baisser dans bon nombre de pays européens alors qu'il reste globalement stable depuis cinq ans en France¹.

En France, comme dans les autres pays développés, la demande de santé évolue à cause du vieillissement de la population, de l'apparition de pathologies plus complexes, de l'augmentation de pathologies chroniques, de cancers, de maladies cardio-vasculaires, maladies mentales et comportementales, de maladies infectieuses et parasitaires. Cependant, il existe des inégalités sociales de santé et des disparités sur le territoire :

- l'espérance de vie à 35 ans selon ces indicateurs d'incapacité montre que les cadres vivent dix années de plus que les ouvriers sans limitations fonctionnelles, huit années de plus sans gêne dans les activités et sept ans de plus sans dépendance² ;
- le taux de prématurité varie du simple au triple en fonction du niveau scolaire de la mère ;
- 15 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières³ (l'absence de couverture complémentaire est le facteur principal du renoncement aux soins dentaires, d'optique et médecins spécialisés) ;
- la pollution atmosphérique des régions industrielles et urbanisées par rapport aux zones rurales ;
- les enfants des ménages les plus modestes sont moins nombreux à bénéficier d'un suivi en orthodontie mais ils ont également plus de caries⁴, plus d'asthme, de surpoids et d'obésité ;
- les enfants scolarisés en ZUS présentent des troubles de la vue (21 % des élèves), des difficultés au niveau de la maîtrise du langage ;

1. L'état de santé de la population en France, rapport 2011, www.sante.gouv.fr

2. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011 www.sante.gouv.fr

3. Enquête IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé.

4. www.inpes.sante.fr

- le nombre d'accidents des jeunes enfants est lié à la vétusté des bâtiments ;
- certaines catégories de population sont plus vulnérables ou surexposées aux risques professionnels (les jeunes travailleurs, les travailleurs occupant un emploi précaire ou saisonnier, les travailleurs « au noir », les travailleurs plus âgés, les travailleurs migrants, les femmes enceintes). La crise économique est un contexte aggravant pour un certain nombre de ces populations ;
- les salariés des BTP, travaux forestiers, industrie automobile, agroalimentaire, industrie des biens de consommation et/ou l'exposition des travailleurs à des niveaux sonores élevés, scieries, chantiers de construction navale, secteur de la santé restent particulièrement exposés ;
- l'accès aux soins des personnes handicapées ;
- les inégalités de répartition des professionnels de santé dans certains territoires et baisse de la démographie médicale.

Il existe plusieurs facteurs déterminants à cette inégalité sociale de santé : âge, sexe, facteurs héréditaires, le mode de vie et les comportements à risque (tabac, alcool, drogue illicite, psychotrope), les conditions de travail, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

La première circulaire relative à l'organisation des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades en phase terminale voit le jour pour la première fois en 1986. Depuis, si l'impulsion législative a permis de développer des structures ou des lits de soins palliatifs en court séjour au cours de ces dernières années, de fortes inégalités territoriales demeurent. On constate notamment que certains établissements de santé confrontés à un nombre annuel élevé de fins de vie ne disposent pas de capacité de prise en charge adaptée en soins palliatifs.

Le besoin d'informations, d'explications, et de transparence exprimé par le patient a été entendu par la loi du 4 mars 2002. Désormais, le patient a des droits. Il est informé ainsi que son entourage sur sa maladie, son traitement, les risques et les conséquences, son consentement est recueilli, ses droits sont inscrits dans une charte, sa douleur est prise en charge, la continuité des soins et la qualité sont assurées, il a accès à son dossier médical et peut s'aider d'une personne de confiance. De plus en cas de litige, les professionnels de santé doivent faire la preuve de la transmission effective de l'information ce qui explique l'ardeur des établissements depuis 1997 à formaliser l'information au patient, à assurer la traçabilité, la mise en place du dossier du patient informatisé, les systèmes de recueil des plaintes. La représentation des usagers dans les instances de santé publique, hospitalières ou non, permet aux

usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé.

Les usagers sont présents dans les instances de santé publique, hospitalière ou non, permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de ces représentants à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Les usagers sont présents dans les instances de santé publique, les agences régionales de santé, les commissions régionales de santé, les conférences de santé, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), les établissements de santé (CRU).

Le classement des établissements par les médias, les résultats des certifications connus du grand public, l'accès à l'information par Internet, ont joué certainement un rôle sur les nouvelles exigences des patients notamment sur la qualité de la prise en charge globale (qualité de l'accueil, délai d'attente, hôtellerie, sécurité, personnalisation des soins...). Le site Platines établi par le Ministère de la santé sert à fournir une information grand public sur l'activité et la qualité des établissements de santé de court séjour dits MCO (activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique) et de soins de suite et réadaptation fonctionnelle (dits SSR) de France métropolitaine et des départements d'outre-mer (DOM).

Autrefois, le malade s'en remettait entièrement au médecin. Aujourd'hui, le patient est devenu un client qui a non seulement des besoins mais aussi des attentes et des ressentis vis-à-vis de sa prise en charge. Il revendique la gestion de sa maladie. Il a besoin de savoir qui fait quoi ? Où ? Selon quelles conditions tarifaires ? Avec quelles garanties de service rendu ? Il se sent trop souvent abandonné dans son parcours de soins et livré à lui-même pour trouver des solutions. Il souhaite à la fois une information de nature collective, mais aussi à titre individuel, selon ses pathologies ou celles de son entourage. Le recours à Internet et aux forums de discussions dédiés à la santé démontre l'importance de l'information mais aussi les manques des institutions dans cette information appropriée donnée au patient.

Les directeurs d'établissement se doivent alors non seulement d'être des gestionnaires efficaces mais également de travailler sur la qualité de l'environnement périphérique à la prise en charge médicale afin de rendre attractif leur clinique ou leur hôpital sans pour autant faire le choix de leur clientèle. Et ce, d'autant plus que la loi du 21 juillet 2009, comprend une série de mesures prônant une plus grande transparence encore vis-à-vis des patients comme par exemple la représentation accrue des usagers au conseil de surveillance des hôpitaux, la publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en lien avec l'HAS (Haute Autorité de Santé) et un rôle

réaffirmé des CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge).

Ces représentants des usagers ont pour mission de participer aux groupes de travail, de faciliter le dialogue avec les professionnels de santé, de transmettre les informations aux usagers et aux associations et d'intervenir dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge. Les associations de patients et d'usagers s'impliquent non seulement dans la vie à l'hôpital et la qualité des soins, mais aussi dans la recherche, l'élaboration des recommandations sur l'organisation et la rédaction de guides destinés aux patients et aux professionnels.

Cette évolution des besoins nécessite à la fois une évolution des pratiques de soins, d'une culture palliative et une maîtrise des dépenses de santé. La crise économique et financière actuelle relance les défis de gestion de la sécurité sociale, les enjeux d'une politique de responsabilisation des Français, par la prévention, la promotion de la santé et l'éducation et l'élargissement des missions du directeur hospitalier.

L'offre de soins

La santé publique a pour objectif d'assurer une offre de soins adaptée à la diversité des besoins de santé et la plus grande égalité possible des citoyens face à la maladie. La notion d'offre de soins peut s'appréhender par l'accès aux soins de premier et second recours et par les acteurs : professionnels de santé et établissements de santé et l'organisation du parcours de soins centrée autour du patient.

La pertinence d'une intervention de santé doit obéir aux cinq principes suivants :

- la balance entre les bénéfices et les risques ;
- la probabilité d'aboutir aux résultats attendus ;
- la qualité de l'intervention de santé ;
- la prise en compte des préférences des patients ;
- la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé.

L'organisation de l'offre de soins doit répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Les enjeux géographiques et démographiques doivent donc être pris en compte dans le respect des principes de continuité, de sécurité et de coordination du parcours de soins du patient.

Les Français considèrent qu'ils sont de moins en moins bien remboursés et que le système est de moins en moins équitable et performant. Le renoncement aux soins pour des raisons financières est en constante progression. La tendance sur les cinq dernières années montre une diminution de la prise en charge par l'assurance-maladie et une augmentation de la part des complémentaires.

Le constat sur notre système de santé est alarmant :

- la capacité annuelle de remboursement est inférieure au déficit constaté ;
- le parcours de santé ressemble plutôt à un parcours du combattant pour les patients à cause du manque de coordination entre les professionnels, la défense des intérêts corporatistes, par peur de perte de pouvoir ou de moyens ;
- la prévention primaire n'a pas été privilégiée ;
- il existe des déserts médicaux ;
- la France a un retard important dans la numérisation du système de soins : les systèmes informatiques sont non communicants entre eux ;
- il reste à promouvoir le plan de formation continue pour les médecins, pharmaciens, infirmières, manipulateurs radios... ;
- il faut faire de la qualité et de l'efficacité médico-économique une vraie priorité.

L'état a aujourd'hui pour ambition :

- de favoriser l'accès à des soins de qualité, mieux répartir les médecins sur le territoire, organiser la permanence des soins au niveau de chaque région ;
- d'assumer la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention, éducation, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux... ;
- de coordonner les différents acteurs afin qu'ils apprennent à travailler ensemble autour du patient dans le but d'assurer la continuité des soins ;
- de faciliter l'accès à l'information et simplifier le parcours de santé des patients ;
- d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

Dans l'exposé des motifs portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires en France, le législateur a affirmé son « ambition d'engager l'indispensable modernisation de notre système de santé, en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. Il appelle des modifications d'organisation à la fois dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire et

dans le secteur médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire. C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé. Enfin, ce projet de loi propose des actions de prévention qui contribueront à l'amélioration de la santé de nos concitoyens. »

De plus, l'état a fait un double constat :

- les dépenses de santé ne cessent d'augmenter ;
- des disparités importantes subsistent entre les régions.

Rappel de la loi HPST

Promulguée le 21 juillet 2009, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » appelée communément « loi HPST » prévoit la modernisation du système de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique et l'organisation territoriale du système de santé.

Nous vous proposons un schéma récapitulatif de cette loi en page suivante.

Modernisation des établissements de santé

- Nouvelles gouvernances (Directoire, conseil de surveillance) et renforcement du rôle du directeur en matière de politique stratégique et de gestion
- Président de la CME, vice-président du Directoire, et rôle accru de la CME
- Favoriser les coopérations entre établissements de santé, participation des cliniques privées aux missions de service public

Accès de tous à de soins de qualité

- Organisation des soins de premier recours et de second recours, rééquilibrage de la densité médicale, continuité des soins en médecine ambulatoire, coopération entre professionnels de santé
- Développement de la formation professionnelle continue pour les professionnels de santé et évaluation des pratiques professionnelles
- Développement de la télé médecine

Prévention et Santé Publique

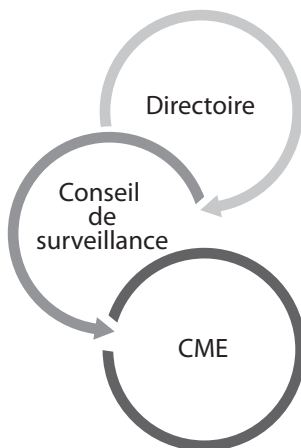
- Promotion d'une alimentation équilibrée, de l'activité physique et sportive, lutte contre les addictions, contre les troubles du comportement alimentaire
- Éducation thérapeutique du patient
- Lutte contre la propagation internationale des maladies

Organisation territoriale du système de santé

- Création des ARS
- Planification régionale de la politique de santé prévention, organisation des soins et organisation médico-sociale, programme pluriannuel de gestion des risques
- Définition des territoires de santé
- Contribution des unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations dans l'organisation et l'évolution de l'offre de santé au niveau régional

Dans les hôpitaux, la loi HPST s'est traduite par la création de nouvelles instances de pilotage qui travaillent en étroite coopération : Directoire, Conseil de surveillance, Commission médicale d'établissement (CME). Cette nouvelle gouvernance renforce les pouvoirs de gestion des directeurs des hôpitaux publics.

Les instances de pilotages des hôpitaux



Elle modifie l'organisation interne des établissements publics de santé en décroissant les fonctions et logiques médicales, administratives et soignantes et en responsabilisant les acteurs grâce à une culture d'efficacité médico-économique et une appropriation des outils de pilotage. Le directeur devient un manager.

La tarification à l'activité avait déjà transformé considérablement la gestion des établissements de santé. L'objectif était de responsabiliser les acteurs en passant notamment pour le secteur public d'une logique budgétaire à une logique financière et en développant des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion). Elle a eu pour effet de conduire les établissements à une recherche de l'efficacité et d'optimisation des moyens, de faire le lien entre l'activité et le coût, de raccourcir la durée des séjours hospitaliers, d'améliorer la facturation. Si l'exigence d'efficacité a eu des effets positifs en termes de gestion, le système peut s'avérer pervers : risque d'abandon de secteurs non lucratifs, sélection des patients, dégradation de la qualité des soins par baisse des investissements, réduction des charges de personnel...

La sophistication croissante des équipements, leur coût et les exigences de sécurité conduisent à concentrer les équipements dans des pôles hyperspécialisés. La T2A (Tarification à l'activité) a également fait émerger un besoin de coordination entre les établissements et les professionnels de santé afin d'assurer la continuité des soins. La loi HPST a tenté de prendre en considération toutes ses évolutions. Elle vise à améliorer le fonctionnement et les missions des établissements de santé et notamment au moyen d'une

nouvelle gouvernance hospitalière, introduit la possibilité de déléguer des missions de service public aux cliniques, encourage les coopérations entre établissements de santé, la médecine de ville et le secteur médico-social, la télémédecine, garantit l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et l'éducation thérapeutique du patient, mis en place les Agences Régionales de Santé (ARS).

La loi prévoit aussi la mise en place d'un parcours de soins coordonné qui se décline en deux niveaux de recours : les soins de premier recours centrés autour du médecin généraliste et les soins de second recours, dispensés par les spécialistes et les établissements de santé. Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit l'organisation d'une permanence des soins ambulatoires (PDSA) assurée par les médecins généralistes en ville, en concertation avec les établissements de santé, ainsi que le développement d'un exercice regroupé des professionnels. Ces services peuvent prendre la forme de maisons de santé, de centres ou pôles de santé.

Par **la création des ARS**, l'état a mis fin au cloisonnement des différentes administrations de la santé en réunissant les ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation), les DRASS (Direction des Affaires Régionales et Sociales), les DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), les URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie), les GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique), les MRS (Missions Régionales de Santé) et les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie) dans leur volet sanitaire pour renforcer la lisibilité, l'unité et l'efficacité d'action des pouvoirs publics en matière de santé.

L'objectif affiché est quadruple :

- simplifier le système administratif avec la fusion des organismes régionaux ;
- être au plus près des problématiques et des besoins de santé publique grâce à un pilotage régional en vue d'agir sur les inégalités sociales de santé et par conséquent assurer un meilleur accès aux soins ;
- organiser les parcours de soins en fonction des patients ;
- limiter les dérives budgétaires.

Les 26 ARS créées sur tout le territoire le 1^{er} avril 2010 ont pour mission :

1. le pilotage de la santé publique :

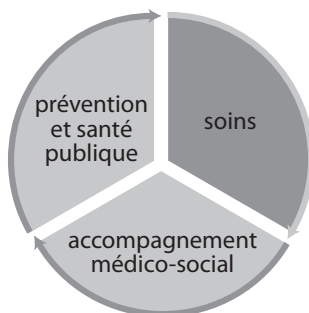
- organiser la veille et la sécurité sanitaires, l'observation de la santé ;
- définir, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé ;
- contribuer à la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

2. la régulation de l'offre de santé, dans les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-social :

- réguler, orienter et organiser l'offre de services en santé ;
- évaluer et promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;
- autoriser la création des établissements et services de soins et médico-sociaux et contrôler leur fonctionnement ;
- définir et mettre en œuvre des actions permettant de prévenir et de gérer le risque assurantiel de santé en région.

Pour ce faire, elles mettent en œuvre des actions concourant à l'atteinte des objectifs de la politique nationale de santé en région et régulent l'offre régionale pour mieux répondre aux besoins de santé de la population et assurer un accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Le résultat escompté est de mieux intégrer le patient au sein d'un parcours de soins « plus cohérent, continu et simple », d'intégrer la prévention en matière de santé et l'éducation thérapeutique et aussi de contribuer à éviter la formation de « déserts médicaux ». Les établissements de santé ne peuvent pas offrir une offre identique (plateaux techniques sophistiqués) d'où la nécessité d'une approche collaborative.

Les champs d'interventions des ARS



Les ARS veillent à l'amélioration de la coordination des soins en développant la médecine préventive, éducative, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale. Elles doivent permettre de fluidifier le parcours de soins du patient. Ces agences de proximité ont vocation à être plus accessibles aux gestionnaires d'établissement ou de services,

professionnels de santé, aux usagers, aux élus afin de mener des politiques de santé adaptées aux besoins locaux des patients.

Des projets régionaux de santé (PRS) sont mis en place pour fédérer les initiatives des acteurs et définir des objectifs communs. Ils permettent la mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé conformément à l'article L. 1434-1 du Code de la santé publique qui prévoit que *« le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale »*.

Le projet régional de santé est constitué :

- **d'un plan stratégique régional de santé (PSRS)**, qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région. Il comprend :
 - une évaluation des besoins de santé,
 - une analyse de l'offre dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie,
 - des objectifs en matière d'amélioration d'accès aux soins, de qualité et d'efficience des soins et de la prise en charge, du respect des droits des usagers,
 - mesures de coordination avec les services de la protection maternelle et infantile, de la santé en milieu scolaire et universitaire, des personnes en situation de précarité et d'exclusion,
 - organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé ;
- **de schémas régionaux** de mise en œuvre avec le schéma régional de prévention, le schéma régional d'organisation des soins et le schéma régional d'organisation médico-sociale :
 - **le schéma régional de prévention (SRP)** a pour objectif la prévention, la promotion de la santé, la santé environnementale et la sécurité sanitaire ainsi que l'observation des risques émergents dans le domaine de la santé des personnes et aux modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire,
 - **le schéma régional d'organisation des soins (SROS)** prévoit et suscite les évolutions de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds (objectifs, créations, suppressions) afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité des soins sur tout le territoire. Il précise les

complémentarités de l'offre de soins (transformations, regroupements), les coopérations entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé en libéral. Il organise la coordination entre ces différents services de santé et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Il détermine les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Il fixe les missions de service public. Il doit y avoir adéquation entre les autorisations accordées par le directeur de l'ARS et les objectifs fixés par le SROS. Les établissements privés et publics déclinent les orientations du SROS à travers le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens,

- **le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)** a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie ;
- **des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas** prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du projet régional de santé. Chaque programme détermine les résultats attendus, le calendrier, le suivi, l'évaluation et les indicateurs :
 - **programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS),**
 - **programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, programme de télémédecine,**
 - **programme pluriannuel de gestion du risque (PRRGR)** Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du Code de la sécurité sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales. Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année. Il est intégré au projet régional de santé.

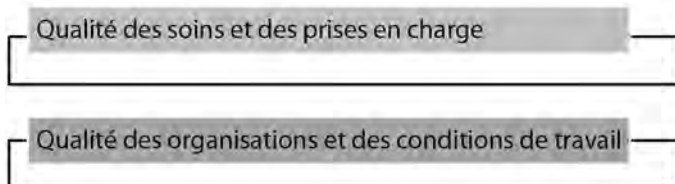
Les ARS agissent en concertation avec :

- **les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)** sont composées des usagers, des collectivités territoriales, des caisses de sécurité sociale et des mutuelles, des gestionnaires d'établissements et de services, des associations agissant en faveur de la santé, des partenaires sociaux, des professionnels de santé. Elles ont un rôle consultatif auprès des ARS et émettent un avis sur le PRS ;

- **les deux commissions de coordination des politiques de santé** : l'une sur la prévention et l'autre sur les prises en charge médico-sociales qui associent les services de l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents ;
- **les conférences de territoire** qui réunissent tous les acteurs locaux de la santé afin d'identifier les besoins du territoire de santé et à mettre en œuvre les actions prioritaires.

Pour accompagner les professionnels de santé et du médico-social dans leurs projets, la loi HPST a créé l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) qui considère que le premier critère de la performance est celui retenu par l'OMS.

Le premier critère de la performance



La création des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) qui ont la vocation de permettre aux établissements de coordonner leurs interventions, leurs ressources et de mutualiser leurs investissements comme le font déjà les communautés de communes et d'agglomération.

Le principe est que les établissements membres se délèguent des compétences et des activités de soins conformes à la stratégie commune sur la base d'une convention et grâce à la télémedecine. Les structures possédant les plateaux techniques les plus sophistiqués se spécialisent dans les opérations lourdes et de haute technicité, tandis que les hôpitaux de proximité prennent en charge les soins courants, les hébergements en moyen séjour et les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation).

La convention définit le projet commun de la CHT, les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées, les modalités de mise en cohérence des CPOM (Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens), des projets d'établissements, des plans globaux de financement et des investissements, les modalités de mises en commun des ressources humaines, des systèmes d'information, les frais pour services rendus, la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel

de l'établissement siège, la commission de communauté. Par ailleurs, les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) sont maintenus tout en étant réformés. Le GCS de moyens permet comme auparavant de mettre en commun des ressources mobilières, immobilières, humaines... La loi donne désormais la possibilité à un GCS d'être titulaire d'une autorisation d'activité de soin et lui confère le statut de GCS établissement de santé. Les collaborations CHT et GCS doivent permettre aux établissements et aux professionnels de mettre en commun différentes ressources et de se répartir un certain nombre de missions.

Les nouvelles orientations de la politique de santé

Ces nouvelles orientations s'inscrivent dans les dimensions essentielles suivantes :

- une approche globale de la santé c'est-à-dire une politique de santé qui ne consiste pas seulement à soigner mais à faire de la prévention et de l'éducation, et ce dès le plus jeune âge ;
- une approche en proximité qui permet à la fois la connaissance des besoins des personnes, des réponses adaptées et la coordination des soins ;
- un accès à la santé pour tous y compris pour les personnes en situation de vulnérabilité ;
- la formation des professionnels ;
- la reconnaissance du rôle des usagers.