



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2005 –

**L'IMPACT DES MIGAC SUR LES ACTIONS
DE SANTÉ PUBLIQUE**

Groupe n°9

**BOSSARD Anne-Claire
BOURREL Stéphanie
BOURSIER Julie
BOUSSARD Jean-Marc
DHELLEM Nathalie
DJENADI Zohra**

**GRITTON Anne Claude
MOUROT Patricia
PROST Éric
TAILLANDIER Marc
WETTLING Éric**

Animateur

– **Franck LE DUFF**

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements aux personnes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire, de nous faire part de leur expérience, et qui nous ont apporté aide et conseils pour l'élaboration de ce document.

Nous remercions particulièrement Monsieur le Docteur Franck Le DUFF pour nous avoir orienté et accompagné, dans cette étude, et pour l'aide méthodologique qu'il nous a apportée.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES MIGAC : UNE OPPORTUNITE DE VALORISATION DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE.....	3
1.1 Les MIGAC : Une nouvelle logique économique en réponse aux contraintes financières.....	3
1.1.1 La DGF s'est révélée insuffisante pour maîtriser les dépenses de santé.....	3
1.1.2 Les contraintes budgétaires croissantes ont rendu nécessaire la réforme du mode de financement des hôpitaux.....	5
1.2 Les MIGAC : Un nouveau mode de financement pour valoriser les actions de santé publique.....	6
1.2.1 Le dispositif MIGAC.....	6
1.2.2 Les bénéfices escomptés du dispositif MIGAC en matière de santé publique.....	8
2 LES MIGAC : UN DISPOSITIF AMBITIEUX AUX EFFETS AMBIVALENTS SUR LES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE.....	9
2.1 Les risques politiques liés au financement MIGAC.....	9
2.1.1 Les difficultés suscitées par la mise en œuvre de la réforme.....	9
2.1.2 Incertitudes sur le périmètre et le calcul de l'enveloppe MIGAC.....	10
2.2 Les risques économiques : rationnement et dévoiement des MIGAC.....	12
2.2.1 Impact possible d'une réduction de l'enveloppe MIGAC.....	12
2.2.2 L'enveloppe MIGAC utilisée comme variable d'ajustement.....	12
2.2.3 La difficile valorisation comptable des actions de santé publique.....	13
2.3 Le cloisonnement : un risque d'inégalité dans l'accès au soins.....	14
2.3.1 Le cloisonnement des actions en matière de santé publique.....	14
2.3.2 Le cloisonnement des structures est facteur d'inégalités.....	15
3 LA PRESERVATION DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE DANS LE CADRE DE LA REFORME FINANCIERE.....	16
3.1 Des ajustements nécessaires au niveau politique.....	16
3.2 Des ajustements nécessaires au niveau du pilotage institutionnel.....	18
3.3 Des ajustements nécessaires au niveau managérial.....	19
3.4 Des ajustements nécessaires au niveau économique et financier.....	20

4 CONCLUSION.....	22
BIBLIOGRAPHIE	25
LISTE DES ANNEXES.....	1

Liste des sigles utilisés

AC	Aide à la contractualisation
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CHRU	Centre hospitalier régional et universitaire
CHG	Centre hospitalier général
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CROS	Comité régional de l'organisation sanitaire
CROSMS	Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
DAC	Dotation annuelle complémentaire
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DIM	Département d'information médicale
DG	Directeur général
DGF	Dotation globale de financement
DGS	Direction générale de la santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soin
DS	Directeur des soins
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupe homogène de séjours
GRSP	Groupement régional de santé publique
GVT	Glissement, vieillesse, technicité
IPASS	Inspecteur principal de l'action sanitaire et sociale
LOLF	Loi organique relative aux lois de finance
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MERRI	Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIG	Mission d'intérêt général
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MRS	Mission régionale de santé
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PMSI	Programme médicalisé du système d'information
PRSP	Programme régional de santé publique
PSPH	Participant au service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
T2A	Tarifification à l'activité

UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

INTRODUCTION

L'amélioration du bien être d'une population dépend aujourd'hui largement des actions de santé publique. Il semble aisé de percevoir les objectifs principaux portés par cette notion tels que la prévention, l'éducation à la santé ou la veille épidémiologique. Néanmoins, cette apparente simplicité ne doit pas occulter les perpétuelles expansions et recompositions du champ de la santé publique. Les multiples définitions données à cette notion traduisent les incertitudes quant à son périmètre exact. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit celle-ci comme un état « **de complet bien être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou infirmité** ».

Si la définition de la santé publique est délicate, la déclinaison de ses objectifs en mesures concrètes pose également problème. L'efficacité des actions de santé publique est difficilement évaluable car celles-ci supposent un changement des mentalités, des comportements individuels ainsi qu'une amélioration du cadre de vie (pollution, sécurité routière, précarité). A la différence des traitements curatifs, les actions de santé publique constituent un pari sur l'avenir. C'est la raison pour laquelle la santé publique est souvent considérée comme le parent pauvre du champ sanitaire et social. De ce fait, les actions de santé publique ne disposent pas de financements en adéquation avec les besoins de la population et leurs bienfaits potentiels.

Ce manque de financement risque d'être aggravé par la réforme budgétaire en cours. La faiblesse de la croissance a rendu plus aigu le problème de la maîtrise des dépenses de santé, ce qui a conduit le gouvernement à s'inspirer du modèle anglo-saxon pour réformer le mode financement des hôpitaux. Cette réforme introduit l'évaluation de la performance et substitue une logique de résultat à une logique de moyens. Elle repose sur la tarification à l'activité (T2A) qui tend à rémunérer les établissements en fonction du nombre d'actes réalisés. En outre, cette réforme s'inscrit dans un mouvement national et communautaire, qui tend à introduire des mécanismes de régulation marchands dans les activités de service public. Néanmoins, le gouvernement a maintenu un mode de financement spécifique aux actions de santé publique. Ce dernier prend la forme d'une enveloppe globale, destinée à pourvoir les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Cette dualité de financement traduit une volonté de distinguer les activités auxquelles peut s'appliquer un tarif, de celles qui s'avèrent difficiles à évaluer et à valoriser sur le plan comptable. Le maintien d'un double financement révèle la prudence du gouvernement dans l'application d'un modèle opposé à la conception traditionnelle du « service public à la française ».

Dans le cadre de cette réforme financière, quel sera l'avenir des actions de santé publique? Certes, les MIGAC semblent une opportunité de valorisation des actions de santé publique. Cependant, à terme, la mise en œuvre et le suivi de ce mécanisme financier ambitieux censé garantir le financement des actions de santé publique, se révéleront-ils à la hauteur des enjeux de santé publique, dans un contexte de restrictions budgétaires et de recentrage de l'hôpital sur les soins curatifs ?

Mesurer l'impact des MIGAC, à l'heure actuelle, s'avère difficile en raison d'une mise en œuvre trop récente de la réforme. Néanmoins les entretiens réalisés avec les professionnels de la santé ont pointé les ambiguïtés de la réforme et ses répercussions potentielles. C'est pourquoi, seule une approche prospective permet de déclinier les effets envisageables des MIGAC sur les actions de santé publique.

Les MIGAC suscitent des attentes de la part du Ministère et des professionnels de santé. Ils en espèrent un repérage plus précis du champ couvert par les actions de santé publique, afin d'assurer une meilleure allocation des ressources qui leur sont dévolues. En outre, cette valorisation devrait favoriser l'émergence et la promotion de nouvelles actions de santé publique (première partie).

Cependant, cette réforme n'est pas sans susciter des incertitudes quant à son impact économique et politique. Les gestionnaires redoutent un dévoiement de la réforme MIGAC. Les médecins craignent davantage un rationnement des financements et une réduction de la santé publique à de seuls critères économiques (deuxième partie).

Les modalités de mise en œuvre de la réforme, mais aussi, les choix de société qui les sous-tendent, conditionnent l'avenir des actions de santé publique. Leur promotion, maintien, externalisation ou abandon dépendent des politiques adoptées. Plusieurs scénarii, s'ils sont mis en œuvre, sont pourtant susceptibles de garantir la pérennité des actions de santé publique (troisième partie).

1 LES MIGAC : UNE OPPORTUNITE DE VALORISATION DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Il s'agit, tout d'abord, d'appréhender les raisons pour lesquelles il a fallu réformer le mode de financement des établissements de santé en introduisant à la place de la DGF, d'une part la tarification à l'activité et d'autre part les MIGAC (1.1). Il convient ensuite, d'analyser les bénéfices que la réforme est censée apporter en matière de santé publique.(1.2)

1.1 Les MIGAC : Une nouvelle logique économique en réponse aux contraintes financières

1.1.1 La DGF s'est révélée insuffisante pour maîtriser les dépenses de santé

A) La fin de l'expansion économique et la mise en place de la DGF

« Les trente glorieuses » sont, pour l'hôpital, une période de prospérité liée à l'expansion économique. Parallèlement, les dépenses de santé et le budget des hôpitaux augmentent à un rythme soutenu. En effet, d'une part, l'activité des hôpitaux augmente avec l'extension de la protection sociale à un nombre croissant d'assurés ; d'autre part, la technicité croissante des activités médicales accroît le coût des soins. Tant que la croissance économique permettait de financer les dépenses de santé, l'Etat n'avait pas de difficulté à financer les hôpitaux.

Il en va autrement dans le courant des années 1970. Ainsi, les crises économiques qui frappent les sociétés occidentales déstabilisent un système de protection sociale déjà menacé par le vieillissement de la population, et révèlent des dysfonctionnements que le dynamisme économique avait masqués.

En réponse à ces nouvelles contraintes financières, l'État décide d'encadrer les recettes hospitalières par la mise en place de la dotation globale de fonctionnement (DGF). La loi du 19 janvier 1983 portant mesures relatives à la sécurité sociale instaure la DGF. Dès lors, si le prix de journée demeure en tant que support de la tarification des soins hospitaliers, il disparaît en tant que mode de financement des hôpitaux. L'hôpital perçoit un financement global indépendant de son activité. Chaque année, le gouvernement fixe le taux d'augmentation des dépenses hospitalières, qui tient compte de différents paramètres, dont les prévisions économiques générales et la péréquation régionale.

B) Les dérives financières de la DGF et l'échec des ajustements entrepris

Dans la pratique, le système de la DGF a été source de nombreuses dérives. Elle a, en effet, généré des rentes de situation, le maintien des inégalités entre établissements et un montant de dotation déconnecté de l'activité.

Les dysfonctionnements du système reposent sur le paradoxe suivant: si un établissement a une capacité d'attraction et/ou une activité croissante, ses dépenses augmentent alors que son budget demeure constant. Cet établissement « dynamique » se voit donc pénalisé contrairement à d'autres dont l'activité décroît tandis que leur budget se maintient. L'inertie du système entraîne donc des déficits de manière automatique. De plus, il devient impossible de réallouer les ressources entre établissements selon le volume et le coût de leurs activités.

Ainsi, la DGF ne permettait pas la modulation des crédits en fonction de l'activité et de ses évolutions. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a donc été engagé en 1983 et rendu obligatoire en 1991. Il s'agissait d'introduire un élément d'évaluation de l'activité dans le système, dans le but de corriger l'immobilisme du dispositif DGF.

Ce programme permet de recueillir des données précises afin de mieux analyser l'activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) d'un établissement. Dès 1996, avec la mise en place des ARH, le PMSI a aussi servi de base à la correction des inégalités entre régions et entre hôpitaux. Mais, si le PMSI identifie l'activité en nature et en volume il ne permet pas d'évaluer la qualité et l'efficacité des actes. De plus, le PMSI ne prend pas en compte certaines activités telles l'innovation, les réseaux, les actions de santé publique etc. Le PMSI, outil de planification, s'avère insuffisant pour quantifier les besoins en santé publique de la population.

Dans le cadre de la DGF, les actions de santé publique étaient financées par des crédits spécifiques. Il s'agissait, selon un délégué au contrôle stratégique d'un CHU, de financement « *soit par les plans nationaux de santé publique, soit par des programmes hospitaliers de recherche clinique, soit par des crédits fléchés* ». Mais des actes, du temps médical et du personnel relevaient des actions de santé publique, sans pour autant appartenir à ces crédits fléchés. Ils se fondaient dans la dotation globale, sans grande visibilité. Le manque d'affichage et de transparence des actions de santé publique rendait ainsi leur contour difficile à cerner sous DGF. Ainsi, selon un responsable DRASS, « *auparavant les enveloppes accordées se retrouvaient souvent dans les budgets globaux des établissements* ».

1.1.2 Les contraintes budgétaires croissantes ont rendu nécessaire la réforme du mode de financement des hôpitaux

A) L'instauration de la tarification à l'activité (T2A) en France.

En 2004, la réforme de la tarification à l'activité a été mise en place. Cette réforme est un des axes majeurs du plan Hôpital 2007. Elle a pour objectif de moderniser le financement des établissements de santé. Sa finalité est, en effet, de mettre fin aux effets négatifs de la dotation globale en allouant prioritairement les ressources aux projets qui répondent le mieux aux besoins des patients. Ce système de rémunération dit de « la tarification à l'activité », s'appuie sur l'évaluation et la valorisation de l'activité médicale.

De plus, l'objectif esquissé pour 2012 est de faire converger le secteur public et le secteur privé, autour d'un tarif unique. Selon le Ministère : *« la tarification à l'activité est un mode de financement qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée pour l'essentiel, sur la base des données issues du PMSI ».*

Les bénéfices attendus de la réforme sont : une plus grande médicalisation du financement, une responsabilisation des acteurs, une équité de traitement entre les établissements et le développement d'outils de pilotage qualitatifs et médico-économiques.

Seule l'activité MCO des établissements est soumise à la T2A. Le système T2A, à l'inverse de la DGF, repose sur une logique de recettes et non de dépenses. Il est prévu qu'en 2008, 50% du budget des hôpitaux seront financés par la tarification à l'activité. La part non prise en compte par la T2A, quant à elle, est financée par une dotation annuelle complémentaire (DAC) appelée, à terme, à disparaître.

B) La réforme s'inscrit dans un contexte européen de maîtrise des dépenses de santé.

Cette réforme française du financement des établissements de santé s'inscrit dans un contexte européen global de réforme des systèmes de santé. D'autres pays ont instauré des réformes visant à mettre en place une tarification à l'activité, mais aucun n'est allé jusqu'à couvrir plus de 50% de l'activité. Par ailleurs, aucun pays n'a tenté, comme la France, de soumettre secteur privé et public à des tarifs uniformes.

Pour l'ensemble des pays européens qui ont mis en place une réforme de la tarification à l'activité, les objectifs diffèrent : il peut s'agir de réduire les files d'attente, d'augmenter l'activité, de restructurer l'offre de soins ou de contrôler la croissance. De même, les définitions des MIGAC ne sont pas les mêmes selon les pays. En Allemagne, la prise en

charge des grands brûlés ainsi que des malades atteints de maladies tropicales est incluse dans le dispositif équivalent des MIGAC en France. En Italie, se rajoutent les patients atteints du SIDA. (Cf annexe 6 : tableau comparatif de la mise en place de la T2A dans différents pays européens).

Ainsi, ces différences de périmètres et d'objectifs obèrent toute tentative de comparaison du dispositif MIGAC entre pays européens.

1.2 Les MIGAC : Un nouveau mode de financement pour valoriser les actions de santé publique

1.2.1 Le dispositif MIGAC

A) Le maintien d'une dotation générale pour financer des actions spécifiques

La réforme de l'allocation des ressources des établissements de santé prévoit le maintien d'une modalité de financement ne relevant pas d'une tarification à l'activité. Ainsi, indépendamment de l'activité réalisée, des dotations sont fixées pour financer des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) au sein de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette dernière distingue les « MIG » qui représentent, en 2005, 3,6 milliards d'euros, des « AC » qui représente 0,6 milliards d'euros. Cette enveloppe nationale est répartie entre les ARH qui distribuent le montant de cette enveloppe entre les différents établissements ayant contractualisé avec elles. Les deux enveloppes MIG et AC sont fongibles.

→ Les missions d'intérêt général recouvrent, d'une part, les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), et d'autre part les « autres missions d'intérêt général ». Ces autres missions d'intérêt général sont liées aux soins MCO mais elles sont comptablement affectées hors champ (retraitement comptable section investissement).

→ L'aide à la contractualisation recouvre, quant à elle, d'autres ressources contractualisées, allouées par les ARH sur la base de critères objectifs définis régionalement et s'appuyant sur les orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Elles ont pour but l'amélioration de la qualité des soins.

B) La décomposition des MIGAC ou « la place des actions de santé publique dans les MIGAC »

Le décret n°2005-336 du 8 Avril 2005 divise les missions d'intérêt général en trois sections :

- « l'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation »,
- « la participation aux missions de santé publique »
- « la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques ».

La première section correspond aux MERRI. Ces dernières prennent en compte les surcoûts réellement entraînés par l'ensemble des missions de recherche et d'enseignement. Des indicateurs permettent de déterminer ces surcoûts.

La seconde section s'intitule « la participation aux missions de santé publique » et comprend notamment la vigilance, la veille épidémiologique, l'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux [...] l'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation. Quant à la troisième section, elle liste les missions d'intérêt général comportant la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques : politiques hospitalières, développement du dialogue social dans le secteur hospitalier et la coopération internationale en matière hospitalière.

Par ailleurs, l'enveloppe MIGAC est également destinée à financer les dépenses associées, selon les termes du décret, «aux activités dispensées à des populations spécifiques ». Il s'agit de la prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité, des détenus, et des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

Enfin, l'arrêté du 12 avril 2005 apporte des précisions au décret précédemment cité. Il liste les structures, programmes et actions susceptibles de bénéficier d'un financement MIGAC.

Il faut préciser que certains professionnels considèrent les MERRI comme partie intégrante des MIGAC, au motif que la recherche constitue bien une action de santé publique. Ainsi, la découverte du VIH dans les années 1980 a engendré des actions de prévention et d'éducation à la santé. D'autres au contraire limitent leur analyse aux seules actions ayant une efficacité directe sur l'amélioration de la santé. Dès lors, selon la directrice des soins d'un CHU, « *les actions de santé publique ne comprennent pas les MERRI mais uniquement la deuxième partie du décret, à savoir, la participation aux missions de santé publique* ». Cette ambiguïté n'est pas levée.

1.2.2 Les bénéficiaires escomptés du dispositif MIGAC en matière de santé publique.

A) Mieux cerner les actions de santé publique

Pour une directrice des soins d'un CHU, « *l'intérêt des MIGAC est de mettre de l'ordre dans les actions de santé publique réalisées auparavant.* » En effet, sous DGF, les établissements n'avaient pas le souci d'afficher certaines actions de santé publique. Dorénavant, pour pouvoir bénéficier des financements de l'enveloppe MIGAC, les établissements doivent repérer les différentes actions menées en interne et éventuellement faire valoir des actions qui ne bénéficiaient pas jusqu'alors de financements spécifiques. Pour un tiers des professionnels que nous avons rencontrés, le dispositif MIGAC a, d'ores et déjà, permis de repérer les actions de santé publique au sein de chaque établissement et de mesurer leur poids financier. Selon un directeur du service contrôle de gestion d'un CHU « *sous DGF, il n'y avait pas de recensement, la logique n'était pas celle de la dissociation des enveloppes, l'intérêt à agir en matière de santé publique était donc moins fort qu'aujourd'hui avec les MIGAC* ». Selon la déléguée au contrôle de gestion d'un autre CHU, grâce aux MIGAC, « *une enquête a été lancée et a permis de mettre en avant plus de 4600 actions d'intérêt général* ».

Ainsi, selon un responsable DRASS « *l'intérêt immédiat des MIGAC est d'aider à repérer, identifier et financer les missions de santé publique. Leur mérite essentiel est de nous avoir sortis du flou et de l'informel* ».

B) Mieux valoriser les actions de santé publique sur le plan financier

Le système permet de passer d'une logique de moyens à une logique de résultats : les établissements doivent justifier leurs actions de santé publique pour pouvoir bénéficier des crédits correspondants. Ce nouveau financement spécifique doit permettre d'inscrire et de valoriser de façon durable les actions de santé publique dans les missions premières des hôpitaux. Selon un directeur adjoint de CHU, « *les MIGAC sanctuarisent et préservent certaines activités dont le financement est ainsi garanti.* ». Pour un chargé de mission dans un CHU, « *les MIGAC ne sont pas UN moyen mais LE moyen* » de valoriser les actions de santé publique. « *Ces missions, on nous demande de les assumer mais elles ne se retrouvent pas dans les tarifs. Si on n'avait pas les MIGAC, on ne saurait pas les financer, alors qu'elles représentent des montants non négligeables* ».

D'après un responsable DRASS, outre que « *les enveloppes sont significatives et intéressantes* », les MIGAC sont un moyen de valoriser financièrement des activités qui n'entrent que difficilement dans les tarifs GHS.

2 LES MIGAC : UN DISPOSITIF AMBITIEUX AUX EFFETS AMBIVALENTS SUR LES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Le système sanitaire est d'une grande complexité. La réforme entreprise est ambitieuse. De ce fait, ses répercussions sur l'organisation du système de santé, sur le management interne et sur la prise en charge du patient engendrent des attentes et des interrogations de la part des acteurs.

Pour la plupart d'entre eux, la réussite de la réforme dépendra de son application cohérente sur le terrain et de son appropriation par les professionnels. Mais d'autres doutent déjà que l'enveloppe MIGAC soit suffisante, ou même, réellement destinée aux actions de santé publique. Dès lors, ces dernières pourraient se voir oublier au cours d'arbitrages financiers et politiques.

2.1 Les risques politiques et économiques liés au financement MIGAC

Il est impossible, à ce jour, de connaître les impacts de la réforme et d'en évaluer l'efficacité; Il est néanmoins possible, sur les plans économique et politique, d'en envisager les répercussions inattendues. Il s'agit donc, d'appréhender les menaces que ce nouveau mode de tarification fait peser sur les actions de santé. Les réserves portent principalement sur les conditions de mise en œuvre de la réforme, de même que sur ces incidences économiques et éthiques.

2.1.1 Les difficultés suscitées par la mise en œuvre de la réforme

A) Une mise en oeuvre précipitée, sans expérimentation préalable

La réforme a été mise en œuvre rapidement, sans laisser aux professionnels le temps d'intégrer « l'esprit » de la réforme et ses différents paramètres. La part du budget financée en « tarification à l'activité » est ainsi passée de 10% en 2004 à 25% en 2005 alors qu'il était prévu une montée en charge plus progressive de l'ordre de 5% par an. Cette mise en œuvre accélérée de la T2A rend plus incertain l'équilibre budgétaire. Par ailleurs, les acteurs de terrain critiquent l'absence d'expérimentation préalable à la mise en place du nouveau système de financement. Il semble qu'un temps d'adaptation plus long aurait permis aux professionnels de mieux intégrer à leur gestion ces nouveaux paramètres.

B) Des impacts négatifs sur les actions de santé publique

Une réforme d'une telle ampleur suppose des ajustements progressifs, à mesure qu'elle se réalise. Or, pour beaucoup, la précipitation avec laquelle la réforme a été mise en oeuvre obère déjà en partie sa réussite. Sa mise en oeuvre brutale risque ainsi d'engendrer des déséquilibres financiers. Le ministère se prive ainsi d'outils de suivi et de prévention des dysfonctionnements.

Dans ce climat d'incertitude, les directeurs d'établissement sont peu enclins à promouvoir de nouvelles actions de santé publique. La politique du statu quo en la matière peut se révéler comme un autre des effets pervers de cette réforme.

2.1.2 Incertitudes sur le périmètre et le calcul de l'enveloppe MIGAC

A) Autour du périmètre des MIGAC

Une des interrogations majeures des professionnels concerne la détermination du périmètre des MIGAC. En effet, si le décret liste des missions d'intérêt général de manière large, l'arrêté d'application daté du 6 avril 2005, détermine très précisément les actions de santé publique concernées par les MIGAC. Il était, certes, difficile pour le Ministère de faire l'économie d'une définition des MIG.

Toutefois, les professionnels soulignent que cette liste ne couvre pas toutes les actions développées par les établissements. Ainsi le directeur des affaires financières d'un établissement de proximité précise que, « *si le décret prévoit que les équipes mobiles de gériatrie sont éligibles à un financement MIGAC, en revanche, les équipes d'appui et d'orientation gérontologiques n'entrent pas ce cadre* ». Les premières interviennent sur plusieurs établissements, quand les secondes agissent en interne. Cette seule différence peut-elle justifier d'émarger ou non aux MIGAC ? De même, un DIM d'un CHU du Grand Ouest déplore : « *des choses ont été oubliées : le planning familial, l'aide aux victimes, la médecine légale. L'aide aux victimes ne relève peut-être pas du CHU, mais la médecine légale certainement. Est-ce que c'est un oubli qui sera réparé ou cela fera-t-il partie des choses qui tomberont progressivement ? Ou bien est-ce un choix de rester dans le médical et de laisser tomber le social ? Je reste sceptique quant au devenir de cette façon de financer l'hôpital* ».

En outre, les priorités de santé publique évoluent. Un des enjeux de la réforme des MIGAC est donc de savoir si les missions définies pourront faire l'objet de réajustements futurs. Aucune information n'a été transmise, en ce sens, par le Ministère.

Enfin, la réforme de la tarification tend à dissocier l'activité de soin et les actions de santé publique. Or, au cours d'une consultation, il est très difficile de définir le temps passé à faire de l'hygiène et de la prévention et le temps passé à faire du curatif pur. De quelle manière pourra-t-on dès lors valoriser cette activité de prévention et d'éducation ? Le risque n'est-il pas de conduire à la réduction du temps de la consultation, au profit du curatif et au détriment de la santé publique ? Certes, les actions de santé publique relevant des grands plans nationaux ne sont pas ici menacées, mais les activités développées à la marge par des professionnels isolés risquent de ne pas être reconduites, faute d'identification et de valorisation. Ainsi, à titre d'exemple, il sera difficile d'identifier le temps et le personnel dédiés à la prévention de l'obésité dans le cadre des soins donnés aux patients souffrant d'apnée du sommeil et hospitalisés.

La T2A, qui incite à une maîtrise des coûts de production, tend à recentrer l'hôpital sur le volet curatif du soin, et ce, au préjudice des actions santé publique dont les bénéfices attendus ne sont qu'aléatoires et lointains.

B) Autour du mode de calcul de l'enveloppe

Les professionnels critiquent la base de calcul des enveloppes MIGAC. Les enveloppes allouées par les ARH ne correspondaient pas aux montants calculés et transmis par les établissements. Cet écart de calcul provoque une inquiétude chez les professionnels, dans la mesure où la base de calcul employée par les ARH ne leur est pas connue.

Ce manque de cohérence et de transparence nuit à la crédibilité de la réforme financière, même lorsque l'enveloppe fournie est supérieure aux estimations données par l'établissement. D'une part, ce manque de transparence semble menacer la pérennité des financements. D'autre part, le montant de l'enveloppe MIGAC semble pouvoir être négocié directement avec le Ministère. Or cette négociation pourrait biaiser l'allocation des ressources en y introduisant des considérations politiques, voire personnelles. Ainsi, selon un directeur d'établissement : *« Les gens vont demander à quoi sert l'enveloppe puisque, de toutes les façons, le financement va se faire dans la négociation. Donc, tout le travail de clarification est lié à une cohérence de vision entre le niveau macroéconomique, le niveau microéconomique de l'hôpital et le niveau managérial du pôle. Si on commence à saper la cohérence au niveau macroéconomique, on rentre dans des logiques qui sont inexplicables aux gens »*.

Par ailleurs, les ARH ont fixé des enveloppes MIGAC globales pour chaque établissement. Toutefois, elles n'ont pas détaillé le montant des crédits alloués à chaque mission d'intérêt général identifiée. Ce manque de précision rend difficile les choix des directeurs relatifs à la ventilation des crédits.

2.2 Les risques économiques : rationnement et dévoiement des MIGAC

A ce stade d'avancement de la réforme, seul un éclairage prospectif peut être apporté. Toutefois, trois risques économiques qui menacent les actions de santé publique peuvent déjà être repérés.

Les actions de santé publique pourraient pâtir tout d'abord d'un tarissement de l'enveloppe MIGAC. Ensuite, celle-ci pourrait être détournée de son objet en servant de variable d'ajustement du budget des établissements. Enfin, certaines actions de santé publique constituent des productions humaines que l'on ne peut appréhender par une simple valorisation comptable. Les MIGAC peuvent apparaître alors, en contradiction avec la logique qui sous-tend la réforme de la T2A.

2.2.1 Impact possible d'une réduction de l'enveloppe MIGAC

L'impact des MIGAC sur les actions de santé publique dépendra du volume des crédits qui seront durablement alloués à ces missions. A l'issue des entretiens réalisés, l'enveloppe MIGAC attribuée à chaque établissement, cette année, apparaît suffisante pour financer l'existant. Demeure cependant incertaine la capacité des MIGAC à susciter de nouvelles actions de santé publique, dont le retour sur investissement est par essence indéterminé. A cet égard, la part MERRI des MIGAC, qui finance la recherche et l'innovation, est intéressante. La recherche fondamentale est une activité aussi nécessaire que coûteuse. Les applications que l'on peut en retirer sont par essence aléatoires. Dès lors, dans un contexte budgétaire difficile, les établissements pourraient être tentés de sélectionner les activités de recherche qu'ils financent, en fonction des débouchés potentiels de chacune. N'y aura-t-il pas alors un biais dans le choix des thèmes de recherche, qui consisterait à privilégier la recherche appliquée au détriment de la recherche fondamentale ? De même, les activités de recherche concernant les maladies rares pourront-elles encore trouver des modes de financements adaptés ?

2.2.2 L'enveloppe MIGAC utilisée comme variable d'ajustement

Par ailleurs, l'introduction des MIGAC fait peser un second risque sur le système sanitaire, celui d'annuler les effets de la réforme T2A. En effet, cette dernière vise à rapprocher les modalités de financement du secteur public et du secteur privé. Dans cette perspective, la montée en charge dans le système T2A s'est accompagnée cette année d'une baisse générale des tarifs MCO applicables aux établissements publics. Cette diminution obscurcit les perspectives budgétaires des établissements car elle diminue leurs recettes, à activité constante. Le déficit est, en outre, désormais prohibé dans les établissements et les reports de charge complètement proscrits. Dans ce contexte, les

marges de manœuvre budgétaires laissées aux établissements se réduisent. C'est pourquoi les MIGAC pourraient être détournées de leur objet en servant de variable d'ajustement du budget aux établissements en difficulté. En effet, par rapport au financement T2A, l'enveloppe MIGAC a l'avantage de constituer une source de financement sûre et relativement stable à long terme. Les établissements peuvent donc être tentés de sur-déclarer de nouvelles actions de santé publique afin d'émarger toujours davantage au titre des MIGAC. Cette dérive impliquerait alors un véritable dévoiement de la réforme du financement des hôpitaux dans la mesure où elle ralentirait la nécessaire recomposition de l'offre hospitalière, en maintenant sous respiration artificielle certains hôpitaux. L'enveloppe MIGAC ferait également perdurer les rentes de situation dont bénéficient certains établissements.

En même temps, un gonflement artificiel de la part MIGAC dans le budget des hôpitaux implique mécaniquement, au niveau macroéconomique, une réduction de la part dévolue au financement à la T2A. Les établissements pourraient alors se trouver pris à leur propre piège puisque une réduction du volume de crédits finançant la T2A se traduirait inévitablement par un ralentissement de l'inflation des tarifs MCO.

2.2.3 La difficile valorisation comptable des actions de santé publique

Enfin, la réforme du financement des hôpitaux est porteuse d'une croyance selon laquelle toutes les productions humaines pourraient faire l'objet d'une valorisation comptable. Or, la production de santé ne se résume pas à la simple production d'actes de soins. Les bienfaits que retire une population d'un programme d'actions de santé publique étoffé, d'un maillage sanitaire fin, se laissent difficilement appréhender par un bilan coût-avantage.

Force est de constater que certains actes de prévention sont faciles à identifier et pourraient même faire l'objet d'une tarification à l'activité. D'autres actions, en revanche, qui relèvent davantage de ce que le Fonds monétaire international appelle « l'inclusion sociale », sont moins palpables, en dépit de leur impact déterminant sur la croissance économique d'un pays. Les économistes de cette organisation internationale ont d'ailleurs bien montré que la mise en jachère des programmes de santé publique dans les pays en développement, constituait un frein puissant à l'essor de ceux-ci. Dès lors, la tarification à l'activité apparaît comme une menace pour la santé publique car elle tend à privilégier la production d'actes de soins au détriment de la production de santé.

En raisonnant par l'absurde, on pourrait même soutenir que la tarification à l'activité rend les actions de prévention contre-productives pour les hôpitaux. En effet, l'éducation à la santé et les actions de santé publique, en améliorant la santé de la population, réduisent la clientèle des patients potentiels. Elles impliquent une diminution du nombre des pathologies dont les traitements nécessitent des moyens humains et techniques

importants. La prévention entraîne donc une baisse d'activité pour les établissements. Face à ce paradoxe, il sera difficile de concilier une logique comptable avec la logique de santé publique.

Au-delà de ce scénario catastrophiste, force est de reconnaître que le domaine de la santé est inflationniste pour un ensemble de raisons, dont le vieillissement de la population. D'autres causes existent. Les établissements sanitaires sont d'abord des entreprises de services dont les gains de productivité sont relativement inférieurs à ceux de l'industrie. L'indexation des salaires des hospitaliers sur les autres professions comporte donc un biais inflationniste. En outre, comme le souligne le directeur d'un CHU, *« on n'a pas pris conscience que dans un hôpital moderne, la course aux étoiles High tech a un coût, et que les marges bénéficiaires sont surtout destinées aux grandes entreprises pharmaceutiques et électroniques »*. Dès lors, face au coût du high tech, la santé publique est réduite à la portion congrue. Le développement de la santé publique est tiraillé entre des exigences contradictoires : d'un côté les actions de santé permettent à long terme de réaliser des économies ; d'un autre côté, elle contrecarre la croissance économique du secteur.

Pourtant, si l'économie constitue une aide à la décision en matière de santé publique, elle ne doit pas prendre le pas sur les choix éthiques qu'adopte une société. La réussite des MIGAC passe donc par un courage politique qui sache faire la part entre bien-être économique et bien-être tout court.

2.3 Le cloisonnement : un risque d'inégalité dans l'accès au soins

Le système mis en place par le Ministère suscite des interrogations sur les possibilités de développement des actions de santé publique. En effet, il n'est pas sûr que la création des MIGAC, qui constituent pourtant une ressource certaine et prédéterminée pour les établissements, encourage le développement de la santé publique, en raison du cloisonnement du système de santé et des financements.

2.3.1 Le cloisonnement des actions en matière de santé publique

Les professionnels soulignent les effets « cloisonnant » des crédits fléchés, qui concourent à dissocier chaque action de santé publique en lui allouant des crédits spécifiques. Il leur semble particulièrement difficile d'assurer la prise en charge globale des patients en matière de santé publique avec des structures et des crédits aussi étanches. Deux logiques paraissent donc s'opposer : une logique d'enveloppes bien définies par pathologie d'un côté et la nécessité d'une approche transversale en matière de santé publique de l'autre.

Ainsi, le cloisonnement des actions de santé publique se traduit par une séparation artificielle du sanitaire et du social, par un manque important de coopération entre les acteurs, par le repli de l'hôpital sur lui-même en la matière et par la multiplication du nombre de décideurs et de responsables.

2.3.2 Le cloisonnement des structures est facteur d'inégalités

Ce cloisonnement entraîne des inégalités d'une part entre établissements, d'autre part entre patients. Il paraît très difficile de concilier logique gestionnaire et logique « santé publique ».

Dès lors, comment sera valorisée l'activité en matière de santé publique, des établissements dont les patients sont en situation de grande précarité ? « *Les établissements comme Saint Denis* », explique un directeur, lors du colloque sur les MIGAC du 23 mars 2005 au Sénat, « *seront pénalisés financièrement par rapport aux autres* ». Par ailleurs, la question de l'équité se pose également, entre petits et grands établissements. A quoi pourront en effet, prétendre les établissements de proximité qui n'émargent aux MIGAC qu'au titre de deux ou trois actions de santé publique seulement ? Or, il semble que la liste fixée dans le décret ne les concerne que peu. Ils ne peuvent donc faire valoir leurs actions de santé publique, souvent faites à la marge, que de manière restreinte et difficilement quantifiable.

Par ailleurs, cette inégalité entre établissements pourrait se doubler d'inégalités géographiques qui renforceraient les inégalités entre patients. Qui, en effet, sera en mesure de garantir un maillage fin du territoire en matière de santé publique, assurant un égal accès de tous à ces soins ? Il s'agit ici encore d'une question d'équité, qui dépend de décisions politiques. La question est ainsi de savoir si les ARH seront en mesure d'imposer aux établissements de prendre en charge des actions publiques relevant, non pas de plans nationaux, mais des besoins de la région. Cela présuppose que les ARH mettent en oeuvre un pouvoir décisionnel suffisant et que la coordination se fasse avec les SROS, de manière à garantir une claire répartition des tâches entre les établissements d'une même région.

Ces différentes interrogations amènent les acteurs à repenser le rôle de l'hôpital en matière de santé publique. Différentes propositions ont été faites en ce sens, susceptibles de remettre en cause la place de la santé publique dans le système de santé. En effet, une des évolutions possibles consiste en un recentrage de l'hôpital sur ses activités de soins curatifs. Les actions de santé publique seraient dès lors menées à l'extérieur de l'hôpital, dans une structure ad hoc. A tout le moins, d'aucuns considèrent, comme un

directeur de CHU, que l'hôpital devrait « *se recentrer sur la prévention de niveaux deux et trois* » et confier le « *niveau un* » (éducation à la santé) à d'autres relais. Ce dispositif comporte pourtant de nombreux inconvénients. En effet, ces relais risquent d'être moins visibles que l'hôpital et par conséquent de manquer leur cible. Par ailleurs, il n'est pas certain que les médecins acceptent de se déplacer en dehors de l'hôpital pour consulter. Enfin, cette mise à l'écart pourrait accentuer la stigmatisation de certains groupes de population. (CF, décret du 08 avril 2005 relatif aux MIGAC : « *Art. D. 162-7. - Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé* »).

3 LA PRESERVATION DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE DANS LE CADRE DE LA REFORME FINANCIERE

En terme de santé publique, les questions du maintien, de l'externalisation ou de l'abandon des actions de santé publique sont au cœur des débats sur l'avenir de la santé publique. Les différents entretiens que nous avons réalisés auprès des professionnels (DG, DIM, Contrôle de Gestion, DS, DRASS, ARH), nous ont permis d'appréhender ce que pourraient être dans l'absolu les conditions de leur pérennité dans le cadre du nouveau système financier. L'idée de mettre en avant et de soutenir les actions de santé publique reçoit l'assentiment de tous. Toutefois, pour que les MIGAC puissent remplir pleinement le rôle qui leur a été dévolu, des ajustements semblent indispensables.

Ceux-ci doivent être mis en œuvre tant au niveau politique (1), institutionnel (2), managérial (3), qu'au niveau économique et financier (4) et ce afin que les actions de santé publique puissent être pérennisées.

3.1 Des ajustements nécessaires au niveau politique

La santé publique souffre toujours d'un déficit d'image car l'impact des actions menées sur le bien-être des populations est difficile à mesurer.

Contrairement aux idées reçues, l'accroissement de la durée de vie dans notre pays n'est dû qu'à hauteur de 25% aux progrès de la médecine curative (source : Haut conseil de santé publique). Les 75 % restants sont donc à mettre au crédit des actions d'éducation, de prévention et d'hygiène. Autrement dit, la santé publique tiendrait un rôle majeur dans l'amélioration du bien-être de la population. Pourtant, la ventilation des crédits de l'enveloppe ONDAM, entre le curatif et le préventif, ne correspondent pas à ce constat. En 2000, la prévention représentait 2% des dépenses de santé en France

Selon un directeur d'un CHU, « *cette réforme doit être l'occasion de donner à la santé publique ses « lettres de noblesse »* ». Aujourd'hui, l'éducation et la prévention doivent trouver la place qui leur est due au sein de notre système de santé et de son financement. Les MIGAC doivent être d'abord l'occasion de s'interroger sur ce que doit être une véritable politique de santé publique : quelles sont les actions prioritaires, quels sont les critères de choix retenus, comment les actions doivent-elles être mises en œuvre et enfin, comment doivent-elles être évaluées sur notre territoire ?

Selon un DIM de CHG, « *il est souhaitable que des programmes de santé publique soient déclinés par région et non issus de négociations au « coup par coup » entre certains établissements et la tutelle* ». Ces programmes doivent être complets, des objectifs précis doivent être définis, une évaluation en cours et *a posteriori* doit être prévue, accompagnée d'une pondération par région.

Cette politique de santé publique peut aussi avoir comme objectif une meilleure implication du secteur privé dans les problématiques de santé publique, telles que l'éducation du patient, l'enseignement ou la recherche et l'innovation. Ainsi, la question se pose « *d'un partenariat possible entre le public et le privé, pour mieux assurer les missions d'intérêt général* », selon la direction générale d'un groupe de cliniques privées. Cela a suscité de nombreux débats, d'une part sur les conditions de mise en œuvre d'une telle coopération, d'autre part sur la pertinence d'un tel projet.

Sur le premier point, il semble que le Ministère ait longtemps hésité à permettre aux établissements privés d'émarger aux MIGAC avant de leur ouvrir cette possibilité. Néanmoins, les acteurs privés voient difficilement « *à quel titre ils pourraient prétendre au financement MIGAC.* » Selon les établissements privés, « *le décret fixant les MIGAC ne concerne en réalité que les hôpitaux publics et n'est destiné qu'à les sauver de leurs difficultés financières.* » Ils reconnaissent cependant que leur participation aux actions de santé publique est encore limitée. A terme, les établissements privés pourraient vouloir émarger au titre des MIGAC en ouvrant des UPATOU et en prenant en charge certaines missions d'enseignement. En effet, le secteur privé est confronté à une pénurie de professionnels médicaux et paramédicaux. Dans ce contexte, ces établissements cherchent les moyens d'attirer des internes et des infirmières en constituant des pôles d'excellence dans des domaines très spécialisés. Assurer des missions d'enseignement et de recherche leur permettrait ainsi de pallier leurs problèmes de recrutement.

Toute politique de santé publique doit s'accompagner d'une «volonté» et d'un «courage» politique. Il en va de même, bien sûr, pour les MIGAC. Leur efficacité se verrait multipliée par des agences plus fortes disposant d'un pouvoir de décision plus important. D'après la direction générale d'un groupe de cliniques privées, on peut éventuellement « *envisager*

la publication d'appels d'offre MIGAC, par les ARH, qui seraient ouverts à la fois aux établissements de santé publics et privés ». Ce mode d'attribution des ressources permettrait un maillage régional des actions de santé publique, qui répondrait ainsi aux besoins de la population.

La mise en œuvre de projets médicaux de territoire, fondés sur la coopération entre établissements et la mutualisation de moyens financiers et humains, peut constituer un moyen de conserver des actions de santé publique sur chaque territoire, en dépit des restrictions budgétaires et de garantir une prise en charge des patients sur ces questions qui correspondent aux attentes et aux besoins de la population.

Dans tous les cas, une meilleure communication, réactivité, ouverture et négociation de la part de la « tutelle » serait un atout certain dans la réussite des MIGAC. De même, ce changement, véritable changement culturel, ne devra en aucun cas se faire de manière trop rapide. Il devra être intégré par les différents établissements éligibles aux MIGAC. Cette appropriation par les professionnels de terrain est une condition essentielle de la réussite de la réforme.

3.2 Des ajustements nécessaires au niveau du pilotage institutionnel

La diversité des intervenants du champ sanitaire et social implique une nécessaire mise en cohérence et un réel pilotage des politiques de santé publique afin de garantir l'effectivité de la mise en place des actions de santé publique.

Tout d'abord, La mise en œuvre de la réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé et, la mise en place des MIGAC pour financer les missions d'intérêt général et de santé publique réalisées par les établissements ne sauraient se limiter au seul champ sanitaire. Pour cette raison, le renforcement du rôle des ARH est certes nécessaire mais insuffisant en terme de pilotage des politiques de santé publique.

Ensuite, l'enchevêtrement des compétences et les nombreuses interactions entre les acteurs sanitaires et sociaux imposent la mise en place de structures adaptées destinées à mettre en cohérence et à assurer la synergie entre toutes les actions de santé publique. Les nouvelles « Missions Régionales de Santé » (MRS) visent à assurer cette complémentarité dans le domaine de l'organisation des professions de santé et de la médecine de ville selon les DRASS. Les MRS seraient en fait une préfiguration de ce que pourrait être l'action des « Agences Régionales de Santé » (ARS) pour lesquelles cinq régions se sont portées candidates à l'expérimentation.

Il est trop tôt pour envisager l'efficacité de la nouvelle architecture du système de santé qui se met actuellement en place. Toutefois un certain nombre de questions se posent quant à son pilotage, notamment la pertinence des « Groupements Régionaux de Santé Publique ». Comment assurer les liens et la coordination entre les priorités de santé

publique et les programmes définis par les GRSP - l'articulation entre le champ social et médico-social - qui dépendent des « Conférences Régionales de Santé »? Très vraisemblablement, on retrouvera les mêmes participants dans ces deux instances de définition et de mise en oeuvre des politiques régionales de santé publique. En l'état actuel, on peut supposer que pourront surgir des divergences entre les Préfets de Région, qui présideront les GRSP et qui définiront les priorités de santé publique et les MRS (URCAM + ARH) ou ARS qui les mettront en oeuvre.

Ainsi, il semble nécessaire de clarifier le pilotage des politiques de santé publique et le rôle des différents acteurs afin d'assurer leur pérennité et d'en assurer la réalisation.

3.3 Des ajustements nécessaires au niveau managérial

Pour prévenir les répercussions inattendues, il semble nécessaire de revoir l'organisation des actions de santé publique en externe ou en interne.

D'une part, au niveau national et régional, le cloisonnement des structures ainsi que la multiplication des acteurs et la dilution des responsabilités doivent être combattus. Cela passe par le rapprochement du sanitaire et du social, le rattachement de la santé publique à un financeur, une approche globale, la coordination des acteurs, une déclinaison des actions à l'échelle régionale assurant un maillage équitable du territoire, avec la mise en place de cahiers des charges précis sur des projets de santé publique ciblés, l'instauration de vacations entre établissements et un véritable changement de mentalité.

D'autre part, au sein même des établissements, selon un directeur d'hôpital en CHRU, il faudrait améliorer l'organisation des actions de santé publique. En effet, « *les services médicaux étant trop axés sur l'épidémiologie, la création d'une véritable direction de la politique médicale pourraient être une avancée certaine. Cette direction aurait en son sein toute la dimension de coordination, de vigilance, d'hygiène, de formation médicale, de prévention et d'éducation à la santé* ». En parallèle, la création d'espaces d'éducation du patient permettrait de centraliser l'apprentissage et permettre ainsi aux patients d'obtenir un maximum d'informations dans un lieu unique. Ces « *preventive care* » éviteraient la multiplication des lieux d'éducation (exemple : une infirmière en cardiologie, une en pneumologie), ce qui permettrait aux établissements de réaliser d'importantes économies d'échelle.

Par ailleurs, et afin d'entrer dans une logique d'argumentation et d'affichage des actions de santé publique, « *il est souhaitable d'organiser de véritables mécanismes d'évaluation de la recherche, de référence et de l'innovation (MERRI)* ». Seules cette évaluation pourra faire de l'enveloppe MIGAC autre chose qu'une simple enveloppe de « *régulation politique* ».

Cette démarche, lancée dans un CHRU, semble donner des résultats probants qui doivent être publiés au cours de l'automne 2005.

Enfin, avec la nouvelle gouvernance, les établissements de santé ont besoin d'un « *maximum de transparence afin de permettre une gestion de «terrain»* », d'après un directeur en CHRU. Il faut clarifier les procédures d'affectation des actions de santé publique au sein de l'enveloppe MIGAC. La transparence, la stabilisation des règles du jeu, le langage commun, l'exhaustivité ainsi que la mise en place d'un véritable dialogue permettront à la tutelle de mobiliser l'ensemble des acteurs.

3.4 Des ajustements nécessaires au niveau économique et financier

La première « condition de réussite » est d'avoir une enveloppe MIGAC suffisante pour répondre aux besoins de financement des actions de santé publique repérées. Les MIGAC répondraient alors à l'objectif qui leur a initialement été fixé. Toutefois, l'enveloppe T2A + MIGAC reste fermée. Si l'on joue le jeu de la T2A, en augmentant l'activité pour obtenir plus de recettes, l'enveloppe MIGAC s'en trouve automatiquement diminuée et inversement. Une des solutions à cet effet de « vase communicant » pourrait être d'axer le financement des MIGAC sur des programmes de santé publique avec des crédits propres tout en gardant une cohésion entre les projets.

Une autre idée, avancée par un directeur en CHRU, serait d'aboutir à « *une logique de «compte d'exploitation» en lieu et place d'une simple logique de dépenses* », comme la réforme budgétaire « Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses » (EPRD), mise en place en 2006, le prévoit. Le compte d'exploitation permet de déterminer quelles sont les activités médicales les plus rentables au sein, par exemple, d'un même pôle. Les excédents réalisés au titre de ces activités compensent alors celles qui génèrent des déficits. Cette idée nécessite une clarification des règles d'affectation afin de faire naître des liens de solidarité entre les différentes activités d'une part, entre les différents pôles d'un établissement d'autre part.

Par ailleurs, il résulte du colloque «Les missions d'intérêt général, nouveau socle du service public de santé à l'hôpital » organisé par les associations Hôpital 2010 et R.Evolution Santé 2010, le mercredi 23 Mars 2005, que certaines missions d'intérêt générales pourraient être intégrées aux tarifs du GHS. Des réflexions sont en cours dans les établissements de santé, afin de négocier l'intégration des MIGAC (figurant dans la liste du décret) telle que l'éducation diététique des patients diabétiques, dans les tarifs du GHS correspondant.

De plus, certaines missions d'intérêt général pourraient être forfaitisées, notamment les consultations (CDAG). Les actions de santé publique sont très hétérogènes et peuvent donc faire l'objet d'un financement différencié. Toutefois, le problème est de fixer le montant du forfait. Selon, Gérard de Pouvourville, économiste à l'INSERM, l'idéal serait la couverture partielle des coûts observés en fonction d'indicateurs plus ou moins directs de la charge de travail ou de la production liée à ces activités. Mais, la réussite de cette méthode dépend du choix des indicateurs, de la qualité du recueil d'information, et de l'existence d'un système d'évaluation optimal.

D'après le DIM d'un CHG, d'un point de vue purement économique, si la réforme T2A avait pour objectif d'introduire des mécanismes de régulation marchande, *« cette idée semble aujourd'hui utopique. Pour mettre en place une véritable économie de marché, il faut avoir de véritables consommateurs libres de leurs choix, avisés et informés, ce qui n'est pas le cas dans le domaine de la santé »*. Le domaine de la santé ne pouvant s'intégrer pleinement dans un système économique libéral, il est du rôle de l'État d'intervenir pour rééquilibrer l'offre de soins. La détermination du tarif reste un acte politique. Ce choix fait par le ministère orientera l'offre de soins. Aujourd'hui, l'enveloppe MIGAC joue ce rôle de régulation au détriment de son objectif de promotion de la santé publique. Cette problématique confirme le besoin de financements propres pour les actions de santé publique. L'État doit donc aujourd'hui afficher clairement une enveloppe de régulation hors MIGAC, et ce, afin de gagner en clarté vis à vis des professionnels et de répondre aux besoins des patients.

4 CONCLUSION

La réforme de la tarification à l'activité s'est accompagnée de la mise en place d'une enveloppe MIGAC destinée à couvrir les surcoûts liés aux missions de service public réalisées à l'hôpital. Elle s'inscrit dans un contexte macroéconomique général de maîtrise des déficits publics en France comme en Europe. Les MIGAC ont été accueillies par les professionnels comme une opportunité de valorisation des actions de santé publique. Celles-ci véhiculent un imaginaire très fort, qui renvoie aux missions du service public hospitalier, telles qu'elles sont déclinées dans la loi de 1970. Cependant, la précipitation avec laquelle les MIGAC ont été mises en oeuvre a suscité, parmi les professionnels, de nombreuses inquiétudes, exprimées lors des entretiens. L'une d'entre elle réside dans l'étroitesse de l'enveloppe MIGAC qui ne représente que 2% du budget des établissements publics.

En tant que futurs professionnels de la santé, ce sujet nous a également interrogé sur la manière dont il faudra appréhender les actions de santé publique dans nos fonctions respectives. Les attentes et les inquiétudes à l'égard de cette réforme divergent selon la filière à laquelle appartiennent les différents participants à ce module interprofessionnel.

Les directeurs d'hôpitaux sont pour le moment dans l'attente. L'objectif premier est de maintenir les actions déjà engagées. Ils cherchent à identifier et évaluer la part des MIGAC dans leur budget général.

Les directeurs des établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux ont la crainte de voir les hôpitaux abandonner certaines catégories d'activités et de populations qui ne sont pas assez rémunératrices. De plus, la faiblesse de l'enveloppe MIGAC risque de transférer sur les établissements sociaux une part plus importante de l'activité de prévention.

Pour les directeurs des soins, la santé publique fait partie intégrante du cœur des métiers soignants. Le repérage des activités éligibles au titre des MIGAC a permis de mettre en évidence des activités parfois méconnues, peu valorisées mais indispensables à la prise en charge des patients. L'enveloppe MIGAC devient le seul dispositif garantissant le maintien d'actions de santé publique ancrées dans le projet de soins et indissociables de certaines activités soignantes. Les directeurs des soins redoutent néanmoins que ce dispositif ne couvre pas la totalité des besoins recensés. Il est probable que cette contrainte économique les incitera à faire des choix et à imaginer d'autres modes de partenariats (hors les murs de l'hôpital) pour mieux répondre aux besoins de la population du territoire de santé.

Selon les IASS, les instances sanitaires devraient assurer un réel pilotage. La dimension santé publique doit être complètement intégrée dans les schémas, les projets d'établissements et les projets médicaux de territoire. Toutes les dimensions de la santé publique doivent être mises en cohérence dans le cadre de schémas. Celle-ci n'est pas encore réellement assurée en matière de santé publique faute d'un pilotage clairement défini. Il conviendra de développer, au sein du corps des IASS, des compétences en matière de contrôle de gestion pour être force de proposition auprès des établissements.

En dépit de son démarrage en demi-teinte, la réforme des MIGAC recèle un potentiel important. C'est sur le long terme, en fonction du montant de l'enveloppe et de ses modalités de répartition que les MIGAC se révéleront un outil approprié. Soit elles pourront répondre aux besoins de santé publique, soit elles pourraient n'être au contraire qu'une compensation aux difficultés financières des établissements.

« La manière dont seront identifiées et financées les structures, les programmes et les actions de santé publique, valorisées les activités de coopération, de prévention et d'éducation, compensés les surcoûts, gérés les cas atypiques, conditionnera le maintien, l'externalisation ou l'abandon de ces prises en charge.»¹

Une nouvelle réflexion est à construire en combinant les critères de performance hospitalière et la pérennité des actions de santé publique. En effet, la conciliation entre introduction de la performance dans la conduite de l'action publique et le maintien des valeurs qui sous-tendent la notion de service public est le défi auquel sont désormais confrontés les établissements de santé.

Bibliographie

- Circulaire N°DHOS/F/DSS/1A/2005/181 du 5 avril 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale,
- Fédération Hospitalière de France, *L'hôpital de A à Z*, Edition 2004
- Patrick Expert, *La tarification à l'activité* (médecine et gestion : une dynamique nouvelle), berger-levrault, 2005
- Actes du colloque «Les missions d'intérêt général, nouveau socle du service public de santé » organisé le 23 mars 2005 par les associations Hôpital 2010 et R.Evolution Santé 2010, notamment le sujet traité par Monsieur François Maury « Les MIGAC : nouveau socle du service public de santé à l'hôpital. Le contexte, les enjeux, les acteurs »,
- Site internet www.fhf.fr, rubrique, tarification à l'activité,
- Site internet www.hospimedia.fr, rubrique « dotation MIGAC »,
- Site internet www.aeae.ensp.fr (site des anciens élèves de l'ENSP – filière directeurs d'hôpital),

Liste des annexes

- Annexe 1 : Fiche méthodologique
- Annexe 2 : Entretiens réalisés
 - 2.1 : Entretien avec une coordinatrice générale des soins d'un CHRU,
 - 2.2 : Entretien avec une coordinatrice générale des soins d'un CHG,
 - 2.3 : Entretien avec une déléguée au contrôle de gestion stratégique d'un CHRU
 - 2.4 : Entretien avec un chef de service DIM, CHU
 - 2.5 : Entretien avec un chef de service DIM, CHG
 - 2.6 : Entretien avec un directeur d'hôpital CHRU
 - 2.7 : Entretien avec un directeur d'hôpital CHU
 - 2.8 : Entretien avec une responsable juridique d'un établissement privé,
 - 2.9 : Entretien avec un directeur des affaires financières d'un centre hospitalier,
 - 2.10 : Entretien avec un directeur adjoint des finances, CH
 - 2.11 : Entretien avec un directeur service contrôle de gestion, CHU
 - 2.12 : Entretien avec une directrice des affaires financières, CHRU
 - 2.13 : Entretien avec un directeur adjoint des finances, CH
- Annexe 3 : Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensées à certaines population spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale,
- Annexe 4 : Article paru dans APM du 24 mars 2005
- Annexe 5 : Panorama des expériences européennes sur le thème de la T2A extrait du site internet du SNCH (source : colloque DHOS, mission T2A du 11 février 2005),

ANNEXE 1

FICHE METHODOLOGIQUE

La démarche méthodologique que nous avons adoptée se décompose en plusieurs étapes :

1. Le choix des différents acteurs à contacter.

Le groupe a choisi de bénéficier des points de vue et des compétences d'un vaste panel de professionnels ayant un lien avec la mise en œuvre des MIGAC : médecins DIM, directeurs d'hôpital, cadres de santé, contrôleur de gestion.

Le choix a également été fait de prendre contact avec des professionnels extérieurs aux établissements publics de santé : clinique privée, Inspecteur principal DRASS. Pour autant, ce choix ne prétend pas être exhaustif, en raison notamment des délais qui nous ont été accordés pour effectuer ce travail.

2. L'élaboration d'une grille d'entretien par le groupe.

Cette grille a été construite à partir de notre problématique et avec la participation de notre animateur Franck LE DUFF, qui a orienté nos débats et émis des propositions. Le choix s'est porté sur des questions ouvertes afin que les personnes enquêtées soient libres d'approfondir leurs réponses. Les questions se sont voulues néanmoins précises, et les plus neutres possibles. Après avoir été structurée autour de trois thèmes, cette grille a été éprouvée auprès de nos interlocuteurs.

3. La conduite des entretiens.

Après avoir contacté les différents interlocuteurs pressentis et pris rendez-vous avec eux, nous nous sommes réparti les entretiens. Pour chaque professionnel interviewé, deux « enquêteurs » ont réalisé un entretien unique, mené le plus possible en interfiliarité (une personne missionnée dans chaque filière).

Dans la majorité des cas, nous nous sommes rendus directement auprès des professionnels. Lorsque cela n'a pas été possible, nous avons procédé à des entretiens téléphoniques ou nous nous sommes servis de courriel. Les entretiens oraux ont duré en général entre quarante cinq minutes, et ils ont été soit enregistrés, soit retranscrits par prise de notes. A l'issue de chaque entretien, un compte-rendu écrit a été établi sur notre support informatique et un retour oral a été effectué. Nous avons retenu les éléments les plus pertinents en nous efforçant de les présenter de manière synthétique. Les entretiens ont par ailleurs été anonymisés conformément à la volonté de nos interlocuteurs.

5. La rédaction du rapport final.

Après l'élaboration du plan du rapport, visant à permettre l'intégration de nos entretiens la plus large possible, la rédaction du rapport final s'est faite collégalement, les membres du groupe étant chargés de rédiger chacune des parties (en binôme ou par trois) ou de réaliser un travail déterminé (par exemple segmentation et distribution des tâches formelles: mise en page, annexes, résumé, etc). Afin d'être le plus exhaustif possible, nous avons souhaité voir apparaître la totalité des entretiens anonymisés en annexe. Des rencontres régulières de mise en commun des travaux ainsi qu'une validation collégiale ont assuré la cohérence de l'ensemble du texte. Les corrections ont été réalisées suivant le même modèle : relecture par tous les membres du groupe de travail afin d'homogénéiser l'ensemble. Enfin, si l'ensemble du rapport se fonde sur l'analyse des entretiens et des opinions des personnes interviewées, la conclusion tient compte du point de vue de chaque filière. La traduction du positionnement respectif de chaque métier rend possible une vision globale de la question des MIGAC et de la santé publique.

ANNEXE 2.1

Personne rencontrée : **Coordonnatrice générale des soins - CHU**

Entretien téléphonique

Thème 1 : Les MIGAC : Une occasion de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Les actions de santé publique ne comprennent pas les MERRI mais uniquement la deuxième partie du décret, à savoir : la participation aux missions de santé publique comme par exemple, la formation des paramédicaux ou la veille épidémiologique. La recherche favorise les actions de santé publique mais n'est pas de la santé publique. Ainsi, le SIDA : la découverte du virus est une action de recherche, les politiques de prévention sont des actions de santé publique. La prise en charge des personnes en situation de précarité, elle, relève pleinement des actions de santé publique.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Il n'y avait pas de véritable financement des actions de santé publique sous DGF. Elles étaient financées par le budget de l'hôpital, en dehors de la PMI qui bénéficiait d'un financement particulier. Elles n'étaient donc pas repérables. Chacun faisait de la santé publique sans vraiment en suivre les actions.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

Un listing des actions de santé publique faites chez nous a été élaboré avec une évaluation chiffrée de la part du budget que représentaient ces actions. Cette étude a été faite sur la base d'un groupe de travail. Il a eu pour effet de clarifier, recentrer, réorganiser les actions de santé publique.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Si les MIGAC sont un moyen de promouvoir et de pérenniser, ils n'ont pas permis d'engager de nouvelles actions.

Thème 2 : Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies en matière de santé publique

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Les MIGAC ont un impact sur l'élaboration du projet d'établissement, principalement en matière de recherche et d'enseignement. Concernant le projet de soins, l'impact se situe au niveau de l'éducation à la santé. Le projet stratégique de l'établissement intègre les actions de santé publique avec, notamment, le handicap et les maladies rares.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Les critères de choix en matière d'action de santé publique se font en fonction des compétences des acteurs au sein de l'établissement et en fonction de la clientèle (excepté pour les personnes en situation précaire). Les hôpitaux feront donc en fonction des compétences et actions qu'ils possèdent déjà.

Cette logique budgétaire nouvelle a permis de mener une réflexion sur le service rendu à l'usager et de déterminer le coût et le financement de ces actions afin d'essayer d'obtenir « un pourcentage correct ».

L'avenir des actions de santé publique au sein du nouveau mode de financement des hôpitaux

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Le privé ne semble pas avoir suffisamment d'information sur les MIGAC pour s'engager dans le processus. Il existe une collaboration forte, des partenariats entre les établissements et le domaine associatif, avec l'exemple de la prise en charge des personnes handicapées à domicile et le partenariat avec les « handicapés de France ». Le privé pourra prétendre au financement MIGAC en matière de recherche. Ceci ne pose pas de problème du moment qu'ils en ont « les compétences » et que le dossier est porté par un universitaire.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

Les MIGAC n'empêcheront pas les aides européennes pour la mise en place d'actions de santé publique (appel à projet du fond social européen).

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Le frein majeur sera le véritable « changement de culture » opéré ainsi que la volonté et le courage d'entamer la démarche.

Par ailleurs, la prise en charge des étudiants paramédicaux n'est pas compensée par les MIGAC. On peut l'évaluer à 84 ETP IDE sur une année pour environ 2500 stagiaires par an. Enfin, il n'y a pas suffisamment de visibilité sur les MIGAC pour d'avancer sereinement.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Les conditions de réussite reposent sur le courage politique des décideurs et l'exhaustivité dans la description des actions de santé publique.

L'intérêt des MIGAC est de mettre de l'ordre dans les actions de santé publique réalisées auparavant.

ANNEXE 2.2

Personne rencontrée : **coordonnatrice générale des soins CHG**

Entretien téléphonique : synthèse

Thème 1 : Les MIGAC : Une occasion de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Le Centre hospitalier a développé un nombre important d'actions de santé publique comme, par exemple, le prélèvement d'organes.

En terme de prévention on peut citer :

- a. La prévention des maladies cardio-vasculaires
- b. La prévention du VIH
- c. L'école de l'asthme
- d. La prévention du tabagisme
- e. La prévention de l'alcoolisme

Certaines de ces actions font l'objet d'une autorisation et d'une dotation de moyens par la tutelle :

- Hôpital de jour d'alcoologie
- Hôpital de jour de diabétologie
- Prévention du VIH

D'autres ne sont pas repérées ni financées en tant que telles. Elles sont financées dans le cadre du budget global. Ce sont des initiatives émanant d'équipes médicales et paramédicales.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

La part des MIGAC a été évaluée sur l'établissement. La méthodologie utilisée n'est pas connue du Directeur des Soins (DS).

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Les MIGAC sont un moyen de pérenniser et de promouvoir les actions de santé publique. Les actions transversales sont ainsi couvertes, grâce aux MIGAC.

Thème 2 : Les MIGAC : La mise en œuvre de stratégies de santé publique

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Le projet d'établissement est en cours actuellement. Le projet de soin est, quant à lui, terminé. Sa rédaction a pris en compte les actions de prévention dans la perspective de la qualité des soins. Il n'est pas prévu actuellement d'isoler ces actions pour les faire reconnaître en tant que MIGAC.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Les critères de choix d'actions de santé publique sont tout d'abord fondés sur les besoins de la population, ensuite sur le développement d'actions facilement réalisables grâce aux ressources internes et enfin sur le critère de la faisabilité. « *On ne peut pas courir plusieurs lièvres à la fois* »

Thème 3: L'avenir des actions de santé publique au sein du nouveau mode de financement des hôpitaux

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Le partage des actions de santé entre le public et le privé ainsi qu'avec le secteur libéral est possible et souhaitable.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

La logique gestionnaire et la logique santé publique sont tout à fait conciliables. Les MIGAC doivent reposer sur des conventions de complémentarité public/privé.

Les MIGAC doivent inciter au développement de santé publique. Mais la question de l'adéquation entre l'enveloppe MIGAC et le coût réel peut se poser.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Les freins et les limites ne doivent pas être appréhendés en terme de MIGAC. Les problèmes émergents viennent des actions de santé publique qui n'ont pas, dans le système français, la part qu'elles méritent. Ce système est basé en grande partie sur le curatif plutôt que sur la prévention. La santé publique n'intéresse pas grand monde et ainsi, les DS ont une part importante à jouer dans sa promotion. Il existe une véritable opportunité pour les DS dans le domaine des soins à apporter à la population.

ANNEXE 2.3

Personne rencontrée : **déléguée au contrôle de gestion stratégique**

Thème 1 : Les MIGAC : une opportunité de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Notre établissement dispose d'une liste d'activités dites de MIGAC, validée par l'ARH. Cette liste a été établie sur la base des retraitements comptables 2003. Elle comprend une vingtaine de regroupements d'activités, comme le SAMU/SMUR, le centre anti-poison, le centre régional de pharmaco-vigilance, hémo-vigilance, consultation mémoire, douleur, etc.

Au sein de cette liste, la distinction MIG et MERRI a été faite. Toutefois, l'ensemble des items figurant dans le décret (paru à posteriori) est repris dans cette liste.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Un premier état des lieux a été élaboré en 2004 sur la base des retraitements comptables. Un « jeu d'allers-retours » s'est ensuite mis en place entre le CHRU, la FHF et le ministère. Cette étape étant antérieure à la publication du décret, on peut penser que l'établissement aura ainsi participé à l'élaboration de la liste MIGAC. Dans le même temps, un consultant a fourni un regard extérieur sur la justification et l'argumentaire du CHRU, pour faire figurer les activités repérées dans la liste des MIGAC.

Sous dotation globale, ces actions de santé publique étaient financées soit par les plans nationaux de santé publique, soit par des PHRC, pour les actions de recherche, soit par des crédits fléchés (exemple : appels d'offre ministériels en matière d'innovation). Ces modes de financement existent toujours, ce qui pose la question des actions de santé publique qui doivent être financées par le MIGAC.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

Les MIGAC ont été évaluées à 26% du budget, sur la base du CAR 2003. Pour 2004, les actions de santé publique seront plus largement recensées sur la base d'une enquête au niveau de l'ensemble des cliniques et des instituts du CHRU.

Cette enquête comporte 5 volets : le volet « enseignement », le volet « recherche », le volet « innovation recours coopération », le volet « responsabilités extérieures » (il s'agit

du temps passé par le personnel soignant en représentation au Ministère, à l'ARH ou aux instances médicales extérieures à l'établissement. Tout ce temps est important mais ne sert pas à faire de l'activité !) et enfin, un volet «affectation du temps médical » qui ne concerne pas les MIGAC mais la T2A. Il a été demandé à tout le personnel de lister l'ensemble des actions pouvant remplir ces volets, mais aussi de valoriser leur temps de travail et les frais éventuels y afférent (type groupe 2). Cette enquête n'est pas encore totalement exploitée. Elle contient 4600 lignes d'actions différentes. Le DIM, la DCGS et la Direction de la recherche, on encore un travail de croisement à effectuer notamment à déterminé les actions de recherche, réseau ou coopération déjà financé par des financements spécifiques perdurant après la réforme budgétaire. Pas question de demander deux fois le financement d'une action. L'enveloppe étant fermée, il faut être le plus rigoureux possible.

Cette enquête a donc pour objectif de valoriser les actions d'intérêt général et de développer un argumentaire pour la négociation de l'enveloppe MIGAC.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Les MIGAC sont un moyen de préserver les MIG en prouvant leur existence. Aujourd'hui, il s'agit, avant tout, de défendre les MIG ou missions de service public. La promotion de nouvelles actions sera pour plus tard, notamment lorsque l'ensemble de la démarche sera clarifié.

Aujourd'hui la démarche du CHRU est, par l'intermédiaire de sa contractualisation interne, le maintien dans le cadre, c'est-à-dire la sauvegarde des activités, des missions distinctives du CHRU et une valorisation précise des activités susceptibles d'être affichées au titre du MIGAC. La pression est donc de plus en plus forte sur les MIGAC.

Thème 2 - Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publique

En interne :

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Oui et Non. Le nouveau projet d'établissement a été élaboré avant l'avènement de la T2A. Toutefois, il contenait un critère de choix d'activité : un critère médico-économique

(coût/ENC). De plus, des critères de choix en terme de typologie de projets ont été utilisés comme par exemple, le projet recherche innovation... La T2A et les MIGAC ont donc été prises en compte avant leur mise en œuvre officielle. Les choses ont été pressenties, certains projets avaient été retenus, sous condition de financement par l'enveloppe MIGAC.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Bonne question !!! Aujourd'hui, on maintient le cap, même si les activités ne sont pas financées par le MIGAC. Donc, aujourd'hui, nous ne faisons pas de choix. Nous maintenons l'activité et nous négocions avec les tutelles par ailleurs. Ce cap est difficile à tenir. Notre objectif est de reporter la pression « santé publique/intérêt général » sur le ministère, qui doit lui-même prendre ses responsabilités en matière d'arrêt ou non d'une action d'intérêt général. Pour cela, nous montons un argumentaire par mission, le plus complet possible, axé sur une composante activité/santé publique plus que financement. En cela, le CHRU joue pleinement son rôle régional.

En externe :

Question n°7 : Comment les actions de santé publique ont-elles été prises en compte dans les projets médicaux de territoire ?

Je ne sais pas, je suis trop éloignée de ces discussions pour pouvoir en parler. Toutefois, je sais que nos médecins et la direction générale participe aux débats SROS avec l'ARH.

Question n°8 : Comment les établissements participent-ils à la définition des missions dans le cadre de l'élaboration des schémas ?

Idem

Thème 3 - L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Ce n'est pas un secteur d'activité rentable. Je ne vois donc pas bien le privé se positionner dessus, en dehors de quelques exceptions. La recherche et l'innovation ne donnent pas suffisamment de résultats. L'accompagnement social n'est pas un créneau pour le privé.

L'enseignement peut être intéressant s'il leur donne un avantage en matière de spécialité, en obtenant, par exemple, un monopole. Le nerf de la guerre étant bien sur le personnel médical et la gestion de la pénurie.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

On ne peut pas les concilier. A Priori, les MIG ne sont pas rentables. Donc, si nous voulons continuer la santé publique, il faut nous en donner les moyens financiers. De plus, il nous faut une véritable politique de santé publique.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Le principal frein n'est autre que la démarche. La réforme en elle-même n'est mauvaise mais elle n'est pas stable. On est en permanence dans le brouillard. Les textes « tombent », nous n'avons pas toujours le temps de finir de les appliquer avant qu'un autre arrive et modifie le premier. Bref, nous naviguons dans l'incertitude. La démarche n'a pas du tout été accompagnée. Nous n'avons que des textes et pas d'interlocuteurs. L'idée est intéressante mais son application est aléatoire.

De plus, les ARH manquent totalement de marge de manœuvre et ne semblent pas avoir vraiment envie de travailler la main dans la main avec les établissements pour faire aboutir cette réforme. Il y a eu beaucoup d'allers-retours avec l'ARH, en permanence des révisions de la base MIGAC, de multiplication de listes officielles, non officielles. Bref, ce dossier n'est pas stabilisé.

Aujourd'hui, les MIGAC sont un moyen de financer nos actions. L'ensemble des négociations engagées a permis de faire progresser cet aspect. Toutefois, l'enveloppe étant fermée, l'accroissement des MIGAC a eu pour résultat une baisse des tarifs GHS. Il s'agit là aussi de freins aux MIGAC, sauf si l'on réussit à négocier certains tarifs pour tenir compte de certaines spécificités, comme par exemple une consultation spécialisée

pour un patient recours, payée trois CS au lieu d'un CS. Il s'agit là, de pistes de réflexion. Par contre, je ne crois pas aux tarifs spécifiques par type d'établissement.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Une véritable politique de santé publique. Une mobilisation de tous les acteurs. Nous avons réussi ce pari en interne grâce à la démarche du projet d'établissement et à l'enquête MIGAC. Toutefois, il s'agit encore d'un cas isolé. Avoir aussi un référentiel partagé par tous. Pour réussir, il faut que nous parlions tous la même langue et donc que nous ayons tous la même définition des choses. Il faut coordonner les démarches entre les établissements, le ministère et les ARH.

ANNEXE 2.4

Personne rencontrée : **Chef de service DIM**

Thème 1 : Les MIGAC : une opportunité de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Tout d'abord, qu'est-ce que vous appelez actions de santé publique? Un certain nombre est listé dans les documents. L'année dernière nous n'avions pas de documents de référence donc un maximum de choses a été mis dans les MIGAC pour essayer de les financer hors tarif mais c'était de la responsabilité exclusive des affaires financières et des directions, côté administratif, donc nous n'avons pas été réellement associés. Mais pas non plus écartés. C'est un état de fait : l'histoire a fait que ce n'est pas dans les missions habituelles des DIM. Il se trouve qu'en 2005, la liste de ce qui avait été mis et repéré dans les établissements en 2004 a été diffusée, y compris au DIM. On y retrouve des choses qui relèvent de la santé publique : plan cancer, soins de support, soins palliatifs, le CECOS, la tabacologie. Missions qui pour les DIM sont invisibles, puisque les DIM jusqu'au 1er janvier 2004, ne s'occupaient que de l'hospitalisation. Donc, pour le DIM, tout ce qui se passait hors du champ de l'hospitalisation, était soit de la santé publique, soit de l'hospitalisation normale, mais complètement transparent. La place des DIM a réellement changé depuis l'année dernière : ils sont depuis lors, censés maîtriser d'un coup l'aspect administratif.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Je suppose que la liste des MIGAC proposée par les établissements était plus longue que celle qui a été fixée dans la circulaire ministérielle 2005. Mais en pratique, cela nous sert de référence sur tout ce qu'il est possible de mettre dedans.

Circulaire DHOS 2005 sur la campagne budgétaire des établissements de santé antérieurement financés par DGF.

Une liste de ce qui est possible de mettre dans les MIGAC.

Une liste au niveau de l'établissement a-t-elle été établie ?

Il y avait, dans le cadre de l'enseignement et de la recherche, un groupe de travail auquel le DIM a été associé. Il s'agissait plus de la question du partage des ressources dans le cadre des MIGAC, que de la recherche de ce qui relevait des MERRI.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

Obligatoirement puisque tout ce qui n'a pas été donné dans les forfaits et les tarifs, a été donné dans le cadre des MIGAC. Mais pas d'information sur la part de ce financement. De toute façon, se pose le problème de répartition interne puisqu'on nous demande, en même temps, de faire du pilotage et de la répartition de ressources en interne.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

C'est la seule enveloppe qui a été prévue pour financer des actions. Des actions de santé publique, je ne sais pas, mais des actions de service public, sans doute. L'enseignement et la recherche ont été mis d'un côté (les MERRI) et de l'autre on trouve un paquet regroupé sous le terme « action de santé publique ».

Mais des choses ont été oubliées : le planning familial, l'aide aux victimes, la médecine légale. L'aide aux victimes ne relève peut-être pas du CHU, mais la médecine légale certainement. Est-ce que c'est un oubli qui sera réparé ou cela fera-t-il partie des choses qui tomberont progressivement ? Ou bien est-ce un choix de rester dans le médical et de laisser tomber le social ? Je reste sceptique quant au devenir de cette façon de financer l'hôpital.

Thème 2 - Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publique

En interne :

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Le projet d'établissement est en cours d'élaboration. Il est vrai qu'en toile de fond, il y a la T2A, les MIGAC. Mais quant à savoir si cela aura un impact réel, je n'en suis pas sûre. Il est en cours d'élaboration. Il sera terminé en fin d'année. Là, c'est un peu prématuré. Mais la T2A revient dans tous les groupes de travail qui se sont mis en place autour du projet d'établissement.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Logiquement, on n'a pas à choisir les actions de santé publique. Il y en existe des nationales et des régionales et on sera bien obligé de les mettre en œuvre, avec ou sans les financements qui vont avec.

Et le discours ambiant laisse entendre qu'il y aura éventuellement des marges à récupérer sur les activités médicales « au forceps », pour pouvoir financer en interne, ce

qui ne pourra pas être financé par les MIGAC. Les missions restent, que les financements soient là ou pas. C'était déjà comme cela avant avec le financement à la DGF.

En externe :

Question n°7 : Comment les actions de santé publique ont-elles été prises en compte dans les projets médicaux de territoire ?

On travaille, on est associé à tous les SROS, on est informé de ce qui s'y passe, aussi bien en chirurgie qu'en médecine, en pédiatrie, en néonatalogie et en réanimation. Ce sont les médecins qui sont en première ligne. Le DIM est plus un instrument de mesure. Le DIM est spectateur. C'est un « jeu ARH » essentiellement. Les territoires ont été appropriés par l'ARH et moins par les établissements. C'est quelque chose qui a toujours été artificiel et qui le reste dans le cadre de la T2A. Je ne vois pas comment les territoires s'intègrent. Ce terme n'est utilisé que par les ARH. Peu, dans le secteur de santé, en connaissent la signification exacte.

Question n°8 : Comment les établissements participent-ils à la définition des missions dans le cadre de l'élaboration des schémas ?

L'établissement participe au SROS 3 dont le but est d'avoir des objectifs quantifiés régionaux. Je suis déjà très perplexe devant les objectifs d'activités à faire en interne, alors quand il va s'agir de cadrer les objectifs de l'établissement avec les objectifs régionaux, je ne sais pas quels outils et quels arbitrages on va mettre en place pour faire cela. On est quand même là, dans les grands principes. J'aimerais voir les modalités de mise en œuvre de ces principes là.

Je ne pense pas que les CHU soient en mesure d'imposer quoi que ce soit en matière de choix d'actions de santé publique régionales. Nous sommes dans un secteur qui va devenir concurrentiel entre le public et le privé. Le temps où le CHU imposait son diktat, s'il n'a jamais eu lieu, est aujourd'hui terminé. Quelque part, les jeux sont totalement faussés par une apparente égalité de traitement entre le privé et le public, avec en pratique, une réalité totalement différente.

Quelles seront, selon vous, les marges de manœuvre de l'ARH dans les aides à la contractualisation (AC)?

Je ne suis pas sûre que l'ARH ait gardé les marges de manœuvre qu'elle a pu avoir avant la réforme T2A. Tout le monde reste sur une certaine réserve concernant les objectifs affichés dans le cadre de la T2A et de la gestion de la T2A. Je ne pense pas que quiconque ait une quelconque marge de manœuvre. Le « AC » a été ajouté aux MIG. Au début, les ARH ont eu de la difficulté à honorer leur contrat antérieur, elles n'avaient déjà

plus de marges de manœuvre. On passera des « COM » à des « CO », sans moyens. Le contrat peut être dénoncé de manière unilatérale à tout moment. Je suis dans un contexte fait de devoirs et de peu de droits. Donc, on peut jouer, dire des mots, faire des choses emphatiques, mais qu'elles sont nos réelles marges de manœuvre ?

Vous sentez-vous, en tant que DIM, responsable du choix des critères d'évaluation ?

On se retrouve avec de trop nombreuses responsabilités. On doit se positionner sur des choses sur lesquelles nous ne sommes pas les interlocuteurs naturels. (ex : bureau des entrées). Avant, le DIM faisait des RSS dans l'indifférence générale. Maintenant, on doit nous rendre des comptes, on doit valider ce que fait l'administration. Il y a un changement de jeu très difficile avec les moyens humains dont nous disposons et avec la reconnaissance dont nous disposons au niveau de l'établissement. Nous n'avons pas trop de difficultés mais certains DIM peuvent avoir un problème de confiance de la part de leur administration. On n'a pas signé pour cela au départ. Les responsabilités qui nous sont attribuées sont lourdes. Nous devons assumer nos tâches et contrôler le travail des autres.

Actuellement, travaillez-vous plus sur les MERRI ou plus sur les actions de santé publique ?

Aujourd'hui, nous travaillons sur le MCO et sur des indicateurs nouveaux pour les autres activités.

Avez-vous une aide du ministère pour ces indicateurs d'activité de santé publique ?

Non, ils sont dans leur panade et nous laissent dans la nôtre. On se parle au travers des associations et réseaux DIM. On court derrière la réglementation pour avoir des informations avant de mettre quelque chose en place pour rien. Et il y a des choses qui sont mises en place alors que la réglementation n'existe pas. On essaie de suivre les indications du ministère mais ils sont quand même très éloignés des réalités de terrain. Ils ont fait un certain nombre de modifications en matière d'enveloppe et de financement, sans même oser faire encore modifier la réglementation.

Thème 3 - L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

C'est dans la logique de la réforme. Le privé va revendiquer et le public va se draper dans son service public. Il y aura des arbitrages, et pas forcément en faveur du service public. Le socle de la réforme est bien de mettre le public et le privé sur le même niveau. Cela fait longtemps que le privé réclame de pouvoir faire du social et d'accueillir tout le monde. Ils vont ainsi s'intéresser à tous les aspects des MIGAC, même à l'enseignement, afin de compenser le manque de médecins formateurs dans le public. Ils peuvent revendiquer quelque chose dans tous les champs MIGAC.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

C'est une problématique ancienne. Les hôpitaux étaient déjà obligés de faire des arbitrages (exemple, les défibrillateurs). On va continuer à faire la même chose. Si c'est l'hospitalisation qui est le cœur de métier de l'hôpital, les médecins n'auront aucun intérêt à s'occuper d'autres activités, comme la prévention. Et le gestionnaire sera amené à lui dire cela. Il faudra arbitrer en permanence. Ou bien, soit on pourra intégrer la santé publique dans le GHS, soit faire une hospitalisation pour l'éducation (diabète, nutrition, etc) au lieu de le faire en dehors.

Le problème dans ces réformes, c'est que le ministère donne des directives mais, en contrepartie, impose aussi un certain nombre de contrôles. Il semble totalement persuadé que nous allons essayer de tricher. Ce qui n'est pas forcément faux. Mais, on n'a pas le temps d'essayer de penser à contourner la règle, qu'elle a déjà changé.

On essaiera de faire un maximum d'actions de santé publique avec la réglementation qui existe et en essayant de ne pas « effondrer » le budget de l'établissement.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

La tentation de mettre un maximum de choses dans le MIGAC car c'est là que les actions sont les mieux payées. Avec le risque que les actions ne soient pas financées du tout car l'enveloppe n'est pas fixe. Il y a un équilibre qui doit se faire mais je ne sais pas sur quels critères. On subit beaucoup.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Une enveloppe géante. Je ne suis pas très optimiste face à l'improvisation ambiante. Le déploiement financier en fin de période est tellement important qu'il sera difficile. Cela

risque d'échouer uniquement parce que cela a été improvisé. Rien ne les obligeait à aller aussi vite en 2005. Cela manquait de réalisme et ils savaient que cela ne fonctionnerait pas. Il fallait que 2005 soit au moins comme 2004. Et là, c'était peut être jouable. Là, on va décourager les acteurs.

Les MIGAC sont la seule façon de survivre et de continuer à faire des actions de santé publique.

ANNEXE 2.5

Personne rencontrée : **Chef de service du DIM**

Thème 1 : Les MIGAC : une opportunité de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Education diabétique, consultation douleur, équipe mobile de soins palliatifs, consultation de la mémoire, consultation anti-tabac, maison médicale, site internet d'information sur le cancer

Les actions de santé publique sont volontairement limitées par les moyens. Il est clair que nous n'avons pas l'assise financière pour mener l'ensemble des actions que nous souhaiterions mener. C'est vraiment un élément limitatif et si les MIGAC jouaient vraiment leur rôle, nous serions sans aucun doute plus incisifs. C'est très flagrant, notamment pour l'éducation du patient, dans le cadre du « pied diabétique ». On voulait faire une unité de « pied diabétique » mais avec la T2A, il est clair que c'est une folie. Le grand CHU voisin se fera un plaisir de nous envoyer ses patients mais nous, nous allons y perdre notre chemise. Or, il y a des besoins incontestables face à une problématique régionale.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Elles n'étaient pas financées en tant que telles. Elles entraient dans le pôle général. La DGF était censée permettre de les faire. Mais il y avait parfois des réflexions sur un financement particulier avec des essais de financements annexes. Cela se faisait thème par thème.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

Ce n'est pas moi qui peux vous répondre, il faut contacter la directrice des finances. On travaille ensemble mais j'ai trop de choses à faire en ce moment et je ne m'y suis pas intéressé. Sinon, c'est quelque chose que nous faisons toujours ensemble. Ici, DIM et DAF travaillent ensemble, sans aucun problème.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Je le souhaiterais mais je ne suis pas persuadé que ce soit vécu comme cela par les tutelles et le Ministère. Mais, ce serait très bien. Si c'était le cas, ce serait une avancée véritable, mais je n'ai pas ce sentiment. Les MIGAC me semblent être plus une marge de manœuvre pour faire passer plus ou moins les tarifications successives des GHS dont l'étude de coût n'est absolument pas représentative. On s'est fait prendre 10% de notre budget entre 2004 et 2005. Donc, les MIGAC et les forfaits annexes sont censés cautériser la plaie. En fait, je vois les MIGAC plutôt comme le moyen d'éviter que, pour les CHU, ce soit la guerre parce que pour eux, c'est catastrophique. S'ils sont uniquement sur des GHS, ils peuvent fermer tout de suite. Mais, si on met des tarifs de GHS qui couvrent la spécificité des CHU, pour le coup, nous vivons très bien, mais les dépenses de santé vont flamber d'au moins 20%. Donc, à mon avis, les MIGAC sont là pour plâtrer tout cela. Voilà comment je les vois et, malheureusement, ce n'est pas du tout pour cela qu'elles ont été faites mais pour rendre possible, dans des cadres précis et avec des contrats, le développement des actions de santé publique qui ne peuvent être prise en compte dans le cadre de la forfaitisation d'une hospitalisation.

Si cela avait été intelligemment fait, les MIGAC devraient servir à cela. Mais, je n'y crois pas.

Thème 2 - Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publique

En interne :

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Non, pour une simple raison : on ne les connaît pas vraiment et elles viennent d'arriver. Comment voulez-vous que l'on bâtit un projet d'établissement avec des règles que l'on ne connaît pas ? Donc la réponse est non. On aurait bien aimé si l'on avait eu des règles claires mais cela n'est pas le cas jusqu'à maintenant.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

On part du postulat que les MIGAC existent pour aider les actions de santé publique dans les établissements. C'est en fait très simple puisqu'on s'appuie sur des arguments de type épidémiologique avant tout, avec des objectifs évalués et précis. (exemple : l'obésité) Il faut des actions de santé publique avec un vrai « projet de santé publique » comprenant l'évaluation des actions en cours ainsi qu'en fin de parcours. Les problématiques ne manquent pas ici, quand on regarde les surmortalités dans la région et les bassins de

vie : pneumopathie, cirrhose, psychose, cancer du poumon...Les causes liées à des problématiques de prévention, d'éducation ne manquent pas. On est au top de toutes les surmortalités en France, on ne sait pas lesquelles prendre : on n'a que a l'embarras du choix.

En externe :

Question n°7 : Comment les actions de santé publique ont-elles été prises en compte dans les projets médicaux de territoire ?

Elles sont prises en compte mais le sont-elles bien ? Lorsqu'elles sont prises en compte, les choses sont bien faites. Mais cette prise en compte est insuffisante par rapport à l'ampleur de la problématique régionale.

Il y a maintenant une volonté claire de coopération sur des projets bien définis et lorsque l'on sent un engagement clair de l'ARH. A ce moment là, il y a des projets inter-établissements tout à fait possibles. Cela existe déjà, par exemple sur le cancer des voies aérodigestives supérieures : on travail avec Tourcoing sur des filières et sur le dépistage.... Car, il y a une volonté véritable. Malgré toutes les guerres de territoires, les équipes sont motivées pour améliorer la santé de la population.

Si les MIGAC sont vraiment faites pour aider les actions de santé publique, elles pourront aider à la coordination. Si elles sont utilisées comme une variable d'ajustement, alors non. Aujourd'hui, il s'agit bien d'une variable d'ajustement qui va être avant tout confisquée par les CHU. Pour des raisons évidentes, ils n'ont que cela pour survivre. Leurs coûts ne sont pas les mêmes (recours), leurs structures ne sont pas les mêmes, dans le cadre d'une T2A. A moins que l'on fasse des tarifs de GHS pour les CHU et des tarifs de GHS différents pour les grands CHG et des tarifs de GHS encore différents pour les petits CHG, ce qui est délirant et vide complètement de sa substance le principe de départ. A moins que les MIGAC servent de moyens d'ajustement, je ne vois pas comment les CHU vont vivre. Donc, les MIGAC ne peuvent pas remplir le rôle qu'on leur avait officiellement donné. Mais cela ne nous empêche pas de nous battre pour les avoir.

Question n°8 : Comment les établissements participent-ils à la définition des missions dans le cadre de l'élaboration des schémas ?

Ils participent grâce aux réunions en COTER, à toute la structuration des SROS, et à une réflexion interne : nous faisons nous-mêmes des propositions. Notre directeur s'attache à développer une véritable politique de santé publique.

Thème 3 - L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

La santé publique dans le privé, je n'y crois pas, parce que c'est antinomique. Il n'y a pas d'actions de santé publique à attendre du privé, ce n'est pas son rôle ! Soyons clair, le privé est très pragmatique. S'il a fait son analyse et que cela lui coûtera moins cher de former les internes pour récupérer une main d'œuvre dans des domaines où il ne trouve personne, alors, oui, le privé serait susceptible de s'engager, mais uniquement sur cet aspect enseignement.

Le privé fait un rapport coût /bénéfice, si l'action lui rapporte, il la fera (exemple UPATOU) mais il ne s'agit pas de véritables actions de santé publique comme l'éducation du « pied diabétique ». Les privés seront intéressés par les MIGAC pour contrebalancer leur budget mais s'ils n'y gagnent pas, ils ne continueront pas. Ils vont tester, ils sont pragmatiques et adaptables.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

On ne peut pas les corrélés. On ne peut pas si l'on a une logique gestionnaire pure et dure. Ces logiques s'opposent par leur échelle de temps, avec le court terme pour le gestionnaire et le long terme pour la santé publique.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Le frein est financier. On s'accorde toujours sur des problèmes de procédures, juridiques et organisationnels liés à cette réforme. Mais, le frein reste totalement financier.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Les MIGAC devraient découler d'une véritable politique de santé publique, déclinée par région est non d'une négociation au coup par coup. Cette politique existe au travers d es programmes nationaux du type « plan cancer », mais il faut une véritable déclinaison de thèmes, avec des poids et des pondérations par région. Il faut une politique de cadrage global et un affichage précis des programmes. Or, la liste des MIGAC n'est pas une politique de santé publique, on noie le poisson. Ce n'est qu'un inventaire à la Prévert.

Il faut aussi le courage d'appeler d'un nom différent des choses différentes. Les MERRI, actions de santé publique et autres items, ne sont pas assimilables. Tout tient dans le courage politique.

Aspect économique :

La T2A est issu de la logique PMSI suivie depuis 1995. Depuis trois ans, l'orientation de droite lance le système dans la concurrence avec une vision anglaise de concurrence comme seul moyen de stabilité. Mais, pour être dans un système économique de concurrence, il faut avoir de véritable consommateur (libre de leur choix), ce qui n'est pas le cas en matière de soins. Le marché, comme solution de retour à l'équilibre, c'est aberrant, à moins d'être dans un système keynésien encadré. Le gouvernement veut que le marché s'autorégule, c'est une idéologie.

De fait, les MIGAC compensent le manque d'autorégulation du marché.

On arrive trop tard, on engage une démarche que d'autres arrêtent ou freinent. La France a déjà fait l'erreur avec l'urbanisation (construction de ghettos). On ne profite pas de nos erreurs. Personne n'a trouvé la pierre philosophale. Nous avons des idées, nous copions, mais nous n'analysons pas.

La réforme de la nouvelle gouvernance apporte un sens collégial, une responsabilisation mais de qui, comment et avec quoi ?

ANNEXE 2.6

Personne rencontrée : **Directeur d'hôpital CHRU**

Entretien du 13 mai 2005

Que pensez-vous des MIGAC ?

Il y a une difficulté de cohérence, entre un management microéconomique, dans chaque établissement et une approche macroéconomique, à l'échelle nationale voire internationale.

Le ministère a fait des suppressions, au moins la moitié des actions de santé publique, sans justifier pourquoi ils faisaient les abattements. Donc, ils ont mis une somme d'argent sur ces missions d'intérêt général qui représente à peu près 50% de ce qu'ils ont mis l'année dernière. Mais par contre, ils ont complètement boosté la partie enseignement recherche. Ils nous ont rajouté environ la même chose que ce qu'ils avaient enlevé sur les missions d'intérêt. Donc, on se retrouve à quelques millions d'euros près, dans l'épure. Mais la cohérence de «qu'est-ce qui est financé en MIG, qu'est-ce qui est financé en MERRI », est perdue. On ne peut pas beaucoup faire de pédagogie. Il manque les argumentaires qui justifieraient pourquoi certaines choses ont été enlevées des MIG. On est au début d'une histoire, donc je pense que cela va se renégocier l'année prochaine, avec peut-être encore plus d'argumentaires. Sous « MIG », il y a quand même des trucs, comme le SAMU social, qui sont sortis de l'épure, alors que ce n'est pas pour se faire plaisir qu'on finance une partie du SAMU social. Et c'est quand même bien une MIG. A côté de cela, ils sont en train de construire des usines à gaz pour définir comment répartir les crédits sur le MERRI. Et ça ne peut être qu'une usine à gaz, si on a une approche différenciée de ce que c'est que l'enseignement, de ce que c'est que la recherche, de ce que c'est que l'innovation. Alors que les Américains, eux, ils sont beaucoup plus rustiques. Ils ont des indicateurs très simples : le nombre de « fellows », qui est un indicateur d'input, qui curieusement est très expressif de l'output en terme de production de savoir. Donc je ne sais pas trop où tout cela va atterrir.

On voit bien que la T2A, dans sa montée en charge, a une logique entrepreneuriale qui consiste à dire «faites plus d'activité, vous aurez plus de recettes ». C'est la logique clinique de l'hôpital (production d'actes techniques). A côté de cela, on voit bien que la santé publique a du mal à exister car elle est écrasée financièrement le coût du high tech hospitalier, en particulier les dispositifs médicaux et le médicament. Donc, il y a une confrontation avec, d'un côté la T2A, dans une logique « production d'actes » et de l'autre côté, notre mission, qui est une mission de service public et qui n'arrive à exister que parce qu'il y a des crédits fléchés, qui viennent de plans nationaux et sont des

opportunités pour améliorer l'ordinaire dans le domaine de la santé publique (plan cancer, plan urgences, plan canicule, plan amiante, plan Alzheimer). Mais, c'est une logique complètement cloisonnée, on fait du saupoudrage, sans vision transversale de ce qu'est la santé publique et c'est très mauvais.

De plus, cela conduit à ne pas reconnaître que, dans l'acte technique, il y a une forte composante sociale, une forte composante psychologique, une forte composante de prise en charge globale. On n'est pas seulement dans l'opération de la hanche, ou la célioscopie ou l'endoscopie.

Alors, d'un côté, les crédits fléchés, la politique de santé publique, le plan de santé publique, les plans fléchés permettent de donner des moyens à quelque chose qui était complètement écrasé par le high tech, mais de l'autre côté, ça cloisonne dans l'approche de la santé publique et on laisse encore le moteur inflationniste jouer pour les actes techniques. Donc, il y a une sorte de déséquilibre induit par les modes de financement, dans la dynamique d'entreprise.

Si on va au bout de la logique, c'est là qu'on voit que les systèmes tarifaires ne sont pas neutres. Si on prend l'enseignement et la recherche, partie du MIGAC, et qu'on prend pour exemple les laboratoires d'hématologie, on sait qu'il y a beaucoup de PH ou de MCU-PH qui travaillent les uns pour la recherche, les autres pour les soins délivrés à l'hôpital. Avec la T2A, si on a une mauvaise productivité, et qu'on est 20% plus cher ou moins productif que les autres CHU, comme le système de tarification induit une concurrence à un tarif unique pour un GHS, et bien tous les hôpitaux touchent la même chose en euros, pour un GHS. Quelque part, dans ce GHS, il y a une partie qui est forfaitisée et qui représente les prestations d'hématologie, à l'intérieur des prestations de biologie. Si on est 20% au-dessus des autres, ça veut dire que cette partie comprend le coût de notre contre-productivité, ce qui pénalise le développement clinique de l'entreprise. Donc, il y a un effort absolument indispensable à faire, dans les laboratoires des établissements universitaires, afin de savoir qui fait quoi et pour qui, pour voir au moins ce qu'on met du côté de la T2A, ce qu'on met du côté du MIGAC. Alors, du côté des MIGAC, mettons, qu'il y ait 50% des effectifs de biologistes qui travaillent pour l'hôpital et qui produisent tant de millions de « B », on définit ensuite si on est bien ou pas bien, par rapport à la T2A, en « financement indirect » en quelque sorte. L'autre partie, 50%, va émarginer sur le MIGAC, dans la partie MERRI. Et bien là, on est dans une compétition qui n'est plus une compétition avec un tarif unique, mais on est dans une compétition qui est une approche unique de l'enseignement et de la recherche entre l'ensemble des CHU français. Or, tous les CHU ne jouent pas dans la même division. Ce qui veut dire qu'il faut mettre en place des mécanismes d'évaluation des « centres d'innovations biologiques », qui font partie de l'hôpital, pour voir en BHN, ou en « impact factor » dans les revues scientifiques, ce qui peut quantifier la production de ces centres

de recherche et qui donnerait des arguments pour prouver que des hôpitaux doivent être mieux traités que d'autres dans les MIGAC.

Donc, il faut qu'on ait un système d'information qui permette de rentrer dans ces deux logiques argumentaires. Un sur la productivité, qui concerne plutôt la gestion interne, parce qu'on connaît le tarif et un sur l'évaluation de ce que produisent l'enseignement et la recherche, afin d'avoir des arguments pour pouvoir être abondé au niveau des financements globaux. Mais vous voyez bien la différence de logique : d'un côté, une la logique entrepreneuriale, plus on produit, plus on a de recettes et, de l'autre, des ensembles qu'on connaît mal, qu'on ne maîtrise pas, qu'on ne gère pas, une espèce d'enveloppe. A mon avis, il y a un intérêt à définir précisément ce qu'on produit en enseignement, en recherche afin que l'enveloppe ne soit pas simplement une enveloppe à régulation politique.

Le ministère de la Santé, quel qu'il soit, aura un redoutable problème, parce que le mécanisme T2A va monter en charge et va provoquer ce que j'ai connu, quand il y a eu le prix de journée : une inflation des dépenses au niveau macroéconomique. Dès lors, les politiques auront deux manières de réguler : soit en baissant le tarif du GHS, et là, tous les lobbies s'agiteront, en particulier, les lobbies des cliniques, des syndicats, soit en jouant sur l'enveloppe MIGAC, qui est séduisante puisqu'elle reste encore dans une logique de budget global. Et je suis un peu inquiet, qu'on commence déjà à dire « on vous supprime ça, mais ce qu'on vous enlève là, on le met de l'autre côté ». Cela ne va pas dans le sens de la clarification.

Or, c'est gravissime, parce que nous rentrons dans une nouvelle gouvernance. Et cette dernière engendre trois ruptures fondamentales : on médicalise la gestion et il est difficile de le faire accepter par tous les acteurs. Les médecins veulent bien du pouvoir mais pas forcément de la gestion et de la responsabilité de la gestion, et parmi les directeurs, certains aiment bien le pouvoir aussi, et ne veulent pas trop que les médecins empiètent sur leur autorité et leur domaine. Première révolution fantastique, qu'on ne mesure pas. Deuxième révolution, c'est la culture du compte d'exploitation. On n'est plus dans la logique des dépenses, on est dans la logique des comptes d'exploitation, qui induit des mécanismes de solidarité. Ainsi, comme dans une holding, il y a des activités rentables qui viennent financer des activités non rentables. Il faut l'inscrire dans le compte consolidé. Une espèce d'impôt de solidarité peut venir financer la santé publique. Et troisième rupture, c'est que le compte d'exploitation, ne se fait pas au niveau de l'établissement, mais au niveau des pôles, c'est à dire qu'on doit être dans une logique de décentralisation et de responsabilité de gestion au niveau des pôles. Nous serions non plus dans une logique de directions fonctionnelles cloisonnées mais dans une logique de transversalité décentralisée au niveau des pôles.

Donc, il y a trois ruptures culturelles fondamentales. C'est l'aspect « nouvelle gouvernance ». Quand vous rajoutez à cela, la montée en charge de la T2A, alors on retombe dans ce que j'ai dit. Et, ce qu'on vendait au départ, moi le premier, en expliquant la gouvernance aux gens, le compte d'exploitation par pôles, en disant « faites plus d'activité que les autres pour avoir plus de recettes, regroupez-vous », les gens comprenaient mon discours. Les médecins le comprennent bien, les chirurgiens en particulier, -ils ne font que du privé!-, donc ils comprennent ce que sont l'activité et la recette. Mais quand on voit le mode de traitement, dès la première année, au niveau macroéconomique, où l'on prend un peu à l'intérêt général et à la santé publique pour en remettre un peu sur la recherche, tout ce que j'ai dit sur les biologistes pour repérer l'activité, ne tient pas. Les gens vont demander à quoi sert l'enveloppe puisque, de toutes les façons, le financement va se faire dans la négociation. Donc, tout le travail de clarification est lié à une cohérence de vision entre le niveau macroéconomique, le niveau microéconomique de l'hôpital et le niveau managérial du pôle. Si on commence à saper la cohérence au niveau macroéconomique, on rentre dans des logiques qui sont inexplicables aux gens.

Il est déjà difficile de faire passer aux médecins, dans les pôles, l'idée que, certes, ils travaillent bien et qu'ils vont avoir le plus gros chiffre d'affaire, mais que dans le même pôle, il y aura des activités, comme les addictions, les urgences réseaux, les soins palliatifs, la psychologie de service et que tout cela, c'est leur activité qui va le financer, ce n'est pas facile. La notion de solidarité au niveau du pôle, j'en doute. Et la solidarité entre les pôles, c'est encore plus difficile ; et entre les établissements, je n'en parle pas. Mais à la limite, on peut l'expliquer, si c'est transparent. Mais si, par contre, rapidement, ils ne comprennent pas comment sont calculées les recettes, en fonction de la T2A ou en fonction des MIGAC, et qu'on peut obtenir de l'argent en négociant, alors là, on tue tout le système. Il y a un risque. Je ne dis pas que c'est ce qui va se faire, je dis qu'il y a un risque. Et je sens bien déjà, que les espèces d'usines à gaz de régulation macroéconomique autour des deux pôles T2A, MIGAC, réduisent la cohérence du raisonnement qu'on pouvait avoir concernant la structuration des financements. Si on commence à faire des arbitrages et qu'on ne sait plus pourquoi on a telle somme sur telle plaque et telle somme sur une autre, ce n'est pas la peine de parler de nouvelle gouvernance et de nouvelle gestion. On sera dans le maelström économique-politique habituel.

Alors selon vous, vers quoi tend-on en matière de santé publique ?

Moi, je vois une confrontation. En matière de santé publique, on n'a pas pris conscience que dans un hôpital moderne, high tech et la course aux étoiles du high tech ont un coût,

et que ses marges bénéficiaires sont surtout destinées aux grandes entreprises de la « world company ». Dans le médicament, dans l'imagerie, ce sont toujours les mêmes, General Electric, Microsoft, Oracle, Siemens et l'industrie pharmaceutique...c'est eux qui tiennent les hôpitaux et comme eux, ils ont des actionnaires qui exigent beaucoup, et comme tous ces lobbies ont une tarification mondiale et qu'ils doivent justifier à leurs actionnaires des taux de rentabilité d'au moins 20%, et bien ce n'est pas le malheureux directeur d'hôpital qui va pouvoir faire de la régulation à son niveau. Donc, on est totalement captif sur l'essentiel des coûts des hôpitaux high tech. Il y a ainsi le coût du facteur travail, qui est le coût principal. On fait certes de la réorganisation mais c'est à la marge que l'on gagne : ce sont les syndicats, les avantages acquis, les 35 heures. Tout cela a un coût énorme, qui est un coût fixe. Si on rajoute à ce coût fixe, tous les coûts des dispositifs médicaux, les médicaments, on n'a aucune marge de négociation sur le prix du stent ou sur le prix du nouveau médicament qui fait gagner cinq jours sur une espérance de vie de cinq mois. C'est comme ça que ça se joue le high tech. Et alors, le fait d'être sans arrêt dans l'inflation des dépenses sur cette dimension du high tech fait qu'on est dans une confrontation éthique : quelle place fait-on à la santé publique au sein de l'hôpital par rapport à cette dimension du high tech ? Alors le Ministère et les politiques ont pris conscience de cela parce qu'ils se rendent bien compte que, finalement, la santé n'est pas liée à la production de soins. Le soin représente 25% des raisons explicatives de l'amélioration de l'espérance de vie. Tout le reste, c'est l'hygiène, la prévention, l'éducation.

Mais lorsqu'on voit le système organisationnel français, il est impossible de comprendre, dans les délégations de compétences, le jeu des acteurs. On a décentralisé la compétence des personnes âgées aux conseils généraux, pourquoi eux ? pourquoi pas ? Mais le cancer, pourquoi les conseils généraux. Résultat : il n'y a que 40% des départements, où en quinze ans, on a été capable d'organiser des campagnes de dépistage systématique du cancer du côlon ou du cancer du sein. On est dans un bordel organisationnel : il y a une multiplication des acteurs, des responsabilités et des financements. On est dans un système complètement incompréhensible. Donc, on ne peut pas être efficace car tous les thèmes sont des thèmes transversaux.

Alors, la santé publique son cadre de cohérence régionale, dans le cadre des programmes d'action régionaux développés par Mattéi. Par contre, quand on décline sur « qui est responsable de quoi », c'est un bordel pas possible avec les lois de déconcentration. On ne sait pas qui est responsable de quoi. Mais ce qui fait avancer les choses malgré tout, ce sont ces programmes politiques, qui viennent soit des engagements, soit des crises mais qui filent un peu de pognon qu'on met dans les rouages. Mais le drame, c'est que tout se met dans les rouages d'une manière scandaleusement cloisonnée. C'est ingérable. Et les hôpitaux qui sont déjà ingérables, le

deviennent tous les jours plus. Pourquoi ? Parce que le malheureux chef de service qui fait de la maladie d'Alzheimer, qui n'avait pas de moyen et qui était neurologue, qui n'était pas reconnu par ces collègues qui eux, faisaient de la neurologie dégénérative ou génétique, tombe sur le créneau du Alzheimer et des ses crédits fléchés. Et le jour où il obtient trois psychologues, quatre techniciens de recherche clinique, deux PH, il les prend et il les garde, même s'il n'en a pas besoin. Donc cela empêche toute réflexion sur ce qu'est la santé publique dans un hôpital de façon transversale. Et là, on se rend compte que les différents plans ont fait qu'on se retrouve dans des logiques complètement cloisonnées. Il y a les soins palliatifs, alors on met des médecins, des psychologues et puis, il y a la douleur, et on met du psychologue, de l'infirmière, et puis on met les SIMUD et puis on met le tabac. Et chacun a sa petite case, fait son travail, sans aucune mutualisation ou vision globale de la dimension «santé publique à l'hôpital ». Si vous voulez étudier le cloisonnement, prenez les SIMUD, de quoi s'occupent-ils? des toxicomanes qui arrivent à l'accueil des urgences. On a crée des moyens. Ensuite des services se sont appropriés les SIMUD, en général ceux qui s'occupent du SIDA et certains services de médecine interne qui font parfois un peu de sevrage chez les toxicomanes. Mais quand on demande si ce ne sont pas les mêmes mécanismes d'addiction, on vous répond que si. Alors, pourquoi faire séparément, le tabac, la toxico, l'alcool, etc ? Parce que ça n'intéresse personne. Chacun est dans petite niche, sur son petit domaine, fait ses petites publications, et donc, pourquoi alors, aller s'embêter pour une institution ?

Peut-être pour les malades ?

Pour les malades, alors il y a aussi les méfaits de la santé publique. Le méfait, c'est de rendre abstinent tout le monde, dès qu'il pose un pied à l'hôpital. Les ayatollahs de la santé publique, c'est pire que le tabac, en terme de méfaits.

Par ailleurs, on a rien trouvé de mieux dans les hôpitaux, par mimétisme, que de dire que la santé publique devait être dans les mêmes structures que les services cliniques. Donc, on crée des services de santé publique avec un chef de service. C'est complètement fou. Cela explique d'ailleurs que la santé publique ne soit pas reconnue dans les hôpitaux. Souvent, ces gens vivent leur vie, ils sont dans un domaine d'épidémiologie, dans un domaine de méthodologie ou d'évaluation des bonnes pratiques, d'hygiène. Ils font leur travail. Puis, bon, l'hôpital...Alors, on a enfermé cela dans un concept « service médical ». Toutes les activités de santé publique sont des activités transversales qui servent à toute la collectivité. Donc, c'est plutôt une direction qu'il faudrait, une direction des affaires médicales ou de la politique médicale, qui doit avoir, en son sein, toute la dimension des coordinations des vigilances, de l'hygiène, de la formation médicale, de la promotion de la

prévention, de l'éducation de la santé. Une vraie direction. Ce n'est pas un « service » comme le service de pneumologie ou de gastro-entérologie.

J'espère que dans le nouveau cadre de gouvernance nouvelle, le fait de créer un conseil exécutif, en médicalisant, la décision par cette espèce de parité permettra d'avancer, -en tous les cas, c'est un souhait-, et de faire reconnaître que, finalement, tout ce qui appartient à la santé publique, dans la dimension coordination de réseaux par exemple, sera revu au niveau du conseil exécutif. Dans les domaines de la cancérologie, de la périnatalité, de la gériatrie, la coordination est essentielle. Or, la médicalisation de la décision permettra peut-être de revoir les programmes façonnés par le temps, pour repositionner, déjà en interne, la dimension « santé publique » et « gestion de la santé publique », dans la coordination des réseaux, la coordination des vigilances, tout ce qui est coordination en fait, des addictions, de l'éducation de la santé. On peut imaginer que chaque spécialité développe une méthode autour du concept de « preventive care » et d'auxiliaires de soins, pour former le conjoint d'une personne atteinte d'une maladie chronique : on apprend aux gens à se prendre en charge eux-mêmes avec leur environnement : le tronc commun, ce sont des outils pédagogiques et des compétences qui sont toujours les mêmes : psy, diét, infirmières, nursing. Pourquoi chacun dans son coin ? Il pourrait y avoir des espaces dans les hôpitaux d'éducation de santé, qui soit un lieu d'apprentissage d'une prise en charge la plus autonome possible. Cette dimension est évidente, mais elle n'existe pas.

Donc le vrai sujet de la santé publique, c'est : son émergence, c'est la compréhension de sa transversalité, c'est le décloisonnement des structures, qui, à l'état actuel, du fait de crédits fléchés, sont en autonomie comme des niches et souvent de façon cloisonnée et c'est un nouveau mode de management de cette dimension santé publique interne au sein des hôpitaux et en relation avec le monde extérieur.

Comment articuler cela au plan financier ?

Ce n'est pas tellement un problème de financement mais un problème de management.

Il faudrait une enveloppe ou bien le faire passer en tarification ?

Comment faire émerger et manager mieux la santé publique, ça c'est du management, ce n'est pas une question de financement. Car les ressources, il y en a déjà. C'est mieux les mutualiser et mieux les gérer. Il faut rajouter un peu d'huile pour que cela fonctionne. Par contre, faire reconnaître dans la dimension high tech, production d'actes, production séjours, la dimension santé publique, c'est très difficile.

Vous disiez : les crédits fléchés concourent au cloisonnement des structures ; alors un nouveau management suppose peut-être un nouveau financement qui soit plus transversal ?

Mais on est déjà dans un système compliqué, c'est le problème. Si on prend un GHS, le tarif de référence, c'est le tarif « échelle nationale de coût », c'est donc une moyenne de moyenne. On peut imaginer que dans cette moyenne de moyenne, sur un échantillon d'hôpitaux publics, ce qui est le cas, il y ait une partie d'éducation et de prévention déjà contenue dans ce tarif là. Mais qui est-ce qui est capable de la valoriser cela ? Je pense que c'est ce qui justifie essentiellement la différence de tarif entre le privé et le public. On peut peut-être avoir une idée en comparant, pour des GHS, la différence de tarif, et essayer sur un exemple concret de voir si cette différence de tarif est justifiée par la lourdeur des pathologies, par la sélection des patients à l'entrée ou si elle est liée à des ressources additives dans les hôpitaux, par rapport au privé (assistantes sociales, psychologues, diététiciens, etc). C'est sûr qu'une dimension « action santé publique » est déjà prise en compte.

C'est d'ailleurs une des évolutions possibles, d'intégrer dans le GHS, le coût de la santé publique.

Oui, c'est une évolution possible.

Sinon, que pensez-vous du partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Je ne vois pas. Honnêtement, le privé...Ce que j'en connais, je le vois bien fonctionner.

- Si c'est du privé à but lucratif... L'hôpital d'Anthony, c'est un autre monde. Eux, c'est de la productivité institutionnelle. C'est : diagnostic rapide, traitement rapide, sortie rapide. Mais savoir si le malade retourne chez lui ou pas, si quelqu'un l'attend ou pas, s'il faut lui faire des papiers administratifs ou pas, ce n'est pas leur problème, ils ne prennent que du solvable. Ils ne se préoccupent pas de toutes les compétences qu'on a dans les hôpitaux et qui coûtent cher comme les assistantes sociales. C'est la réalité. Ainsi, il y a le privé isolé et ce n'est pas la peine de parler du social. Et puis, il y a le privé en chaîne. Eux peuvent rentrer dans des logiques santé publique mais comme produit marketing. Si on met la prévention dans la dimension de santé publique, on peut prendre l'exemple de l'hôpital américain de Neuilly. Ils ont fait venir un médecin américain, spécialisé dans les check-up, surtout de l'hypertension. Et ils drainent par là, toute la population des cadres européens travaillant à Paris et à qui leur entreprise paient un check-up. C'est un geste de ressources humaines. C'est un geste marketing formidable. La prévention devient un élément marketing du reste de la production de l'hôpital américain car le cadre qui a un problème de santé, s'adresse spontanément à l'Hôpital Américain. La prévention, comme

dimension marketing, dans certains grands groupes privés bien organisés, des chaînes ou des hôpitaux comme celui de Neuilly, c'est possible. Mais comme élément marketing.

•Après, dans l'autre famille, celle des privés non lucratifs, quand les chaînes sont bien organisées, on peut rentrer dans des logiques de santé publique, comme aux Etats-Unis. La logique est de prendre en charge des clients sur toute la vie, donc il y a intérêt à développer la prévention.

•Nous, hôpitaux publics, ce sont nos missions de service public. On doit se positionner mais pas sur tout. Plutôt la prévention secondaire et tertiaire que sur la prévention primaire.

L'introduction des MIGAC va-t-elle altérer l'équité de la prise en charge au sein du territoire ? Y aura-t-il une coordination suffisante ou une concurrence entre établissements ?

Il y a des enveloppes très importantes mises sur les réseaux. Dix ans après, quels réseaux fonctionnent bien ? Les cancéropoles : on a mis une masse d'argent sur les réseaux, or ils font tous la même chose, peu de choses et des choses peu utiles, les protocoles peuvent être pris sur des bases de données actualisées médicales mondiales. Cela ne sert à rien que chacun réinvente son protocole du cancer de la thyroïde à travers les âges. C'est pareil : crédits fléchés et cloisonnement, ça ne fait rien avancer du tout. Je ne dis pas qu'il n'y a pas de bonnes initiatives mais elles sont parcellisées, sans vision globale.

Mais peut-être les pôles changeront-ils cela ? Un des arguments du pôle c'est qu'il constitue une prise en charge globale, multidisciplinaire du malade avec le dossier patient électronique. Quand on a un cancer, il faut que tous les spécialistes soient autour du malade et il faut qu'ils aient l'information le plus vite possible. Ça, c'est médical. Le deuxième objectif, c'était un objectif de santé publique : c'est de dire que s'il n'y a pas de regroupements à l'intérieur de l'hôpital, comment va-t-on répondre à des appels d'offre européens. La force supplémentaire, c'est que le pôle, qui couvrira, à la fois, le soin, l'enseignement, la recherche, sera labellisé, avec un chiffre d'affaire, un nombre d'interventions suffisant pour justifier le label. Là, il y aura une organisation en interne pour s'inscrire dans des logiques de réseaux et de continuité de soins. On est bien là dans une logique de continuité de filières de soins donc de santé publique au sens large, jusqu'au domicile. Troisième argument, c'était un argument purement de gestion : un outil pour décentraliser la gestion. Mais les deux autres avaient une dimension médicale et santé publique.

ANNEXE 2.7

Personne rencontrée : **Directeur d'hôpital**

Entretien téléphonique

Thème 1 : Les MIGAC : une opportunité de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Lorsque l'on a effectué le recensement des MIGAC, on s'est rendu compte qu'au niveau de notre établissement, on développe à peu près toutes les actions de santé publique relevant des MIGAC. Il y a une mission que l'on n'a pas développée en tant que telle : ce sont les missions d'aide à la contractualisation. Comme je vous l'ai expliqué, on n'a pas passé de contrat spécifique avec notre tutelle. Par ailleurs, nous sommes un CHU, donc nous avons une dimension enseignement et de recherche. Nous avons un centre de formation, un centre de SAMU, toutes les consultations spécialisées possibles, une tumorothèque, etc...

On doit émarger sur toutes les lignes possibles et imaginables des MIGAC.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Nous avons eu très clairement des financements, sur la base d'enveloppes fléchées, depuis toujours. Ces financements ne recouvraient pas forcément la totalité de nos dépenses pour ces missions, notamment en matière d'innovation. Nous n'étions pas donc pas forcément dans une logique de dépenses gagées et de recettes affectées. Par ailleurs, la difficulté avec le système de la dotation globale, c'est que les financements n'étaient pas forcément absorbables pour toujours, principalement sur les innovations technologiques coûteuses. Pour ces dernières, qui sont apparues dans les années 1997-1998, les financements étaient prévus pour trois années seulement. Cela a posé des difficultés avec le système de dotation globale, car ces innovations étaient financées après avoir démontré leur pertinence. Mais une fois que la pertinence était démontrée, l'enveloppe n'était plus reconduite mais entre temps on avait créé la demande. En cela, le dispositif MIGAC est un progrès.

Concernant le repérage, celles qui étaient financées, étaient, par définition, repérées dans de le cadre des allocations budgétaires. Mais on perdait la mémoire au fur et à mesure.

Le CHU de Bordeaux avait la chance d'avoir un système d'information qui leur a permis de remonter dix ans en arrière pour avoir tous les crédits. Compte tenu de notre système d'information, nous ne pouvions pas avoir la même approche. De plus, les moyens qui ont été donnés en dotation globale, à un instant T, pour un objet précis peuvent, au fil du temps, être affectés sur autre chose. Par exemple, il y a quelques années, le ministère avait dégagé des moyens relativement important pour les patients atteints du VIH. A cette occasion, nous avons obtenu des financements pour des techniciens d'étude clinique pour la prise en charge.

Dix années plus tard on se rend compte que certains techniciens ne sont plus tout à fait sur cette activité.

Le deuxième élément en terme de financement tient à toute une partie d'activités, regroupées sous le terme de MIGAC aujourd'hui, comme les activités d'innovation, de recherche, le service public au sens accueil des démunis qui eux étaient financées par la DGF hors enveloppes spécifiquement fléchées. La logique était totalement différente de T2A.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

La construction de l'évaluation des MIGAC a été un travail progressif qui s'est déroulé en grande partie sur l'année 2004, en interaction entre le Ministère et un certain nombre de CHU, dont le nôtre. Le travail de repérage des MIGAC a participé à la construction de la méthode. Cette méthode n'est pas figée aujourd'hui. Nous avons privilégié l'approche dépenses, c'est-à-dire comptabilité analytique, par opposition à l'approche crédits. Nous avons recherché dans notre comptabilité analytique toutes les dépenses susceptible de correspondre à ces missions, en s'appuyant sur des structures de la comptabilité. L'idée générale était de repérer et d'identifier les missions d'intérêt général au cœur de notre rôle de CHU, qui n'étaient pas suffisamment ou pas du tout couvertes par les recettes des autres rubriques de la T2A. Ce mode de financement ne reposant pas sur la logique d'activité mais sur une logique de structure, donc la logique des MIGAC. Nous avons constitué une première liste en novembre 2003, avec 4 hôpitaux très impliqués dans la recherche. Cette première liste a été la base de travail pour l'ensemble des directeurs financiers des sites. Elle a été complétée au fur et mesure. Elle a permis, après le repérage des activités, d'identifier les recettes et surtout les dépenses attenantes. En avril 2004, nous avons vu apparaître sur le site de l'ATIH², le nouveau guide de retraitement comptable avec l'idée que la section d'imputation du groupe 2 (celle relative aux autres dépenses MIGAC) s'appuierait sur une liste positive pour nous (correspondant à notre

² Agence Technique de l'Information Hospitalière

méthodologie de repérage). Donc nous avons été conforté sur notre logique, qui était la même que celle du Ministère. Nous sommes partis ensuite de la liste du Ministère et nous l'avons ré-adressée à l'ensemble de nos hôpitaux. Il ne nous était pas interdit de l'enrichir. En fait, avec l'expérience, on s'est rendu compte que l'on pouvait également apporter notre cote part à la réforme et nous aider nous-mêmes, par la même occasion. Nous avons travaillé simultanément sur deux grilles : celle du Ministère pour répondre à la demande et la nôtre. Nous avons ensuite effectué un travail de consolidation dans le courant du mois de mai l'année dernière, puis un travail d'analyse technique piloté par l'ARIF³ puis, dans un deuxième temps, par le Ministère. A l'automne, le ministère a réalisé un travail de retraitement dont nous n'avons pas tous les tenants et aboutissants. Ce travail est prolongé aujourd'hui au niveau des sites, à qui on demande de consolider ce qu'ils avaient repéré l'année dernière, sur la comptabilité analytique. Nous avons eu une conférence téléphonique avec l'ensemble de nos directeurs financiers et nos DIM, qui ont été nos principaux interlocuteurs pour ce travail, pour discuter de tous les sujets techniques et y apporter des réponses.

Par ailleurs, concernant les MERRI, nous avons lancé quelques études avec d'autres CHU, la FHF⁴ et l'Ecole des Mines, visant à repérer la recette perdue relative au temps consacré par les praticiens hospitaliers universitaires, à des activités de recherche non repérables par comptabilité analytique. Des activités telles que la participation aux congrès, les activités de conseils, l'activité télémédecine ne sont valorisées nulle part et ne sont pas repérables dans la comptabilité analytique, parce qu'il n'y a pas de structure spécifique. Mais en même temps, nous perdons de la recette. Nous avons élaboré une monographie qui doit permettre d'évaluer le pourcentage qui, par rapport au budget MCO, coûte en terme de dépenses ou qui est perdu en terme de recettes.

Nous avons également lancé une étude sur le transfert de la recherche et l'innovation, c'est-à-dire le moment où l'innovation n'est pas encore prise en compte dans les modèles qui permettent d'élaborer les tarifs des GHS. En sachant qu'aujourd'hui, ils y encore des débats sur les critères modulation des MERRI qui varient de 10,5% à 13,5%.

Les critères de modulation pourraient être «l'impact factor ». La logique de «l'impact factor » est la suivante : une fois que l'on a défini un montant, il s'agit de le moduler en repérant, par des critères de qualité (non financiers), l'implication d'un CHU dans la recherche et l'enseignement. Cela s'appuie sur un rapport récent, que je vous recommande, de l'IGAS et de l'inspection générale de l'éducation nationale sur les CHU,

³ Agence Régionale d'Ile de France

⁴ Fédération Hospitalière de France

l'enseignement et la recherche, où il est déterminé un certain nombre de critères (le nombre d'unités INSERM, d'unités d'investigation clinique, de PHRC, de conventions avec l'université sur l'enseignement, le nombre d'internes formés...), avec une logique de résultats de la recherche qui peuvent être mesurés par «l'impact factor ». «L'impact factor » est le nombre de publications rattachées à un médecin par CHU, pondéré par l'importance de la revue.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Clairement oui. Si on les considère dans une dimension plus large qui est la tarification à l'activité, ce n'est pas un moyen mais le moyen. On souhaiterait pérenniser deux grands axes :

- la vision large de la santé publique, au sens où l'on rend service à la population comme ne le ferait pas une clinique privée (ex : les services d'urgences ou des activités par forcément valorisables comme certaines consultations lourdes et longues, type consultations pour les démunis ou les sourds et les malentendants). De même, en cas de déclenchement d'un plan Blanc ou plan Biotox ou tout autre catastrophe sanitaire, on nous demande d'avoir un certain nombre de réserves mobilisables pour la France entière. Lorsque qu'une catastrophe arrive dans le monde, ceux sont nos équipes de SAMU qui se déplacent les premiers. Et donc ils utilisent les personnels, des consommables, etc.

C'est vraiment un panel et un inventaire à la Prévert de missions de service public qu'un établissement privé et même la plupart des hôpitaux publics ne feront pas. Ces missions, on nous demande de les assumer mais elles ne se retrouvent pas dans les tarifs. Si on n'avait pas les MIGAC, on ne saurait pas les financer alors qu'elles représentent des montants non négligeables. C'est exactement la même chose pour l'enseignement et la recherche.

- La deuxième vision des CHU, c'est qu'il sera difficile de pérenniser des activités si on ne les retrouve pas dans les tarifs. Ceci risque d'être assez catastrophique pour les innovations même si la pertinence est démontrée en terme de recherche clinique.

Thème 2 - Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publique

En interne :

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Oui et non. Le plan stratégique 2005-2009 prévoit une augmentation de la part que le groupe hospitalier accorde, par exemple, au soutien à la recherche et un certain nombre de missions de service public ou universitaires, dans cette logique de financement. On n'a pas, derrière chacun de ces actes, essayé de voir à quelle ligne de financement MIGAC on allait les rattacher.

On a d'abord défini les orientations stratégiques, y compris ces missions là, et ensuite nous avons réfléchi à la manière dont le plan stratégique était financé. Il est financé une augmentation de notre activité qui nous permet d'améliorer nos recettes, mais également par les MIGAC.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Nous sommes en train de réfléchir à comment conserver une marge de manœuvre d'autodétermination de ce que l'on veut soutenir ou pas.

Thème 3 - L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

C'est ce que le ministère annonce. Au delà de cela, si on regarde soit des établissements PSPH ou même des établissements à but lucratif, certains ont aujourd'hui des actions de recherche et d'innovation et même d'enseignement assez soutenues. Le ministère annonce que l'enveloppe MIGAC sera ouverte au-delà des CHU, et c'est déjà un peu le cas. La partie MERRI peut être ouverte à un certain nombre établissements, non CHU publics, PSPH ou éventuellement à des cliniques privées. Je ne suis pas personnellement convaincu que cela débouchera ensuite sur un véritable partage au sens d'un SROS.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

Nous partons du postulat que si nous sommes capables d'augmenter correctement notre activité, d'améliorer sa valorisation au travers du PMSI, d'améliorer également notre efficacité économique et partant, de sortir de la «boite noire» dans laquelle nous étions

(nous savions que nous coûtions plus cher mais nous ne savions pas pourquoi), si nous savons faire tout cela en définissant les règles d'allocation de ressources internes, ce qui favorise les comportements vertueux, on pourra concilier ces deux logiques.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Les MIGAC, dans leur mise en œuvre, mobilisent facilement les acteurs hospitaliers, car ils y voient une sanctuarisation de leurs crédits. C'est un facteur plutôt incitatif. En interne, nous ne rencontrons pas de freins ou limites. Vis-à-vis de notre tutelle, la difficulté ce serait d'obtenir la reconnaissance de ce qu'on leur présente. Probablement, la limite que l'on peut avoir, c'est que personne aujourd'hui en France, y compris au niveau de la tutelle, n'a une vision parfaitement claire de ce que recouvrent les MIGAC et de la manière dont on va les gérer dans le temps. Les règles du jeu ne sont pas connues. Il reste aujourd'hui un flou technique certain sur les MIGAC. C'est peut être le plus difficile.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Cette question n'a pas vraiment de sens car les MIGAC ne sont pas une action, mais un mode financement complémentaire.

Les MIGAC ont un succès d'estime certain car c'est le mode de sanctuarisation de crédits donc de ressources, dans une réforme qui fait relativement peur. Cette réforme signifie pour 40% des établissements des pertes de crédits.

ANNEXE 2.8

Personne rencontrée : **Responsable d'un Département dans un groupement de cliniques privées**

Entretien retranscription intégrale

Cela fait deux ans et demi que je suis au sein du groupe. Auparavant, j'étais chargée de mission à l'ARH. Et auparavant encore, je travaillais dans un groupe de cliniques privées. Je pense que, concernant les MIGAC, pour le privé, il n'y a que des obstacles. Pour aller droit au but, je pense que l'on n'aura rien. Les MIGAC n'ont pas été créées pour le privé. Quand on regarde l'arrêté qui définit les activités éligibles au titre des MIGAC, on en déduit que tout a été fléché par avance au niveau du Ministère. C'est la raison pour laquelle, je n'ai pas beaucoup agité mes directeurs d'établissements sur le thème des MIGAC. Je leur ai plutôt dit que l'on n'aurait rien et que tout cela était du « pipot » pour nous. J'ai ajouté qu'il ne fallait pas qu'ils passent trop de temps à faire des dossiers. Je leur ai suggéré de faire plutôt des courriers qui exposent ce qui est déjà fait dans leur établissement. Si l'ARH, par miracle, souhaite davantage de précisions, il sera toujours temps pour eux de développer sur la question. En tout état de cause, je ne leur conseille de ne pas consacrer plus de deux heures à ce dossier.

Dans les MIGAC, l'idée de départ était peut être intéressante mais quand on voit l'arrêté, on comprend que c'est une autre façon de donner de l'argent aux hôpitaux. En fait, le privé, à mon sens, ne sera concerné en rien. Les exemples ne manquent pas dans l'arrêté. On n'a que l'embarras du choix. Les missions : recherche, enseignement, les centres de ressources sur les maladies professionnelles, pour les troubles d'apprentissage du langage ..., il n'y a rien là dedans qui nous concerne. Il y a même à un endroit du texte où on nous précise bien que c'est uniquement pour les hôpitaux, au cas où on aurait un doute. Il me semble que c'est au sujet des négociations salariales. Il est question de la mise à disposition de personnel auprès des organisations syndicales. C'est absolument extraordinaire de financer cela dans le cadre des MIGAC. Il est évident que tout cela était fléché d'avance.

Je vais vous citer plutôt les rares lignes dans lesquels on pourrait essayer de se positionner sans y croire.

- J'avais listé les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses même si nous en avons peu dans le privé. En général, on est exclus de tout cela aussi. A partir du moment où il n'y a pas les financements pour ces techniques, on ne les fait pas. On a quelques projets sur lesquels on ne s'était jamais positionné. On se dit que c'est peu.

- J'ai pointé également les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation. Nous sommes en discussion sur la liste des médicaments et des dispositifs médicaux facturables en sus. Je sais que le texte est sorti mais je n'ai pas pris connaissance du détail.

- Sur tout ce qui concerne les missions de vigilance, on ne parle que des comités régionaux, des centres de coordination, ce qui nous exclut aussi.

- Eventuellement, on pourrait être concerné par les centres et cellules de coordination en cancérologie. Cet axe reste relativement large. On pourrait peut être essayer de réfléchir, même si je ne vois pas bien aujourd'hui ce que cela peut recouvrir.

- Sur la coordination et l'évaluation des besoins des patients, se pose la question des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et de lutte contre la douleur. Dans le privé, tout cela n'existe pas. Mais on a parfois des infirmières référentes. Nous pensons essayer de jouer là-dessus.

- Les réseaux de Télésanté et Télémédecine, je crois que quelques équipes ont essayé de les développer mais il ne doit pas y en avoir beaucoup.

- Les missions de prévention et d'éducation pour la santé, la nutrition, l'asthme et le diabète : on a interrogé les établissements, je pense qu'aucun d'eux n'a mis en place de comité autour de ces thématiques.

- Pour les missions de veille sanitaire, on y a réfléchi car il existe au niveau central, un département « gestion des risques, gestion de crises ». Evidemment cela ne rentrait pas dans le cadre car cette activité est centralisée. On essaye de mettre en place un système de signalement informatisé au niveau national.

- Sur les équipes pluridisciplinaires, d'une façon générale, on n'en a pas, de même pour l'aide médicale d'urgence. La participation et la mise en œuvre des politiques publiques, là on est complètement exclus.

- De même, il est possible que l'on ait des psychologues, dans les grosses maternités, dans le cadre des plans nationaux de santé publique.

Tout ce qui est « unités de consultations », « soins ambulatoires », concerne les médecins, pas les cliniques.

Nous ne faisons pas du tout de santé publique.

Le dispositif MIGAC ne va pas nous inciter à développer des actions de santé publique. La seule chose sur laquelle nous avons insisté auprès des établissements, c'est l'aide à la contractualisation et la valorisation des projets de restructuration, même si je pense que cela va plutôt dans le cadre du FMES⁵ - à la limite pourquoi pas.

⁵ Fond de modernisation des établissements de santé

Le groupe possède un certain nombre d'établissements étiquetés « POSU », vous devez savoir que, dans le projet de décret « urgences », ils disparaissent. Il y avait une petite ligne dans une circulaire disant qu'ils rattraperaient tout cela par le biais de l'enveloppe MIGAC. On n'en entend plus parler dans l'arrêté. On s'est dit qu'il fallait le mettre en avant car les établissements ont développé des structures individualisées pour recevoir ces patients là. On s'est dit que l'on pouvait postuler. A priori, là, on a le droit.

Je n'ai pas réussi à trouver quelles étaient les enveloppes financières dévolues aux MIGAC. Dans les quelques enquêtes que l'on a pu faire, on s'est rendu compte que les agences ne savaient pas non plus. Donc voilà, c'est vraiment sans illusion.

Est-ce que cela n'a pas un coût pour vous de ne pas prendre en charge la prévention et l'éducation de vos patients ?

On prend en charge les patients qui ont des problèmes à traiter. On est vraiment sur le court séjour et sur les soins de suite, donc les programmes de prévention, c'est non.

On est convaincu, comme tout le monde, que c'est absolument nécessaire, mais ce n'est pas un rôle qui nous est dévolu.

C'est toujours le problème, une fois que les patients sortent de l'hôpital, que ce soit dans le public ou le privé en général, il n'y a pas de suivi derrière.

Vous n'avez pas de partenariat avec des assurances ?

J'ai un peu de mal avec les assurances depuis quelques années. On a eu environ 70% d'augmentation sur la responsabilité civile. Il y a peut être des accords sur des choses particulières, comme les soins de suite. On pourrait peut être mais on ne serait plutôt sur l'activité libérale des praticiens. On a une partie des praticiens qui consulte sur place. Ils ne consultent pas forcément chez nous.

Avez-vous été sollicité sur la question des réseaux de soins ou projet de territoire par rapport au dispositif MIGAC ?

Non pas du tout. Je pense que sur des dossiers comme ceux là, chacun fait son petit dossier dans son coin. Nous, on s'est senti peu concerné, donc on ne va pas aller voir chez les autres. De toute façon, ils ne viendront pas nous voir. On n'a pas développé de partenariat particulier.

Pensez qu'il soit nécessaire d'initier des partenariats entre le public et le privé ?

C'est ce que le groupe prône depuis longtemps, mais il y a beaucoup de résistances de part et d'autre. Les gens ne sont pas habitués à travailler ensemble. Et rien ne les y incite non plus, avec une rémunération si différente. Je le vois bien avec la T2A, par exemple,

avec les transferts de moins de 48 heures, où on est censé signer des conventions. Il n'y a pas une convention qui soit signée dans le groupe. En fait, c'est vraiment une culture qui n'est ni chez les uns ni chez les autres. Sur des projets particuliers, on y arrive, poussé un peu par la force majeure mais sinon, ça n'est pas du tout entré dans les mœurs. Il faut que chacun y trouve son compte. Sur des actions comme celles-là il faudrait avoir beaucoup d'imagination. Il y a sûrement beaucoup de choses à faire. Je pense qu'il n'y a pas de réelle volonté, ni des acteurs publiques ni des gens du privé.

Je pense que les ARH sont vraiment dans le flou pour ces questions-là. Elles ne connaissent même pas le montant à leur disposition. Elles savent qu'il y a déjà des montants fléchés par le ministère. Quand on lit l'arrêté, on comprend tout de suite. Les agences ont maintenant une marge de liberté qui s'est beaucoup limitée. Elles sont de plus en plus encadrées. Le Ministère oriente de plus en plus les choses. Je ne suis pas sûre que les agences prennent beaucoup d'initiatives.

Pensez que dans le cadre des MIGAC les ARH auront un rôle à jouer dans la répartition des actions de santé publique ?

Je ne crois pas. Normalement tout cela devrait être financé par la dotation globale. C'est une autre manière de financer sur des enveloppes, qui, j'imagine, sont déjà largement épuisées par ailleurs. C'est un mode de financement détourné pour le public. Je ne pense pas que les agences prennent beaucoup d'initiatives autour de tout cela. C'est trop précis. Le ministère sait très exactement ce qu'il veut financer (la maison des adolescents, par exemple). Alors pourquoi les agences iraient se casser la tête à inventer des projets, alors que les jeux sont déjà faits. Elles sont plutôt dans l'exécution.

Thème 3 : L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement des hôpitaux
--

Question 9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage ?

Je pense que cela pourrait être une bonne chose. Le privé a souvent un plateau technique performant. Il pourrait le mettre à disposition d'expérimentations. Cela me semble tout à fait intéressant. Les médecins sont toujours très intéressés par tout ce qui est nouveau. S'il y a un financement derrière, les gens sont partants.

Question 10 : Comment concilier la logique gestionnaire et la logique santé publique ?

C'est le ministère qui fixe la T2A, il suffit qu'ils mettent le curseur où ils veulent pour développer les axes qu'ils souhaitent. D'ailleurs, ils savent très bien le faire. On voit bien que la chirurgie lourde dans le privé est sacrifiée au bénéfice des petits actes médicaux.

On voit qu'ils essayent de pousser le secteur privé sur des choses moins lourdes. L'objectif numéro un, je pense, est de sauver l'hôpital.

Je pense que l'on peut déplacer le curseur et intégrer les actions de santé publique dans la T2A. C'est stupide de dire que ces actions sont non tarifables. Tout cela a un coût, il suffit de le déterminer et de financer sur des choses plus intéressantes que la mise à disposition de personnels pour des activités syndicales. C'est une question de volonté. Je pense que les acteurs sont prêts.

L'objectif MIGAC du départ a été sacrifié à autre chose car selon moi, il n'y a pas d'argent.

Question 11 : Quels freins/limites rencontrez vous ?

Les limites sont énormes comme vous le voyez.

Question 12 : Quelles sont pour vous les conditions de réussite des MIGAC ?

Je crois beaucoup aux cahiers des charges. On l'avait fait lorsque j'étais à l'ARH d'Ile de France. Quand on voulait développer des activités nouvelles, on établissait un cahier des charges et on mettait les projets en concurrence. Là, il y avait une certaine émulation. On nous proposait des choses beaucoup plus intéressantes Je pense que pour les MIGAC, on devrait faire la même chose. C'est la seule condition de réussite. Etablir une dizaine de critères, pas plus et établir un cahier des charges en face. Et les établissements se positionnent s'ils le souhaitent, en fonction de leurs compétences et des tarifs.

C'est toujours le problème des priorités de santé publique. Ce qui est important, c'est de dire, par exemple, pour 2006, qu'on va mettre l'accent sur quelques programmes seulement, et non pas développer de petites actions multiples, peu financées et dans lesquelles il n'y aura aucune évaluation, j'en suis convaincue.

ANNEXE 2.9

Entretien avec un responsable d'un pôle de DRASS. Dans le cadre de ses fonctions, il est amené à gérer : les campagnes budgétaires des établissements, le suivi des données PMSI, à effectuer des missions d'audit, d'analyse de gestion, d'études de coût et de performance.

Compte tenu de la nature des fonctions de la personne auditionnée, nous ne suivrons pas strictement la grille d'entretien élaborée qui est plus à destination des directeurs d'établissements.

Impacts difficiles à percevoir :

La mise en œuvre de la T2A n'a que deux ans, nous n'avons pas encore suffisamment de recul pour juger de la question de l'impact des MIGAC sur les actions de Santé Publique. Lors de la mise en place de la T2A, en 2004, les MIGAC étaient « un concept », une liste indicative donnée par la DHOS (correspondant au SI2 du Compte Administratif retraité). L'objectif était alors de déterminer une enveloppe de référence, dont le contenu a été spécifié par le décret d'application de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

Méthode de calcul et objectifs des MIGAC

En tant que tarificateur, les services déconcentrés de l'Etat et l'ARH devaient identifier, au sein des budgets des établissements, les dépenses relevant du « décret MIGAC », travail itératif effectué entre les ARH et la DHOS. Cela s'est décliné en une allocation de forfait sur la base du coût moyen national, pour éviter de trop grandes disparités entre les régions et entre les établissements. Quand le montant est supérieur au montant du forfait, on retient le montant de l'établissement et quand la dépense est inférieure, on aligne le coût de la mission sur le montant du forfait. Ainsi un établissement de la région a vu la somme allouée à son SMUR, passer de 100 000 € à 900 000 € en dotation MIGAC. On assiste, en fait, à un déplacement de crédits de la Dotation Annuelle Complémentaire vers la MIGAC, cela permettant d'accroître substantiellement la performance de certains établissements. En 2005 cette mécanique a favorisé les établissements dans le domaine de la Santé Publique, -comme pour les centres périnataux qui ont été facturés au coût réel-, mais les établissements, qui sont « perdants » avec la T2A, voient le montant alloué à ces actions figé en MIGAC au profit d'activités qui ne sont pas rémunératrices.

Cela pose la question du maintien, à un coût satisfaisant, de certains services dans des zones désertées. La liste des MIGAC a vraisemblablement été conçue, selon un intérêt stratégique, au regard d'une préoccupation d'aménagement du territoire et d'égalité d'accès aux soins. Le Ministère fera évoluer la liste des MIGAC au fil du temps en fonction des priorités et des besoins. On n'a pas à ce jour de visibilité sur la politique en

matière de Santé Publique, même à court terme. Il faudrait pour cela, stabiliser les textes et les procédures. En effet, rien ne dit, qu'en 2006, la liste des MIGAC sera la même.

Intérêts des MIGAC sur le plan financier

Du point de vue de la « tutelle », le fait d'avoir une liste exhaustive des actions de Santé Publique développées par les établissements constitue la garantie d'une mise en œuvre des mesures (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, prévention du suicide, prise en charge de la santé des détenus ...) Auparavant les enveloppes accordées se retrouvaient souvent dans les budgets globaux des établissements. Le directeur de l'ARH a décidé de constituer une « enveloppe Santé Publique » et les DDASS ont vérifié qu'il n'y avait pas d'écarts dans l'usage qui en était fait sur le terrain.

Dans l'hypothèse où on intégrerait tous les coûts dans les tarifs, il faudrait être capable de décortiquer les tarifs pour financer les différentes activités, ce qui est très difficile. Avec les MIGAC, on est sûr que les actions sont financées. Ici, toute mesure nouvelle fait l'objet d'un engagement et d'un protocole. Si l'établissement n'a pas mis en œuvre les actions, on opère un débasage budgétaire (même si on fait tout de même des péréquations car on ne finance jamais totalement les mesures).

Intérêts des MIGAC pour la santé publique

Les MIGAC sont un bon moyen de repérer, d'identifier et de financer les missions de Santé Publique. Leur mérite essentiel est de nous avoir sortis du flou et de l'informel.

En ce qui concerne les perspectives d'avenir des missions de Santé Publique, au regard de la sanctuarisation et de ce qui va être alloué avec les plans nationaux de Santé Publique, les enveloppes sont significatives et intéressantes.

Le partage des actions de santé publique entre les différents acteurs est un enjeu du débat

Actuellement le débat est plutôt axé sur la question de savoir « qui fait quoi ? » : entre DRASS, ARH, organismes de Sécurité Sociale, les établissements, les associations etc. Ainsi, le planning familial doit-il être financé par les hôpitaux ? Quels sont les liens entre Programmes Régionaux de Santé (PRS), Plan Régionaux de Santé Publique (PRSP), Programme Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), les SROS ? La coordination entre ces différents plans et programmes est aujourd'hui assez limitée et les structures compétentes sont éclatées. Il n'y a pas, pour le moment, de véritable « Pôle de compétence Santé Publique » mais plutôt une dilution des responsabilités en ce domaine. Bien souvent les MIGAC se matérialisent par une activité de soins. La prévention est financée par la CRAM, et la DRASS. Les ARH sont très axées sur l'Offre de Soins. On retrouve cette même dualité des acteurs au niveau de l'administration centrale entre la DHOS et la DGS. Le projet des Agences Régionales de Santé (ARS) serait sans doute le moyen adéquat pour coordonner et garantir l'efficacité de ces politiques.

MIGAC et coordination

Il faut aussi souligner l'importance du positionnement stratégique des établissements et des comités exécutifs de pôles dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'hôpital, avec le poids croissant des présidents de CME. Pour ce qui est de l'élaboration en cours des SROS 3^{ème} génération, les missions de Santé Publique et les MIGAC n'ont pas été véritablement discutées dans les réunions de bassin de santé et pour l'élaboration des projets médicaux de territoire.

Quel rôle peut jouer le privé dans les actions de santé publique ?

Les établissements privés ne s'y retrouvent pas aujourd'hui, la publication des tarifs est trop tardive et la détermination des bases de calcul très complexe, les phénomènes de départs sont possibles.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme

La campagne budgétaire 2005 a été très dure. Elle a induit un changement culturel de fond en passant d'une logique de dépense à une logique de recette. Les hôpitaux ont eu du mal à établir leurs budgets, même les gros CHU. Le 16 mai, les ¾ des hôpitaux n'avaient pas arrêté les budgets. Cette situation s'explique par les difficultés d'application du modèle T2A nécessitant un accompagnement des établissements pour leur donner la marche à suivre et leur fournir des outils spécifiques pour calculer les tarifs de prestation (à la charge des mutuelles) en hausse de 30% pour compenser les 400 000 millions d'€ de déficit de l'ONDAM en 2004.

ANNEXE 2.10

Personne rencontrée : **directeur adjoint des finances, CH**

Thème 1 : Les MIGAC : Une occasion de cerner les actions de santé publique ?

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Les actions de santé publique sont contenues dans les Contrats d'Objectifs et de Moyens. En plus des urgences, de la prise en charge des personnes âgées par l'EAOG (équipe d'appui et d'orientation gériatrique) et le cancer, d'autres priorités sont définies : la mise en place d'un service de cardiologie niveau I, les soins palliatifs, la lutte contre les conduites addictives, la lutte contre le suicide. Les soins palliatifs représentent 5 lits fléchés, soit 3,5 ETP, soit 95000 euros (2003). Ces lits étaient financés par une enveloppe de l'ARH. Aujourd'hui, les GHS intègrent plusieurs tarifs selon qu'il s'agit d'une unité, de lits fléchés ou d'une équipe mobile. Les tarifs des GHS permettent de financer ces lits fléchés. La lutte contre les conduites addictives comprend deux volets : l'alcoolologie et la toxicomanie. Dans le Compte administratif retraité, l'alcoolologie représente 17000 euros. La toxicomanie n'est pas financée par le MIGAC. La lutte contre le suicide prend la forme d'un réseau. Celui-ci n'est pas pris en charge par le MIGAC. Quant à l'équipe d'appui et d'orientation gériatrique, le coût est 230 000 euros. Elle n'est pas financée par le MIGAC. Le jour où les tarifs ne permettront plus de financer ce type d'actions, se posera la question du « détricotage » des COM.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

En octobre 2004, dans le rapport préliminaire au budget 2005, le total du financement était estimé à 1 034 000 euros. La notification de l'ARH porte ce montant à 1,4 millions d'euros. 92% financés par l'Assurance maladie et le reste grâce aux forfaits et aux tickets modérateurs auprès des patients et des mutuelles. Le problème est la non transparence des calculs du MIGAC. Qu'est-ce qu'il y a dedans ? La différence entre les évaluations internes et les calculs de l'ARH repose peut-être sur le financement du SMUR (200 000 euros pour l'établissement et 900000 euros pour l'ARH, suite à une circulaire qui explique qu'au minimum, 900 000 euros devaient être retenus.).

Thème 2 : Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publiques.

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Les MIGAC auront de l'influence sur le prochain projet d'établissement ainsi que la T2A.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Le choix des actions de Santé Publique est déterminant à condition de connaître ce qui sera financé. L'établissement devra prendre position quant aux actions financées par le MIGAC, les autres régresseront. Par exemple, les lits identifiés « soins palliatifs », avec une T2A à 25%, peuvent encore être financés.

Question n°7 : Comment les actions de santé publique ont-elles été prises en compte dans les projets médicaux de territoire ?

Pour résoudre l'ambiguïté entre choix comptable et actions de santé publique, les établissements doivent se coordonner. Le MIGAC pourrait devenir un pot commun. Les établissements présenteront des actions jointes à l'ARH.

Thème 3 : L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement des hôpitaux.

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Le privé est intéressé par les actions qui rapportent. Peut être que l'enseignement et l'innovation pourront intéresser les cliniques mais les actions de santé publique ne sont pas dans leurs gènes.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

Concilier la logique gestionnaire et la logique « santé publique », c'est la question que se posent les directeurs tous les jours. Il s'agit d'être transparent, si on perd des plumes, il faut demander des moyens. Par exemple, la création d'une maison médicale fait baisser le nombre de passages au service des urgences. L'établissement risque de perdre 200 000 euros en 2005. Cependant il faut placer l'utilisateur au cœur du système. C'est pourquoi, on doit faire remonter l'information à l'ARH. C'est ensuite à elle de prendre ses responsabilités.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Les conditions de réussite sont à la fois l'échange autour de chacun des MIGAC mais également une stabilisation des règles du jeu, pour plus de transparence. Il s'agit de préserver la spécificité de l'hôpital public et de valoriser la différence public/privé. Cependant il ne faudrait pas créer des rentes de situation. Mais, en même temps, on peut se demander si c'est réaliste quand on sait les difficultés à évaluer le coût de l'innovation et de la recherche.

Concrètement il s'agit d'une politique volontariste avec beaucoup de dialogue. Cependant les questions financières ne devraient pas empêcher les thérapeutes d'agir.

ANNEXE 2.11

Personne rencontrée : **Directeur du service contrôle de gestion**

Nous définissons au préalable les actions de santé publique (ASP) comme actions entrant dans la liste fixée par décret.

Le CHRU dispose de 195 millions d'euros de MIGAC, dont 120 millions de MERRI. Il existe plusieurs logiques MIGAC selon que le financement est forfaitaire (exemple des MERRI) ou déclaratif. De plus, dans le cadre d'un financement déclaratif, il faut distinguer le calcul aux coûts supplémentaires engendrés par les ASP, des moyens accordés pour les réaliser. Le fait que les 2/3 de l'enveloppe MIGAC du CHRU soient attribués de façon forfaitaire (MERRI) influence leur stratégie en terme d'ASP.

Thème 1 : Les MIGAC : une opportunité de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Le CHRU avaient développé trois grands types d'ASP :

- ❑ **Les réseaux de santé publique** ont été développés depuis plusieurs années et repérés dans le compte administratif retraité (SI2). La plus grande part des actions de réseaux avait été repérée et valorisée hors champ PMSI, comme la participation au réseau VIH.
- ❑ **Les consultations spécialisées** sur des populations spécifiques concernent les consultations toxicologie, sida, précarité... Ces consultations, réalisées en interne, étaient mal valorisées.
- ❑ **L'enseignement, la recherche, l'expérimentation, le recours et l'innovation**, constituaient des actions également mal valorisées par le PMSI. Par exemple, les actions menées dans le cadre du réseau VIH étaient valorisées en hors champ PMSI dans le cadre des réseaux, mais toute la partie épidémiologie n'était pas repérée, ou peu.

En 2002 le coût des ASP a été estimé à 40 millions d'euros sur 1,2 milliards de budget. Mais le hors champ PMSI ne repérait que 30 millions. Il y avait donc un écart de 10 millions dans l'évaluation des coûts.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Il n'y avait pas de recensement. La logique n'était pas celle de la dissociation des enveloppes sous financement dotation globale. L'intérêt à agir en matière de santé publique était donc moins fort qu'aujourd'hui avec les MIGAC.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

La part des MIGAC hors MERRI, en 2002, représentait 3% du budget : soit 30 millions sur 1 milliard.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Les MIGAC vont pérenniser les ASP mais pas les promouvoir. L'enveloppe MIGAC est perçue comme un « air bag ». Nous n'avons aujourd'hui aucune garantie sur le développement des activités. Ainsi, quels seront la valorisation et le trend d'évolution de l'enveloppe des MIGAC ? Nous n'en savons rien. La visibilité sur le développement de l'enveloppe MIGAC est nulle, contrairement à celle de la T2A. Effectivement, dans la logique T2A, si l'activité augmente, les recettes augmentent également. Pour les MIGAC la logique n'est pas la même.

Concernant le décret, la liste « à la Prévert » se veut le reflet de la diversité des ASP. Il en manque cependant certaines comme le planning familial. L'avantage du décret est de préciser ce que la collectivité nationale entend par ASP et santé publique. Sous DGF il n'existait pas de politique de santé publique. Les MIGAC ont au moins le mérite de définir et de mettre en œuvre une politique de SP.

Thème 2 - Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publique

En interne :

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Il est trop récent pour le connaître réellement. Cependant, le CHU intègre clairement cette problématique dans le projet d'établissement. En effet, 195 millions sur 1,2 milliards de budget, c'est 20% de nos recettes, on ne peut pas les oublier dans l'élaboration du PE.

Après, reste la question des objectifs. Pour le CHU, l'objectif numéro 1 est de développer l'activité clinique sous forme de GHS et de consultations. Selon le positionnement de l'établissement et son implantation géographique, l'impact des MIGAC et des actions de santé publique ne sera pas le même sur le projet d'établissement.

Nous avons aussi un rôle de proximité. Nous souhaitons être le premier opérateur de soins de la région. C'est l'absence de CHG à proximité et notre situation géographique qui nous positionne ainsi. Pour d'autres établissements, positionnés différemment, les MIGAC auront peut-être un impact fort sur l'élaboration du projet d'établissement.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Le problème est la déclinaison des moyens en interne. Nous sommes de plus en plus dans une logique d'activité et non de structure. Les 120 millions de MERRI posent la question de leur répartition et des critères de cette répartition. Nous ne présumons plus de l'activité mais la mesurons, par exemple, au nombre de parutions pour les MERRI.

Se pose également la question des missions. Quelle est la mission du CHU : l'éducation thérapeutique ou le développement de la recherche ? Il y aura nécessairement un recentrage sur les domaines de compétence. A choisir entre l'éducation thérapeutique, très bien menée par ailleurs par certaines associations, et le développement des neurosciences, où nous sommes les seuls à détenir la compétence dans la région, nous choisirons le second.

En externe :

Question n°7 : Comment les actions de santé publique ont-elles été prises en compte dans les projets médicaux de territoire ? ET **Question n°8** : Comment les établissements participent-ils à la définition des missions dans le cadre de l'élaboration des schémas ?

Le projet médical de territoire est centré sur l'offre de soins. Urgences et maternité, qui sont des actions de santé publique, ne sont pas prises en compte dans les MIGAC puisque déjà financées et repérées au niveau de la T2A. Il ne faut pas réduire les actions de santé publique aux MIGAC. Le financement des réseaux, par exemple, est lui aussi sorti de l'enveloppe MIGAC, puisqu'il est financé par la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Donc, au niveau des projets médicaux de territoire et des SROS, les MIGAC entrent peu en jeu, puisque financées par ailleurs.

Thème 3 - L'avenir des actions de santé publique au sein du nouveau mode de financement
--

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Il faut ici dissocier le secteur privé à but lucratif du secteur privé à but non lucratif qui n'a quasiment pas d'enveloppe MIGAC et qui n'est pas plus demandeur que ça. Il n'est pas question de partage entre les EPS et les PSPH, mais bien de deux acteurs présents, aujourd'hui comme demain, sur les actions de santé publique.

Cependant, si les consultations « lourdes », mal valorisées aujourd'hui par la NGAP, le sont mieux demain par la CCAM clinique, alors tous s'empareront des actions de santé publique, privé à but lucratif inclus. Ce qui revient à la question de la promotion des actions de santé publique, via l'enveloppe MIGAC.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

Si la CCAM est un outil qui décrit parfaitement les actions de santé publique, leur promotion se fera mais via la T2A. En effet, s'il existe une bonne valorisation des actions

de santé publique par la CCAM, alors il sera possible d'entrer ces actions dans le cadre de la tarification à l'activité. Dès lors, il existera un réel intérêt à réaliser des actions de santé publique et à les développer en dehors de toute conciliation entre logique gestionnaire ou logique de santé publique. Les actions de santé publique sont des soins ou, au moins, elles y participent. Elles ont donc pour vocation d'être décrites et d'intégrer la T2A.

La réforme de la tarification est avant tout un outil politique avant d'être un outil budgétaire. La collectivité nationale, en rendant claire et lisible les actions de santé publique, oriente la politique de santé publique. Les établissements choisissent de s'y inscrire ou pas. Une action de santé publique ne se proclame pas. Elle est validée au niveau national, charge ensuite aux établissements de prouver qu'ils répondent à l'appel d'offre.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Ce serait que les actions de santé publique restent dans le champ des MIGAC. Il faut pouvoir discriminer réellement l'activité de santé publique.

De plus, il existe une injustice à rémunérer de façon semblable un établissement qui réalise réellement des actions de santé publique mais dont l'activité serait mal évaluée, et un établissement qui ne serait pas dynamique en la matière. Le risque avec l'enveloppe MIGAC serait de retomber dans les travers de la DGF. Si l'enveloppe MIGAC se transforme en mini-dotation globale, alors il existe un frein réel. Les MIGAC doivent être transitoires.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Donc, la condition de réussite est l'élaboration de critères d'évaluation et d'attribution de moyens performants. Après, que le financement des ASP passe par une enveloppe MIGAC ou la DNDR ou la T2A, peu importe.

Question subsidiaire : Faites-vous un lien entre T2A, MIGAC et évaluation des pratiques professionnelles ?

Il existe une cohérence dans la réforme entre T2A, nouvelle gouvernance et accréditation (dont l'EPP). Elles vont ensemble et doivent avancer de front. Mais ce ne sont que des outils. Il doit exister une volonté politique nationale et locale. La mise en place de la réforme est différente selon l'établissement. Certains ont subi de profonds changements en interne, en terme de management notamment, d'autres ont considéré que cette réforme était extérieure à leur mode de fonctionnement. Chez nous existe un vrai choix politique, porté par le DG et le Président de la CME. La réforme ne peut être portée par des techniciens, mais par des politiques.

ANNEXE 2.12

Personne rencontrée : **CHRU – Directrice des affaires financières.**

Thème 1 : Les MIGAC : une opportunité de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

Le CHRU, dans ses activités actuelles, couvre déjà le champ des MIGAC. Le retraitement comptable a permis de « sortir » la dotation annuelle complémentaire (DAC) et les MIGAC. Ces dernières restent difficilement chiffrables.

Pour les actions publiques de santé, on peut citer l'éducation à la santé, la prévention, l'animation de réseau, la prise en charge de la toxicomanie, de l'alcool, de la douleur, des maladies rares, les maladies professionnelles, la douleur, le CDAG, le SMUR, SAMU. Il faut consulter la circulaire ministérielle et notamment les annexes 2, 7, 8, et 9. Les MERRI représentent 12% du budget MCO.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Avant la réforme, le financement reposait sur les subventions, avec les différents plans, attribuées au niveau régional et réparti au niveau régional entre les établissements. Avec le retraitement comptable, les coûts ont pu être isolés et chiffrés. Néanmoins le repérage reste complexe.

Faut-il créer des unités fonctionnelles ? Des unités de recherche, avec des indicateurs ? Pour autant, les activités de recherche sont diffuses, et donc difficilement mesurables.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Le budget 2005 du CHRU est de 433 millions d'euros. Les MIGAC s'élèvent à 69 millions d'euros soit 16% (17 millions en 2002 et 33 millions en 2003). Les établissements ont eu tendance à grossir l'enveloppe MIGAC car elle constitue une garantie financière pour maintenir les actions de santé publique. La comptabilité analytique pourrait être un bon moyen pour évaluer les MIGAC, à condition que les personnels soient affectés « au bon endroit ».

Le CHRU continuera à remplir ses missions de service public, quoique qu'il advienne de l'enveloppe MIGAC.

Thème 2 - Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publique

En interne :

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Le projet d'établissement sera revu en 2006.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Pour nous, il est trop tôt pour choisir.

En externe :

Question n°7 : Comment les actions de santé publique ont-elles été prises en compte dans les projets médicaux de territoire ?

Je ne suis pas assez proche du terrain pour répondre à cette question. Néanmoins, dans le projet d'établissement, des rencontres avec le secteur social et médico-social sont bien prévues. Dès que les financements seront connus, des réflexions pourront être amorcées.

Question n°8 : Comment les établissements participent-ils à la définition des missions dans le cadre de l'élaboration des schémas ?

Encore une fois, je suis trop éloignée du terrain pour répondre à cette question. Les médecins du CHRU sont associés aux différents travaux menés par les instances régionales. Je vous conseille de vous rapprocher de l'ARH pour mieux répondre à cette question.

Thème 3 - L'avenir des actions de santé publique au sein du nouveau mode de financement

Question n°9 : Dans le contexte MIGAC, y aura-t-il un partage des actions de santé publique entre le public et le privé ?

Pour les actions de santé publique, je n'y crois pas trop. Je suis plus optimiste en ce qui concerne les activités de recherche.

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

L'enveloppe MIGAC ou pas, le CHRU continuera à répondre aux besoins de la population. Une bonne santé financière des établissements permettra d'assurer les MIGAC, pour en promouvoir de nouvelles, il faudra dégager des recettes supplémentaires. Mais le manque de visibilité rend le pilotage difficile. L'ARH devra mener une politique transparente et assurer une bonne régulation du système.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Il est trop tôt pour donner une réponse, les derniers textes viennent d'être publiés et ils n'ont pas été encore lus. En tout état de cause, il faudra répondre à une politique régionale de santé, cela manque. De plus, l'absence d'information doit être soulignée. Et il faut bien comprendre que plus l'enveloppe sera importante et plus l'hôpital sera « en sûreté financière ».

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

- indiquer les imputations analytiques
- permettre la valorisation des actions de santé publique
- capacité de l'ARH à organiser, à réguler au niveau des territoires de santé (éviter les stratégies d'établissements)
- les missions d'inspection (ARH, DRASS, assurance maladie...) doivent jouer pleinement leur rôle
- faudra-t-il garder toutes les activités MIGAC ? en créer d'autres ?

ANNEXE 2.13

Personne rencontrée : **directeur adjoint des finances, CH**

Thème 1 : Les MIGAC : Une occasion de cerner les actions de santé publique

Question n°1 : Quelles actions de santé publique ont été développées dans votre établissement ?

L'établissement vient de finir de lister les actions de santé publique entrant dans le champ des MIGAC. Il distingue les missions d'intérêt général, de l'aide à la contractualisation. Les actions de santé publique font partie des missions réglementaires et étaient financées par des crédits de l'assurance maladie et des crédits d'Etat : SAMU, SMUR, écoles paramédicales, prise en charge des détenus, centres de planification familiale et centres de dépistage anonyme et gratuit, ainsi que des projets de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme.

Question n°2 : Comment ont-elles été repérées et financées sous dotation globale de financement ?

Ces actions sous DGF étaient financées par des crédits fléchés.

Question n°3 : Avez-vous évalué la part MIGAC dans votre budget ? Si oui, comment ?

L'établissement a évalué la part que représente les MIGAC dans son budget, à savoir, 6 millions d'euros sur un budget total de 174 millions d'euros, soit 3,5% du budget. Il y a eu un travail de retraitement comptable à partir du compte administratif. Les activités du secteur MCO et SSR ont été repérées, les autres activités ont été classées soit en MIGAC ou rebasées MCO. Ce travail s'est fait en lien avec la tutelle.

Question n°4 : Pensez-vous que les MIGAC soient un moyen de pérenniser et promouvoir vos actions de santé publique ?

Les actions de santé publique, proprement dites, sont celles qui ont un impact direct sur la population or le MIGAC finance le CLIN ou l'hémovigilance, qui n'ont pas d'impact direct sur la population mais qui permettent la sécurité des soins.

Par rapport à la T2A, le financement des MIGAC reprend le système de la dotation globale, indépendamment de l'activité. Le problème est donc la pérennisation des crédits et l'absence d'un taux d'évolution

Thème 2 : Les MIGAC : la mise en œuvre de stratégies d'actions de santé publiques.

Question n°5 : Les MIGAC ont-elles eu un impact sur l'élaboration de votre projet d'établissement ?

Cela n'a pas eu d'impact sur le projet d'établissement, et celui-ci arrive à terme. Cependant, il n'est pas exclu, que, pour le prochain projet d'établissement, les MIGAC y soient inscrites.

Question n°6 : Quels seront vos critères de choix d'actions de santé publique avec une enveloppe fermée ?

Les besoins de santé publique sont pris en compte dans le SROS et dans certaines études et l'établissement s'inscrit par rapport à ses besoins. Il est regrettable que pour l'enveloppe MERRI, ce ne soit que les CHU et les CLCC qui en bénéficient. Les MIGAC sanctuarisent et préservent certaines activités dont le financement est garanti. Avec l'enveloppe MIGAC, il y a peu de marges de manœuvre, les crédits sont fléchés. Pour le moment il n'y a pas d'engagement contractuel, rien n'est formalisé avec l'ARH.

Les questions 7, 8 et 9 n'ont pas été renseignées

Thème 3 : L'avenir des actions de santé publiques au sein du nouveau mode de financement des hôpitaux

Question n°10 : Comment allez-vous concilier la logique gestionnaire et la logique « Santé Publique » ?

Concilier la logique financière et la logique de santé publique est une question d'équilibre à trouver. L'équilibre global est à trouver en jouant sur d'autres postes.

Question n°11 : Quels freins/limites rencontrez-vous ?

Les freins et les limites, au-delà des problèmes de crédits, sont aussi des problèmes de recrutement. Il est à déplorer un manque de professionnels compétents et volontaires pour faire, par exemple, du dépistage ou de la tabacologie. Il y a aussi le problème du taux d'évolution des crédits. Enfin, les MIGAC apparaissent comme une notion « fourre-tout ». Et si, au départ, les missions étaient précises, aujourd'hui, on voit plutôt un rapport de force des établissements entre eux mais aussi avec le Ministère. Par exemple, le lobby des CHU a permis de gonfler l'enveloppe MERRI.

Question n°12 : Quelles sont les conditions de réussite des MIGAC ?

Les conditions de réussite seront réunies si les principes de départ sont respectés et accompagnés financièrement. Il s'agit de garantir le financement.

ANNEXE 3

10 avril 2005 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 6 sur 56

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

Décret n° 2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des

activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité

sociale

NOR : SANH0520724D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6112-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-13 ;

Vu l'avis du conseil de l'hospitalisation en date du 21 décembre 2004 ;

Vu la lettre de saisine de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 30 décembre 2004 ;

Vu la lettre de saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 30 décembre 2004 ;

Vu la lettre de saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 30 décembre 2004 ;

Vu l'avis de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif en date du 5 janvier 2005 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer en date du 10 janvier 2005

Vu l'avis de la Fédération hospitalière de France en date du 11 janvier 2005 ;

Vu l'avis de la Fédération de l'hospitalisation privée en date du 14 janvier 2005,

Décète :

Art. 1^{er}. - Les articles D. 162-6 à D. 162-8 du code de la sécurité sociale sont ainsi rétablis :

« *Art. D. 162-6.* - Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes :

« 1. L'enseignement, la recherche, le rôle de référence et l'innovation. Notamment, à ce titre :

« a) La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique ;

« b) L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux ;

- « c) La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours ;
- « d) Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs ;
- « 2. La participation aux missions de santé publique mentionnées ci-dessous :
 - « a) La vigilance, la veille épidémiologique, l'évaluation des pratiques et l'expertise réalisées par des centres de référence au bénéfice des autorités de santé publique, des établissements de santé ou du public ;
 - « b) La formation, le soutien, la coordination et l'évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires intervenant auprès des équipes soignantes ;
 - « c) La collecte, la conservation et la distribution des produits d'origine humaine, à l'exception de la part de cette activité couverte par les tarifs de cession ;
 - « d) L'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et les dispositifs ayant pour objet de favoriser le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci ;
 - « e) Le dépistage anonyme et gratuit effectué dans les conditions prévues à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;
 - « f) La prévention et l'éducation pour la santé ;
 - « g) Le conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes ;
 - « h) La veille sanitaire, la prévention et la gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles ;
 - « i) L'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation ;
 - « j) L'aide médicale urgente réalisée par les services d'aide médicale urgente et les services mobiles d'urgence et de réanimation respectivement mentionnés aux articles L. 6112-5 et R. 712-71-1 du code de la santé publique ;
- « 3. La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines suivants :
 - « a) La politique hospitalière ;
 - « b) Le développement du dialogue social dans le secteur hospitalier ;
 - « c) La coopération internationale en matière hospitalière.
- « Art. D. 162-7. - Peuvent également être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques dans les conditions suivantes :
 - « 1. Prise en charge des femmes enceintes dans les centres périnataux de proximité ;

« 2. Prise en charge des détenus dans des unités hospitalières spécialisées ou dans les établissements pénitentiaires ;

« 3. Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé.

« *Art. D. 162-8.* - Un arrêté précise la liste des structures, des programmes et des actions ainsi que des actes et produits pris en charge par la dotation nationale mentionnée à l'article L. 162-22-13 au titre des missions mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7.

« Cette dotation participe au financement de ces missions dans la limite des dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins. »

Art. 2. - Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 8 avril 2005.

JEAN-PIERRE RAFFARIN

Par le Premier ministre : *Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille*, PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, THIERRY BRETON

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et de la ruralité, DOMINIQUE BUSSEREAU

ANNEXE 4

PARIS, 24 mars (APM) - Des responsables hospitaliers réunis en colloque ont fait part mercredi de leurs difficultés à savoir avec précision ce qui peut se rapporter aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) dans le cadre du financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A).

Au sein de la réforme de la T2A qui remplace progressivement la dotation globale (DG), les Migac sont appelées à financer les établissements aux côtés des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS). Une liste de ces missions a été dévoilée en annexe de la circulaire budgétaire 2005 des hôpitaux sous la forme d'un projet d'arrêté.

"Quand il a fallu que nous remplissions nos cases pour dire ce que sont les missions d'intérêt général dans notre hôpital, nous pouvions aligner des chiffres et des temps de personnel, mais nous nous sommes demandés un peu quel était l'exercice et pourquoi le faire", a témoigné Chantal de Singly, directrice de l'hôpital Saint-Antoine (Paris, AP-HP). Chantal de Singly s'exprimait dans le cadre d'un colloque sur les missions d'intérêt général (Mig) "Nouveau socle du service public de santé de l'hôpital ?" organisé au Sénat par les associations Hôpital 2010 et R.Evolution santé 2010. Ces deux associations sont deux espaces indépendants de réflexion sur l'avenir de l'hôpital et de la santé. Elles sont composées de directeurs et de praticiens hospitaliers, de médecins de santé publique, d'universitaires et d'experts. Au cours de son exposé, la directrice de Saint-Antoine a dressé une liste des difficultés rencontrées avec les Migac. La première concerne le champ même d'application de ces missions, avec un problème de visibilité pour savoir ce qui relève des Migac et ce qui n'en relève pas. "On n'arrive pas à voir jusqu'où cela s'arrête", a-t-elle affirmé. Cette opacité est renforcée par le fait que soins et santé sont mélangés et que la séparation entre tarifs et missions n'est parfois pas si bien définie que cela, a-t-elle poursuivi. Par ailleurs, des inquiétudes se portent aussi sur l'outil à proprement parler.

"Dans les groupes homogènes de malades (GHM) et les groupes homogènes de séjour (GHS), il me semble qu'il y a un certain nombre de choses claires que nous

pouvons repérer: l'état de santé, la maladie, les actes et la sortie. On peut donc décrire un processus de production et ensuite avoir des éléments de comparaison car il y a homogénéité. Alors qu'avec les Migac, c'est beaucoup plus difficile", considère-t-elle. De façon générale, c'est la notion de mission de service public qui doit s'adapter, selon la directrice de Saint-Antoine. Toutes ces missions faites au nom de la "grande générosité et du sens du souci de l'autre" doivent être reconnues comme telles et avoir leur place dans la société puisqu'elles seront financées. En ce sens, en valorisant ces missions, les Migac peuvent permettre d'inscrire un peu plus la notion de service public au coeur de l'hôpital.

C'était d'ailleurs une des inquiétudes soulevées également par le directeur du centre hospitalier de Saint-Denis (Seine-Saint-Denis), Gilbert Chodorge. "Pour moi, il manque dans cette liste la pauvreté et la précarité. Il y a les missions de prise en charge des plus démunis, mais il n'y a pas dans sa globalité le facteur pauvreté et précarité. Il existe dans ce pays des poches de pauvreté. Or, nous gérons désormais des recettes, et il sera très difficile d'en avoir beaucoup avec des patients très pauvres", a-t-il déploré.

En amont de ce colloque, les organisateurs ont réalisé un petit sondage auprès des participants afin de connaître leur opinion sur les Migac. Il apparaît qu'une grande majorité d'entre eux estime que la prévention et l'éducation thérapeutique (nutrition, asthme, diabète), de même que l'intervention d'équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies en consultation ou en hospitalisation, font parties intégrantes des Migac.

La présence d'un service d'aide médicale urgente ou un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), ainsi que le dépistage anonyme et gratuit du VIH sont également souvent cités. Parmi les missions qui n'ont pas été listées dans la circulaire budgétaire, les responsables hospitaliers aimeraient que soient intégrés les réseaux, la participation aux dépenses de fonctionnement des Ehpad et des instituts de formation des professionnels paramédicaux non pris en charge par les conseils généraux et régionaux, la mise en place d'un pôle de santé publique pour

des projets locaux de santé ainsi que le fonctionnement d'une unité médico-judiciaire.

Comparatif de la mise en place de la T2A dans différents pays européens

Source : <http://www.snch.fr/sfr/doc/T2Aeurope.xls>

PAYS	France	Royaume-Uni	Allemagne	Suède	Italie	Belgique	Suisse
Date d'introduction	2003-2012	2002-2007	2003-2010	1992-1994	1992-1998	1984	2002
Objectif principal affiché	Inciter à une meilleure réponse aux besoins de soins, à l'amélioration de l'efficacité et introduire une plus grande équité du financement entre les secteurs public et privé	Augmenter l'activité pour réduire les files d'attente	Inciter à la restructuration et à l'amélioration de l'efficacité	Augmenter l'activité pour réduire les files d'attente	Contrôler la croissance des coûts, promouvoir l'activité ambulatoire.	Contrôler la croissance des coûts et inciter à l'amélioration de l'efficacité	Promouvoir la concurrence par les primes d'assurance et lutter contre le suréquipement des hôpitaux
Missions d'intérêt général et recours	Enveloppe spéciale MIGAC. Forfaits annuels et au passage (urgence et prélèvement d'organes)	Ajustement dont les modalités restent à préciser	Majoration du tarif (grands brûlés, greffes, maladies tropicales), prix de journée (transplantations) et/ou suppléments (coût élevé et hétérogène)	Remboursement à l'acte des soins hauts spécialisés. Modèle de financement des cas extrêmes propres aux CHU. Recours financé par majoration du tarif (mais retour prévu à un système d'enveloppe)	Modalités de financement définies au niveau régional (urgences, grands brûlés, transplantations, centres anti-sida, soins à domicile)	Travaux en cours d'ajustement selon les facteurs sociaux	Inclusion des urgences, soins intensifs et missions sociales dans les tarifs mais des travaux sont en cours pour leur assurer une meilleure prise en compte
Recherche et enseignement	Financement en sus inclus dans l'enveloppe MIG	Ajustement dont les modalités restent à préciser	Majoration du tarif et fonds spéciaux	Enveloppe spéciale versée par l'Etat aux comités	Modalités de financement définies au niveau régional	Financement spécifique supplémentaire pour les hôpitaux universitaires	Ajustement dont les modalités restent à préciser
Bilan	En cours d'introduction	En cours d'introduction	En cours d'introduction	Explosion des dépenses d'où l'instauration de plafonds d'activité, extension du système à la psy et aux soins primaires en cours. Adoption envisagée d'un groupeur intégré pour tous les types de prise en charge.	Conflits entre niveaux de décision. Tendances au surcodage. Spécialisation du privé dans la fourniture de soins complexes. Financement insuffisant de l'innovation dans le public.	Impact difficile à mesurer car système très particulier, transition très progressive, et application simultanée d'autres réformes. Projet de financement des prestations médicales au forfait pour certaines pathologies plutôt qu'à l'acte.	Difficulté de la définition des cas extrêmes. 2Amélioration de la qualité du codage, de la comptabilité analytique des établissements