

**Commission de concertation relative
aux missions de l'hôpital**

14/12/2007

**Etat des lieux réalisé par la commission de concertation
relative aux missions de l'hôpital, présidée par
M. Gérard LARCHER**

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
1 UN SERVICE DE QUALITE EN CONSTANTE ADAPTATION	3
1.1 UN SERVICE RECONNU ET APPRECIÉ.....	3
1.2 UNE PLACE CROISSANTE DE L'USAGER ET DE SES ASSOCIATIONS.....	4
1.3 DES REFORMES STRUCTURANTES.....	4
1.4 UNE RECOMPOSITION DU PAYSAGE HOSPITALIER.....	6
2 DES QUESTIONS QUI RESTENT A RESOUDRE.....	7
2.1 UNE CONTINUTE DES SOINS MAL ASSUREE	7
2.2 UNE OFFRE DE SOINS ECLATEE	8
2.3 UN CONCEPT DE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER A REPENSER	9
2.4 UN PILOTAGE DE L'HOPITAL PUBLIC A AMELIORER.....	10
2.5 DES MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES A ADAPTER	11
2.6 UNE ATTRACTIVITE DE L'HOPITAL A CONFORTER POUR LES SOIGNANTS.....	11
2.7 DES MISSIONS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE A RENFORCER	12

Introduction

Par lettre de mission du 12 octobre 2007, le Président de la République et le Premier Ministre ont chargé M. Gérard Larcher de mener une large concertation sur les missions de l'hôpital auprès de l'ensemble des acteurs de santé, en s'appuyant sur une commission notamment chargée d'en assurer la synthèse. Il lui a plus particulièrement demandé de dresser un état des lieux des problématiques et des enjeux permettant de poser les bases de la concertation.

La commission, installée le 16 octobre 2007, a procédé à une quarantaine d'auditions (fédérations hospitalières, organisations syndicales, conférences des directeurs d'établissements publics de santé, des présidents de CME et des doyens de faculté de médecine, assurance maladie et organismes complémentaires).

Elle s'est organisée en cinq groupes de travail sur les thèmes suivants :

- améliorer la pertinence des recours à l'hôpital ;
- renforcer le pilotage de l'hôpital ;
- structurer le service hospitalier de territoire ;
- améliorer l'attractivité pour les professionnels ;
- dynamiser la recherche et l'enseignement.

Ces groupes de travail intégreront, dans leurs travaux, l'objectif d'une meilleure articulation entre l'hôpital et les institutions médico-sociales et l'offre de soins ambulatoires.

Chacun de ces groupes a dressé un état des lieux des constats, des problématiques et des enjeux pour la thématique le concernant, en tenant compte des auditions. La synthèse de ces travaux a ensuite été débattue en commission.

La commission poursuivra ses auditions en décembre janvier et février 2008. Les élus seront également rencontrés et des débats en région seront organisés.

A l'issue de cette phase de concertation, des propositions seront remises début avril 2008.

1 UN SERVICE DE QUALITE EN CONSTANTE ADAPTATION

Les membres de la commission comme les personnes auditionnées ont relevé, de façon unanime, les réformes structurantes qu'a connues le secteur hospitalier au cours des dernières années. L'ampleur de ces réformes doit être soulignée.

La réflexion sur les missions de l'hôpital ne peut en effet être menée qu'à la condition de **tenir compte des chantiers déjà engagés**, dont certains n'ont encore que partiellement produit leurs effets.

C'est le cas de la réforme de la gouvernance de l'hôpital public, qui, malgré la lourdeur de sa mise en œuvre, répond le plus souvent à une attente réelle de la part des hospitaliers, conscients de l'impact d'une adaptation de l'organisation de l'hôpital sur le maintien d'une offre appréciée et reconnue.

Au-delà des hôpitaux publics et PSPH, la réflexion doit également tenir compte de l'importance de la part relative des cliniques privées, qui constitue une particularité du système de santé français.

Les réformes hospitalières successives ont concerné l'ensemble des établissements de santé, même si certaines n'ont porté que sur l'hôpital public. La commission souligne à cet égard que **sa réflexion ne se limite pas à l'hôpital public** mais qu'elle considère que sa mission comprend l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut (hôpitaux publics ; établissements de santé privés à but non lucratif, également dénommés participants au service public hospitalier (PSPH); cliniques.

1.1 Un service reconnu et apprécié

Le système de santé français est reconnu comme l'un des meilleurs au monde, tout en permettant un large accès aux soins. Il bénéficie d'une **grande confiance de la part de la population**, comme le révèlent les enquêtes d'opinion sur les services publics¹. **L'existence d'un service hospitalier public et privé de qualité constitue pour notre pays un atout important sur le plan économique et social et un facteur d'attractivité.**

Ce système est toutefois assez coûteux : les dépenses de santé s'élevaient en 2005 à 3374 US\$ par habitant en France contre 2759 \$ pour la moyenne des pays de l'OCDE³. Les soins hospitaliers représentaient, en France, 64% des dépenses de soins curatifs et de réadaptation, contre 48% pour la moyenne de l'OCDE. Ce coût doit être mis en relation avec l'organisation de notre système de santé : une large couverture par l'assurance maladie, un libre choix du patient, un cadre libéral de l'exercice de la médecine de ville, ainsi que des normes exigeantes en matière de sécurité.

Le nombre de lits d'hospitalisation par rapport à la population (3,7 lits pour 1000 habitants en 2005) est dans la moyenne de l'OCDE (3,9 lits pour 1000 habitants)⁴. La densité médicale y est actuellement plus élevée (3,4 médecins pour 1000 habitants contre 3 pour la moyenne de l'OCDE en 2005), mais inégalement et parfois mal répartie selon les spécialités et les régions.

Si la part des soins hospitaliers dans les dépenses de santé a tendanciellement diminué depuis 1982 (54,2% des dépenses de santé en 1982, 44,5% en 2005), le taux de croissance moyen annuel des dépenses relatives aux soins hospitaliers est en augmentation depuis le début des années 2000⁵.

Une démographie médicale préoccupante et une dégradation de la qualité de vie des professionnels de santé de certaines zones rurales et suburbaines font craindre l'apparition de territoires où la présence médicale est insuffisante.

¹ Par exemple, lors du sondage mené en juin 2007 par l'institut BVA, 81% des sondés étaient satisfaits du système de santé et celui-ci arrivait en deuxième position en termes d'opinions favorables.

² *Panorama de la santé dans le monde*, OMS, 2000

³ *Panorama de la santé 2007, les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2007. Ces données comprennent l'ensemble des dépenses de santé, publiques et privées, pour les soins hospitaliers, ambulatoires, à domicile et dentaires.

⁴ Ce ratio s'élevait en 1990 à 5,2 lits pour 1000 habitants pour la France, contre 5,1 pour la moyenne de l'OCDE. *Panorama de la santé 2007, les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2007.

⁵ *Cinquante-cinq années de dépenses de santé : une rétroprotection de 1955 à 2005*, DREES, études et résultats n° 572, mai 2007.

L'égal accès de tous à des soins de qualité est un principe partagé. Toutefois, sa mise en œuvre fait face à des difficultés :

- inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et démographie médicale conduisant à une faible densité médicale sur certains territoires (ruraux et périurbains) ;
- accessibilité financière parfois compromise par le reste à charge (dépassements d'honoraires notamment) ;
- organisation de la gradation des soins (proximité et recours) insuffisamment définie et structurée.

1.2 Une place croissante de l'utilisateur et de ses associations.

La loi du 4 mars 2002 sur les **droits des malades** et la qualité du système de santé a donné une légitimité plus forte aux associations d'utilisateurs en créant un dispositif d'agrément des associations souhaitant représenter les intérêts des malades et des utilisateurs auprès de certaines instances sanitaires et de santé publique. Présents depuis 1996 dans les conseils d'administration des hôpitaux publics, les représentants des utilisateurs sont amenés à jouer un rôle de plus en plus important dans le fonctionnement du système hospitalier. Au-delà de leur participation au sein des établissements de santé, les représentants des utilisateurs sont présents en particulier, dans les conférences sanitaires créées par l'ordonnance de 2003 et dans les conférences régionales de santé. Des comités d'utilisateurs, consultés sur la politique hospitalière, ont été créés auprès de la majorité des agences régionales de l'hospitalisation. Les représentants des utilisateurs sont également fréquemment associés aux conférences de consensus dans les domaines sanitaire et médico-social.

Ce même texte a également donné un cadre législatif nouveau à l'exercice des droits individuels du patient en lui donnant, notamment, un accès direct à son dossier médical.

Depuis une décennie, **l'information donnée aux utilisateurs⁶ a pris une place importante dans le fonctionnement de l'hôpital**. Les palmarès régulièrement publiés dans la presse sur les établissements publics et sur les établissements de santé, même si leur méthodologie est contestée, jouent désormais un rôle important, en particulier auprès des hospitaliers, interpellés par le regard porté sur leurs établissements. La population souhaite aujourd'hui avoir accès à un certain nombre d'informations lui permettant d'apprécier la qualité du service rendu par l'hôpital et de l'ensemble du système de soin.

Cette **exigence à l'égard de la qualité des soins**, si elle peut parfois se traduire par une crainte des hospitaliers et des assureurs de voir se développer une attitude « consumériste » aboutissant à un nombre plus important de recours auprès des juridictions et à une inflation des dépenses, ne doit pas être paralysante. Elle est un facteur positif et important d'élévation du niveau d'exigence à l'égard des prestations des établissements de santé.

1.3 Des réformes structurantes

L'hospitalisation publique comme privée a connu des réformes importantes et restructurantes au cours des dernières années. L'importance croissante donnée à la sécurité sanitaire depuis la crise du sang contaminé et la contrainte financière résultant d'un financement des soins largement socialisé ont constitué deux facteurs clés des réformes engagées. Ces réformes ont pris place dans un contexte donnant une place croissante au principe de précaution.

L'exigence de sécurité sanitaire s'est traduite, pour tous les établissements de santé, par une **recherche accrue de qualité** :

- deux vagues d'accréditation et de certification⁷ ;
- de nouvelles normes techniques et de sécurité⁸ ;
- l'engagement d'une démarche structurante pour le circuit des produits de santé⁹ ;
- le renforcement de la lutte contre les maladies nosocomiales et les événements indésirables¹⁰ ;

⁶ Le terme d'utilisateur est utilisé dans son sens générique.

⁷ Ordonnance du 24 avril 1996, décret n° 97-311 du 7 avril 1997 ; loi du 13 août 2004.

⁸ Par exemple décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé, décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence.

⁹ contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations, article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale

- la définition progressive d'indicateurs qualitatifs (projet COMPAQH¹¹) ;
- la mise en place progressive de l'évaluation des pratiques professionnelles.
- la recherche d'une plus grande transparence vis-à-vis des résultats de ces évaluations ;
- la transformation progressive de l'organisation du travail.

A partir de 2004 a été mise en œuvre une **réforme majeure du financement**, désormais basé sur l'activité pour l'ensemble des établissements. Le financement à l'activité est complété par une dotation finançant des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC). Cette réforme s'est accompagnée pour les hôpitaux publics d'une modernisation de ses outils budgétaires et comptables¹², rendue nécessaire par le lien établi entre les ressources et le niveau d'activité. Le débat sur la convergence des tarifs publics et privés a souligné les différences de coûts entre les établissements publics et privés. Les données disponibles sur les facteurs à l'origine de ces différences et sur leur impact sont toutefois insuffisantes, comme l'a souligné l'IGAS. Des études complémentaires sont en cours¹³.

Dans le même temps, les **règles de planification hospitalière** ont été profondément rénovées. L'accent a été mis sur l'encadrement de l'activité et sur la contractualisation entre l'ARH et les établissements :

- la suppression de la carte sanitaire ;
- la planification territorialisée et largement fondée sur la régulation de l'activité ;
- le régime d'autorisation simplifié¹⁴ ;
- la place donnée à la contractualisation (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens – CPOM) dans la relation entre l'établissement de santé et l'autorité de régulation¹⁵.

Ces réformes s'accompagnent, pour l'hôpital public, d'une **nouvelle organisation** encore en cours de mise en place :

- le développement du pilotage médico-économique, fondé sur l'implication dans la gestion de responsables médicaux et paramédicaux ;
- une déconcentration accrue mais prudente de la gestion avec la création de pôles ;
- le remodelage des instances décisionnelles de l'hôpital : création d'un conseil exécutif composé à parité de médecins et d'administratifs, placé auprès du directeur¹⁶.

Ces réformes ont été accompagnées par un effort financier important, notamment pour la remise à niveau de l'investissement des établissements de santé, dans le cadre du plan hôpital 2007¹⁷. Cet effort a été à l'origine d'un effet de levier pour le niveau de l'investissement. Lui succède tout prochainement le plan hôpital 2012¹⁸.

¹⁰ Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006, circulaire DHOS/E2/DGS/5C n° 2006-82 du 24 février 2006 relative aux mesures à envisager pour l'amélioration du niveau d'activité des établissements de santé en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

¹¹ Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière

¹² Ordonnance du 2 mai 2005.

¹³ Les travaux menés par l'IGAS ont, à cet égard, souligné la nécessité de mener des études complémentaires sur les facteurs potentiellement à l'origine de différentiels de coûts : évaluation de l'hétérogénéité résiduelle du case-mix entre les deux secteurs sur certaines GHM ; mesure de l'impact de la précarité ; définir l'activité non programmée et en évaluer les causes ; mesurer les coûts relatifs aux charges de service public pour événement exceptionnel ; évaluer la faisabilité d'un recueil de charges périhospitalières rattachables aux séjours ; mesurer l'impact de l'insolvabilité et des créances irrécouvrables. *Mission d'appui relative à la convergence tarifaire public-privé*, Pierre ABALLEA, Pierre-Louis BRAS, Stéphanie SEYDOUX, rapport IGAS n° 2006-009, janvier 2006.

¹⁴ Le système d'autorisation est supprimé pour les installations (lits). Seules les activités (liste fixée par le décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004) et les équipements lourds, dont la liste est réduite, restent soumis à autorisation. Les créations, regroupements et conversions d'établissements de santé sont également soumis à autorisation. La durée des autorisations est harmonisée à 5 ans. Elles deviennent tacitement reconductibles.

¹⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

¹⁶ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005

¹⁷ Le plan hôpital 2007, encore en cours de déploiement, prévoit un total de 10 milliards d'euros de crédits d'investissement et de 6 milliards d'euros d'aides financières. Dans ce cadre ont été lancés environ 1000 projets de construction immobilière, 300 projets d'équipement lourd et 400 projets de systèmes d'information (source : MAINH).

¹⁸ Soutien spécifique de l'assurance maladie à hauteur de 5 milliards d'euros, complété par des crédits à taux préférentiels de la caisse des dépôts et consignations à hauteur de 2 milliards d'euros (source : MAINH).

1.4 Une recomposition du paysage hospitalier

Le système hospitalier français a connu depuis les années 1990 une vaste recomposition¹⁹. Entre 1992 et 2001, 343 établissements publics et privés ont disparu, soit environ 10% des établissements²⁰. En MCO, cette diminution résulte principalement d'une réduction du nombre des cliniques.

Ainsi, le **nombre de cliniques** a diminué, sur cette période, de 19% (il s'établissait à 1426 en 1992 et à 1151 en 2001). La diminution est de 28% pour les cliniques assurant une activité de MCO (leur nombre est passé de 1014 à 732 sur la même période). Il faut noter que des groupes financiers contrôlent une part de plus en plus importante du secteur des cliniques.

La diminution a été de 2,3% pour les **établissements privés à but non lucratif** (de 912 à 891 établissements), mais de 26% pour la MCO (de 293 établissements à 218 établissements).

Le **mouvement** a été **moins radical pour les hôpitaux publics** qui ont connu une diminution plus modérée du nombre d'hôpitaux, liée à des fusions d'établissements. Le nombre d'entités juridiques est passé de 1057 à 1010 sur la période et de 813 à 725 pour ceux assurant une activité MCO. Les modalités de suivi des hôpitaux publics ont toutefois varié au cours du temps, ce qui réduit la fiabilité des comparaisons. Ce sont les entités juridiques et non les établissements qui ont fait l'objet d'un suivi pour les hôpitaux publics.

Deux facteurs sont à souligner à cet égard pour le MCO :

- l'application à tous les établissements d'un financement à l'activité ;
- la mise en place d'un dispositif d'encadrement de l'activité unique pour toutes les catégories d'établissements²¹.

Ces facteurs conduisent à **accroître la concurrence entre établissements**. Il faut également noter pour certaines spécialités un effet d'attraction de la part des cliniques à l'égard des praticiens de l'hôpital public.

La concurrence entre établissements publics et établissements privés affecte les équilibres entre les deux secteurs : depuis 20 ans la part de l'activité chirurgicale réalisée dans les établissements privés s'est accrue de 1% par an, **les cliniques réalisant désormais près des deux tiers de l'activité chirurgicale**. Ce mouvement pose la question de **l'avenir des activités chirurgicales de l'hôpital public**, de plus en plus orientées vers une chirurgie d'urgence et une chirurgie de recours.

Parallèlement, des complémentarités se développent entre secteur public et secteur privé. **Dans certains territoires, seules les cliniques privées ont conservé une activité de chirurgie**. L'accélération du phénomène de regroupement public-privé participe du développement de complémentarités sur les territoires.

Dans ce contexte profondément renouvelé, les différents types d'établissements font part d'attentes spécifiques. Les hôpitaux publics estiment que leurs contraintes juridiques ne leur permettent pas de s'adapter suffisamment rapidement aux mutations de leur environnement et aux évolutions de leur activité. Ils estiment également supporter des contraintes particulières de permanence des soins (poids de l'activité non programmée) ou de patientèle²². Certaines cliniques et les professionnels qui y travaillent souhaitent, eux, être plus associés à l'exercice de missions de service public : l'enseignement médical et la recherche clinique, mais aussi la permanence des soins notamment dans le cadre des régulations. Elles souhaitent également bénéficier, dans ce cadre, des financements adéquats dans le cadre des MIGAC. Les établissements PSPH estiment sous budgétisée une part de leurs charges fixes.

¹⁹ C'est ainsi qu'une étude de la DREES, en 2003, précisait l'ampleur de la recomposition hospitalière.

²⁰ *Les établissements de santé en 2001*, DREES, 2003.

²¹ Fin de l'OQN ; mise en place des OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins).

²² Les travaux de l'IGAS soulignaient à cet égard le manque d'éléments permettant d'objectiver ce point et la nécessité d'études complémentaires. *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*, Pierre ABALLEA, Pierre-Louis BRAS, Stéphanie SEYDOUX, IGAS, rapport 2006-009, janvier 2006.

2 DES QUESTIONS QUI RESTENT A RESOUDRE

2.1 Une continuité des soins mal assurée

Le système de santé français est caractérisé par une **fragmentation** et un cloisonnement **entre soins de ville et établissements de santé**, mais aussi par une déconnexion entre les préoccupations sanitaires et les préoccupations sociales.

Cette situation maintes fois relevée²³ a pour conséquence, outre la **mauvaise organisation des prises en charges**, d'affecter le bon fonctionnement des établissements et d'augmenter le coût global du système de santé.

La bonne organisation des soins et la qualité de la prise en charge, tout particulièrement s'agissant des personnes âgées, des malades chroniques ou des malades mentaux, dépend notamment de deux facteurs :

- la répartition des soins entre médecine de ville et établissements de soins ;
- les modalités selon lesquelles la continuité de la prise en charge, sanitaire, mais aussi médico-sociale et sociale, est organisée.

Si l'on considère le **parcours de soins du patient** il est essentiel qu'il puisse bénéficier à la fois d'une bonne répartition des différentes catégories de l'offre de soins et qu'il soit assuré d'une coordination efficace entre les professionnels de santé. Un recours excessif à l'hôpital peut avoir comme conséquence une prise en charge inadaptée et un coût accru. L'inadéquation de l'offre de lits d'aval (en soins de suite et de réadaptation et dans les établissements médico-sociaux notamment) peut également être à l'origine d'une mauvaise régulation des flux de sortie.

Les insuffisances dans la continuité des soins ont une incidence particulièrement forte sur la prise en charge des urgences²⁴ et sur l'activité de **soins non programmés**. Un recours trop important à l'hôpital pour les soins non programmés conduit à une prise en charge coûteuse pour des situations qui ne le nécessitent pas toutes. Il a également un impact sur l'organisation de l'hôpital et sur son activité programmée.

Pour les structures hospitalières, la prise en charge des soins non programmés appelle aussi des réponses en termes d'organisation interne, comme le montrent les travaux de la MEAH (organisation de l'accueil des patients en situation d'urgence, permanence des équipes médicales et gestion des lits).

Des moyens très importants ont été affectés depuis 10 ans aux services hospitaliers d'urgences²⁵ sans que la population ait toujours le sentiment d'une amélioration du service rendu à due proportion, en particulier pour ce qui concerne le délai d'attente aux urgences, même si les services sont reconnus de bonne qualité.

Les travaux menés par Jean-Yves Grall²⁶ à la suite du rapport de l'IGAS et de l'IGA²⁷ fournissent des éléments d'évaluation et des pistes de réflexion pour la permanence des soins.

²³ Rapports santé 2010, Livre blanc sur l'état du système de santé....

²⁴ La gravité de la situation des patients admis aux urgences peut être évaluée sur la base de la classification clinique des malades des urgences (CCMU), qui comprend 5 classes (classe 1 : état clinique stable, pas de nécessité d'actes diagnostiques ou thérapeutiques complémentaires au services d'urgences ; classe 2 : état clinique jugé stable, nécessité d'actes thérapeutiques ou diagnostiques au service d'urgences ; classe 3 : état susceptible de s'aggraver au service d'urgences sans mise en jeu du pronostic vital ; classe 4 : pronostic vital engagé ; classe 5 : état nécessitant des manœuvres de réanimation).

²⁵ Le plan « Urgences » a bénéficié d'une enveloppe de 500 millions d'euros sur la période 2004-2008. Fin 2006, 380 millions d'euros avaient été affectés. Ils ont abouti à la création de 5300 emplois, dont 4000 postes non médicaux, 344 PARM et 900 emplois médicaux. 45% de ces crédits ont été affectés aux services d'urgences proprement dits. *Evaluation du plan urgences 2004-2008*, Jean-Yves GRALL, ministère de la santé et des solidarités, janvier 2007.

²⁶ *Evaluation du plan Urgences*, Jean-Yves GRALL, op. cit. *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, Jean-Yves GRALL, ministère de la santé et des solidarités, février 2007.

²⁷ *Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*, Philippe BLANCHARD, Marc DUPONT, Roland OLLIVIER, Catherine FERRIER, Xavier PRETOT, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, 2006, rapport n° IGAS 2006-019 IGA 006-07-02.

Dans cette perspective, les questions suivantes peuvent être identifiées :

- quels soins faire prendre en charge par quels acteurs ?
- quelles mesures promouvoir pour qu'à chaque situation corresponde la prise en charge la plus adaptée ?

La qualité de la prise en charge comporte une problématique particulière pour certaines **catégories de patients** et pour des **pathologies spécifiques** : c'est le cas des personnes âgées, mais aussi de personnes souffrant de maladies chroniques et de pathologies mentales, de personnes en situation de handicap et de personnes en situation précaire. Pour ces populations la continuité des soins et leur répartition entre les différents intervenants, qu'il s'agisse des soins médicaux, paramédicaux, de nursing et des services à la personne, est un enjeu central, tant pour la qualité que pour le coût de la prise en charge.

Bien que des mesures spécifiques dans le cadre du plan «Urgences» aient été engagées pour les personnes âgées (équipes gériatriques mobiles, création de lits de court séjour gériatrique, augmentation des capacités des soins de suite) et que des réseaux aient été mis en place²⁸, des **limites à ces actions** peuvent être identifiées :

- **difficultés de coordination** des opérateurs : établissements de soins, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux, services à domicile, bailleurs sociaux ;
- **éclatement des responsabilités** institutionnelles et financières : ARH, assurance maladie, conseils généraux, Etat, communes, acteurs dont l'approche territoriale ne coïncide pas toujours ;
- **résultat « globalement décevant » de nombreux réseaux²⁹**, selon le bilan réalisé par l'IGAS³⁰, qui soulignait une « plus-value effective pour le patient rarement démontrée » ainsi que le manque d'éléments attestant d'une amélioration des relations entre professionnels de ville et établissements de santé ;
- des marges d'amélioration de **l'éducation du patient** sont identifiées : « l'éducation thérapeutique est en France à la recherche d'un modèle de prise en charge » ; « les professionnels qui en ont la charge ne sont pas identifiés », malgré des améliorations en cours et la prise en charge est « fragmentée »³¹.

Ces faiblesses, sur un sujet majeur compte tenu du vieillissement de la population, conduisent à s'interroger sur :

- **les mesures à promouvoir pour améliorer la coordination entre les acteurs ;**
- **le contenu de l'approche institutionnelle et territoriale ;**
- **les mesures qui doivent être développées pour la prise en charge des publics spécifiques.**

Enfin, il faut souligner la situation spécifique de la **médecine en milieu rural et dans la périphérie des grandes villes**, caractérisés par une faible densité médicale. Ces territoires sont confrontés à un risque de désertification avec la perspective de l'arrêt d'activité d'une génération de médecins qui ne sera pas remplacée sans mesures volontaristes. La répartition hétérogène des professionnels de santé se conjugue à des facteurs sociologiques. Au-delà des questions relatives aux modalités d'installation et des dispositifs incitatifs mis en place par les collectivités locales, il s'agit de développer des modes d'exercice satisfaisants pour les jeunes professionnels (exercice de groupe, mono- ou pluridisciplinaire, maisons de santé...) et de définir le rôle des structures hospitalières (hôpitaux locaux notamment) dans ces nouveaux modes d'exercice.

2.2 Une offre de soins éclatée

La réforme de la planification de 2003 a centré l'organisation des soins hospitaliers sur la **notion de territoire**.

La question du maillage territorial mérite une réflexion préalable intégrant :

²⁸ Le plan cancer a par exemple favorisé la transversalité de la prise en charge, dans une optique pluriprofessionnelle.

²⁹ Il s'agit des réseaux financés par le FAQSV et la DNDR. Cette évaluation ne portait pas sur les réseaux gérontologiques ville-hôpital mis en place avec la MSA, dits réseaux « Soubie ».

³⁰ *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*, Christine DANIEL, Bérénice DELPAL, Christophe LANNELONGUE, IGAS, Rapport n° 2006-022, mai 2006

³¹ *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les apports des expériences étrangères de disease management*, Pierre-Louis BRAS, Gilles DUHAMEL, Etienne GRASS, IGAS, rapport n° 2006-136-P, septembre 2006.

- le concept et le contenu des filières de soins ;
- la définition des territoires : les territoires hospitaliers, centrés autour d'un établissement de référence, sont l'agrégation de plusieurs territoires de vie dans lesquels s'organisent les services de proximité ;
- une analyse du contenu concret de la proximité qui ne peut être le même selon la nature des activités.

Depuis les premiers SROS, la problématique de la **gradation des soins** a été au cœur des travaux, qui ont conduit à définir les fonctionnalités des hôpitaux de référence – sièges de SAU, dans l'ancienne réglementation des services d'urgence, disposant d'unité de réanimation et généralement d'une unité de soins intensifs en cardiologie – autour duquel devraient s'organiser les territoires de santé.

Il s'agit aujourd'hui d'approfondir :

- le contenu exact de la notion de **filière de soins**, impliquant des parcours de soins pertinents tant en termes médicaux qu'économiques, notamment en matière gériatrique ;
- l'existence et le poids de séjours injustifiés en court séjour, mais aussi en soins de suite, faute d'aval ;
- les schémas envisageables de **restructuration des plateaux techniques** chirurgicaux dont l'activité n'est pas suffisante.

L'organisation institutionnelle doit être repensée et notamment:

- **l'organisation des structures hospitalières au niveau des territoires ;**
- **les coopérations public-privé et les évolutions qu'elles pourraient connaître** : l'accès des praticiens libéraux aux plateaux techniques publics et des praticiens de l'hôpital public aux plateaux techniques privés, les différences de statut et de rémunération des personnels, les régimes juridiques de la responsabilité médicale et les modalités de fonctionnement des GCS et des GCSMS.

2.3 Un concept de service public hospitalier à repenser

La situation des territoires change, leur organisation également. Les institutions de coopération intercommunale ont modifié le paysage local. L'hôpital ne peut pas rester à l'écart de ces transformations, ce qui amènera à se pencher sur **l'organisation territoriale des établissements**.

Le rapprochement des règles applicables aux différentes catégories d'établissements, le financement à l'activité et la réforme de la planification sont de nature à mettre en concurrence les établissements d'un même territoire et à avoir un impact sur l'organisation de l'offre de soins, sans que cette évolution corresponde spontanément à des objectifs pertinents en terme de santé publique ou d'optimisation des financements de l'assurance maladie.

Il faut souligner que **la quasi totalité des établissements de santé, quel que soit leur statut, participent d'un service à la population majoritairement financé par des fonds publics**. Cet état de fait est pris en compte depuis plusieurs décennies dans la planification hospitalière et dans le régime des autorisations, qui placent l'ensemble des établissements sur un pied d'égalité. L'harmonisation du système de financement par la tarification à l'activité a été récemment un pas supplémentaire en ce sens. L'ensemble des établissements publics et privés, qu'ils soient ou non à caractère lucratif, participent à une offre de services en santé qui, compte tenu de son objet et de ses sources de financement, devrait revêtir les caractères d'un service public³².

Il s'agit désormais de tirer les conséquences de ce constat dans les modalités de régulation, notamment financière mais aussi de fonctionnement, des établissements, notamment dans le cas d'établissements privés suscitant aujourd'hui l'intérêt de fonds d'investissements internationaux. Dès lors que l'investissement financier suit un cycle court, il ne doit en effet pas conduire à privilégier une offre de soins à forte rentabilité immédiate ni à exercer une pression sur l'activité des médecins de nature à porter atteinte à leur indépendance.

³² La notion de service public se caractérisant, en droit public, par les principes d'égalité, de continuité et de mutabilité.

Du point de vue du patient, il faut souligner l'hétérogénéité des conditions financières d'accès aux soins dans les établissements de santé. En effet, les praticiens qui exercent en clinique et les praticiens hospitaliers qui ont une activité libérale³³ sont, le plus souvent, autorisés à pratiquer des **dépassements d'honoraires** (hétérogènes quant à leur ampleur selon les régions et les spécialités³⁴).

Il est donc nécessaire de penser une organisation qui maintienne, au sein d'un territoire, une offre de soins à tarifs régulés.

Les évolutions dans la répartition des activités entre établissements d'un territoire et la recherche de complémentarités justifient l'engagement d'une réflexion sur le cadre applicable au service hospitalier :

- **Quel est le contenu de ces missions? Comment les définir ?**
- **Quelles contraintes doivent-elles impliquer, notamment en termes de tarifs pour les patients ? De modes de rémunération des personnels ?**
- **Quel cadre juridique pour le service public hospitalier, public et privé ?**

2.4 Un pilotage de l'hôpital public à améliorer

L'hôpital doit rechercher une plus grande efficacité, de nature à répondre aux attentes des professionnels de santé, des usagers et du régulateur. Les travaux menés par la MEAH montrent de fortes disparités entre établissements et permettent d'identifier des **mesures organisationnelles de nature à dégager de réelles marges de manœuvre**. Ces mesures organisationnelles sont, de plus, de nature à améliorer les conditions de travail des professionnels.

La majorité des organisations auditionnées ont souligné que l'évolution des organisations constitue une condition du maintien du dynamisme du service public hospitalier.

S'il est encore tôt pour tirer le bilan de la réforme de la gouvernance hospitalière de 2005, d'autres questions restent posées. Elles portent largement sur la direction et le pilotage des hôpitaux publics.

Les pouvoirs au sein de l'hôpital public sont encore éclatés³⁵, ce qui rend difficile le pilotage des établissements :

- le directeur, ainsi que la plupart des cadres de l'hôpital, sont nommés par le ministre de la santé³⁶. C'est le directeur de l'ARH (le ministre pour les directeurs généraux de CHU) qui évalue les directeurs d'hôpitaux. Dans ces conditions, ces derniers répondent plus de leur action devant le ministre que devant le conseil d'administration de l'hôpital ;
- le conseil d'administration, présidé le plus souvent par le maire de la commune, n'a pas de responsabilité financière;
- le directeur n'a pas de responsabilité administrative à l'égard des médecins;
- les moyens³⁷ et objectifs relatifs aux missions d'enseignement et de recherche sont de la responsabilité du ministère de l'enseignement supérieur et de l'université. L'hôpital n'a pas la maîtrise de l'évolution des effectifs hospitalo-universitaires ni de leur structure ;
- le processus décisionnel est rendu long et complexe compte tenu du nombre important d'instances consultatives ;
- tous les établissements, quelle que soit leur taille, sont soumis aux mêmes dispositions ;
- le système d'information hospitalier comme outil de pilotage est inexistant

Les réformes structurelles ont conduit à une sédimentation de nouvelles structures, qu'elles soient internes ou externes à l'hôpital, s'ajoutant aux structures déjà existantes. Cela nuit à la lisibilité du système et appelle une réflexion spécifique.

³³ Les praticiens exerçant dans les établissements PSPH ne sont pas autorisés à exercer une d'activité libérale.

³⁴ Sur ce sujet : *Les dépassements d'honoraires médicaux*, Pierre ABALLEA, Fabienne BARTOLI, Laurence ESLOUS, Isabelle YENI, IGAS, rapport n° 2007-054P, avril 2007.

³⁵ Par exemple rapport relatif à la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale présenté par MM. DEBROSSE, PERRIN et VALLENCIEN au ministre de la santé, 2003 ; rapport relatif à l'organisation interne de l'hôpital présenté par M. Couaneau à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, 2003.

³⁶ Les directeurs généraux de CHU sont nommés par décret.

³⁷ Article L.6142-14 du code de la santé publique et article L.713-6 du code de l'éducation. Le personnel hospitalo-universitaire est nommé par décision conjointe des deux ministres.

La **complexité des processus de décision**, l'éclatement des pouvoirs et les **exigences de réactivité** incitent à évaluer les évolutions possibles pour l'hôpital public :

- **Le statut des établissements publics de santé correspond-il aux nécessités actuelles de son fonctionnement ?**
- **Faut-il adapter les règles d'organisation en fonction de la taille des hôpitaux ?**
- **La répartition des compétences et des responsabilités à l'hôpital est-elle adaptée ?**
- **Faut-il et comment simplifier le processus décisionnel, en s'appuyant sur un système d'information performant ?**
- **Comment soutenir la performance organisationnelle ?**

2.5 Des modalités de fonctionnement des établissements de santé privés à adapter

En ce qui concerne les cliniques, les modalités de conciliation entre les intérêts du management et l'expression propre aux intérêts des médecins semblent être insuffisamment organisées par la conférence médicale issue de la réforme de 1991.

- **Les règles applicables aux établissements de santé sous statut de droit privé ne devraient-elles pas être réexaminées (PSPH et cliniques) ?**
- **Les futures agences régionales de santé (ARS) devront elles avoir la capacité de conclure des contrats engageant les médecins pour leur exercice libéral en secteur 2 ?**

2.6 Une attractivité de l'hôpital à conforter pour les soignants

Deux problématiques importantes ont été soulignées lors des auditions :

- l'enjeu du maintien de l'attractivité de l'hôpital public et PSPH à l'égard des médecins ;
- celui du maintien de l'attractivité pour les soignants, quel que soit le statut de l'établissement, sur la durée de leur carrière.

Toutes les personnalités auditionnées ont souligné la **difficulté que rencontrent les hôpitaux publics à pourvoir les postes médicaux dans certaines spécialités** : chirurgie, radiologie en particulier. Ils sont également confrontés, notamment les CHU, au départ vers le secteur privé de certains de leurs praticiens. Cette désaffection s'explique par des **différentiels de rémunération**, mais aussi par la **lourdeur et la complexité du fonctionnement de l'hôpital**. En termes de rémunération, les écarts sont variables selon les spécialités.

Cette situation est de nature à compromettre gravement **l'avenir de l'hôpital public**, qui risque de voir encore diminuer son rôle dans la prise en charge chirurgicale.

De même, les établissements de santé se trouvent confrontés à deux défis professionnels forts :

- le départ massif à la retraite des personnels de soins, qui suppose un effort en gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) mais aussi en information sur les métiers à l'hôpital public (attractivité) ;
- l'apparition de nouveaux métiers ainsi que les désirs de mobilité et de reconnaissance des professionnels de santé, susceptibles de faire évoluer l'équilibre actuel entre la compétence médicale et la compétence paramédicale.

Malgré une opinion très positive portée par la population sur les métiers de la santé et tout particulièrement sur ceux de l'hôpital, nombre de professionnels soulignent **un certain malaise**. Charge de travail, problèmes d'**organisation du travail**, répartition du temps de travail entre tâches administratives et fonction de soin, nature et répartition des tâches entre les différents professionnels de santé, impact sur les organisations de la mise en place des 35 heures, évolutions de la relation au patient, ampleur des réformes et des restructurations constituent des éléments d'inquiétude pour les professionnels.

Deux études de la DREES³⁸ analysent le ressenti de leurs conditions de travail par les professionnels de santé dans les établissements de santé³⁹. Elles révèlent :

- Des moments souvent vécus comme très positifs par le personnel soignant; le personnel des cliniques se déclare moins confronté à des situations pénibles mais aussi moins préparé à y faire face.
- La perception d'un accroissement du rythme de travail, notamment à l'hôpital public⁴⁰.
- Un environnement de travail perçu de façon plus critique pour le secteur public.
- La mention de relations de coopération étroites dans le travail et de discussion collective au sujet de l'organisation du travail, notamment à l'hôpital public.

Elles relèvent également la **situation spécifique des infirmiers et des aides soignants**. Ils se disent ainsi très exposés en termes de charge psychologique (stress) et de contraintes physiques. Ils déclarent fréquemment manquer de temps pour accomplir correctement leur travail, et ce plus particulièrement à l'hôpital public.

Toutefois, d'après ces travaux, certains facteurs liés à la fonction occupée, à l'activité du service ou à l'âge sont aussi à l'origine d'écart importants qui ne recouvrent pas les différences de statut de l'établissement :

- Une perception des conditions de travail plus défavorable chez les 25-30 ans.
- Des différences importantes selon l'activité du service : le personnel fait état de contraintes élevées mais d'un environnement de travail plus apprécié dans les services d'urgence et de réanimation ainsi que de gériatrie.

L'amélioration de l'attractivité de l'hôpital implique donc une réflexion particulière, sans omettre l'importance du dialogue social sur ces sujets :

- **comment soutenir les professionnels par l'amélioration de la formation professionnelle et la construction de parcours professionnels ?**
- **comment mieux prendre en compte les nouveaux métiers de l'hôpital ?**
- **comment favoriser la mobilité et les parcours professionnels ?**
- **comment concevoir une politique de rémunération incitative ?**
- **comment valoriser l'implication des personnels et la performance ?**
- **comment mieux prendre en compte la spécificité des activités et des métiers du management ?**
- **par quels processus peut-on agir sur l'organisation du travail et la qualité de la vie au travail ?**
- **comment mieux prendre en compte les missions de santé publique remplies par les soignants ?**

2.7 Des missions d'enseignement et de recherche à renforcer

La **recherche médicale représente 30% de l'ensemble des publications scientifiques françaises**, plus de la moitié résultant des travaux des équipes hospitalo-universitaires⁴¹. Il est habituel de distinguer la recherche fondamentale réalisée dans les EPST (établissements publics à caractère scientifique et technologique) et les laboratoires universitaires, et la recherche clinique chez les patients pris en charge dans les hôpitaux⁴². Leur association doit être la plus étroite possible.

La recherche médicale est étroitement liée aux soins et à l'enseignement, synergie à préserver aux yeux de tous les acteurs. Elle est la « R&D » de l'hôpital qui prépare la qualité des soins de demain et concourt aujourd'hui à l'attractivité des carrières hospitalières.

³⁸ *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*, DREES, Etudes et résultats n° 335, août 2004. *Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail*, DREES, Etudes et résultats n° 373, février 2005.

³⁹ L'enquête se réfère, comme l'enquête Sumer menée par la DARES, au modèle de Karasek pour l'analyse relative aux risques psychosociaux.

⁴⁰ Malgré des ratios de personnel rapportés à l'activité supérieurs à l'hôpital public, ce qui peut révéler des enjeux d'organisation du travail.

⁴¹ CHU, CLCC, CHS, UFR, laboratoires (Inserm, universités), EFS ; *la production scientifique des sites hospitalo-universitaires*, observatoire des sciences et techniques 2005 ;

⁴² 600 essais cliniques, environ 1000 protocoles et 18000 publications par an, les CHU sont les premiers acteurs institutionnels de la recherche clinique. *Livre blanc du management des CHU*, 2006

La recherche clinique hospitalo-universitaire est cependant confrontée à des difficultés :

- une **complexité** des procédures administratives hospitalières (recrutement des personnels, marchés publics, gestion des budgets) et des règles juridiques applicables à la recherche ; les budgets soins et recherche très souvent confondus ne la rendent pas lisible ;
- une **insuffisance des structures d'appui** aux équipes médicales pour l'élaboration et la mise en œuvre des protocoles de recherche ;
- un **émiettement des financements** (assurance maladie par les programmes nationaux, PHRC, EPST, universités, collectivités territoriales, fondations, ...) et des **structures**⁴³.
- Le **pilotage** n'est pas suffisamment visible (absence d'opérateur principal de la recherche hospitalière, place limitée de l'hôpital⁴⁴ parmi les autres acteurs de la recherche française qui se concentrent surtout sur la recherche fondamentale) ;
- une **formation à la recherche** peu visible et insuffisamment attractive (médicale, soignante, administrative) ;

Les interactions entre recherche fondamentale et recherche appliquée à l'homme conduisent à des transferts technologiques en biologie, médicaments et dispositifs médicaux. Les **enjeux industriels et commerciaux** de ces transferts sont importants :

- Ce qui implique une **protection des intérêts des hôpitaux**. La protection de la propriété intellectuelle⁴⁵ de la production scientifique des hôpitaux est mal assurée ;
- Il importe que les hôpitaux puissent participer, par leurs essais cliniques, à une **évaluation objective et rigoureuse des innovations**.

Ces blocages concourent à son manque de visibilité, malgré les financements existants et une structuration⁴⁶ qui se met en place progressivement.

Les CHU (sous la responsabilité des UFR) et les écoles de soignants sont des écoles professionnelles dont la valeur reconnue est la formation auprès du patient. Le schéma actuel comporte toutefois des insuffisances :

- l'absence de **passerelles** entre filières de formation ;
- une lente mise en place des **délégations de compétence**⁴⁷ ;
- La mauvaise prise en compte **des besoins futurs en termes de compétences comme de répartition géographique**, particulièrement pour les professions médicales⁴⁸ ;
- le manque d'intégration au contenu des formations des **nouvelles dimensions des pratiques professionnelles** : sciences humaines, économie, éthique, environnement social et juridique de l'hôpital mais aussi nouvelles technologies de la communication, prise en charge multidisciplinaire et travail d'équipe ;
- la mauvaise prise en compte dans la formation des **prises en charges extrahospitalières**, où certaines spécialités sont pourtant majoritairement assurées ;
- l'insuffisance de la **formation continue des médecins hospitaliers**⁴⁹, par manque de financement et d'organisation, qui conduit les médecins à compléter leur formation grâce à des financements industriels, inégaux entre spécialités.

Alors que le **CHU** est le **label de l'enseignement et de la recherche hospitaliers** pour les établissements de santé, il faut souligner que :

- **certaines équipes de CHU ne font pas de recherche**⁵⁰, tandis que des équipes n'appartenant pas à un CHU participent à des activités de recherche et d'enseignement ou aspirent à y

⁴³ « La recherche médicale française est pénalisée par l'interférence d'un grand nombre d'acteurs, source de stériles concurrences institutionnelles et de querelles de territoire qui ont favorisé les corporatismes et le conservatisme », constat établi par les *Conférences des doyens, des directeurs et des présidents de CME de CHU*, 15 décembre 2004.

⁴⁴ *L'hôpital public en France*, conseil économique et social, 2004

⁴⁵ Valorisation financière des données cliniques, collections biologiques, actes innovants ; signature des publications scientifiques, dépôts de brevets, exploitation des licences

⁴⁶ ont été créés par le ministère de la santé depuis 1990 des **structures d'appui** (centres d'investigation clinique, délégations régionales à la recherche clinique et l'innovation, délégations inter-régionales de recherche clinique), des **appels d'offre** (le programme hospitalier de recherche clinique et le programme de soutien aux techniques innovantes et coûteuses), des **outils** (analyse des publications scientifiques des hôpitaux, répartition des financements recherche-enseignement)

⁴⁷ *la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétence*, Professeur Y Berland, 2003

⁴⁸ *la démographie médicale*, Professeur Y Berland, 2005

⁴⁹ *Les centres hospitaliers et universitaires, réflexions sur l'évolution de leurs missions*, Sénateur F. Giraud, 2007

⁵⁰ Un rapport distingue trois groupes parmi les 29 CHU : 8 CHU « indiscutables pôles d'excellence en enseignement et en recherche » qui concentrent 60 % des effectifs hospitalo-universitaires titulaires, 6 CHU « pôles actifs » et 13 CHU dont le potentiel de recherche est « en émergence » (*évaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires*, IGAS/IGAENR, juillet 2004. Ces résultats dépendent de leur taille, leur environnement et de « niches » de développement.

participer, du fait de certaines activités assurées pour une très large part hors de l'hôpital public (chirurgie notamment) ;

- de même **certains médecins hospitaliers** font de l'enseignement ou de la recherche sans avoir le titre hospitalo-universitaire;
- les établissements de santé privés aspirent à développer une activité d'enseignement et de recherche ;
- la synergie soin-enseignement-recherche **ne s'appuie plus sur des individus mais sur des équipes** qui mobilisent des compétences multiples, dans plusieurs disciplines ; ces activités, auxquelles il convient d'adjoindre une quatrième fonction managériale, n'ont pas toutes la même temporalité ; elles requièrent une répartition équilibrée et transparente au sein des équipes ;
- cette synergie nécessite une qualité de soins élevé dans les thématiques choisies, ce qui suppose dans la plupart des cas une **concentration de l'activité médicale** et une **masse critique** des équipes suffisantes.

L'évaluation et le pilotage des activités de recherche et d'enseignement doivent être renforcés, en tenant compte des évolutions apportées par les lois récentes relatives à l'université et à la recherche.

Le renforcement des missions de recherche et d'enseignement implique donc un investissement particulier sur les points suivants :

- comment, dans le cadre de la réforme du LMD, développer les passerelles entre formations et professions ?
- comment **simplifier les procédures** administratives et juridiques encadrant la recherche, en préservant ses exigences de sécurité et de qualité ?
- **quel pilotage** des structures et des financements de la recherche hospitalière à ses différents niveaux (national, régional et local) ?
- comment **rendre attractifs les métiers de la recherche** , par la formation et par une politique de rémunération incitative ?
- comment **concilier la formation des professionnels et les besoins des territoires** ?
- comment renforcer dans les établissements la politique de **formation continue** des médecins ?

La commission poursuivra ses travaux jusqu'en avril 2008 sur la base de ce premier état des lieux, pour faire la synthèse des propositions qui ont été et qui seront formulées. Elle portera une attention particulière aux questions d'efficience du système hospitalier, c'est-à-dire la qualité des prestations délivrées en utilisant au mieux les ressources mises à sa disposition, ainsi qu'aux modalités de régulation. Enfin, elle n'omettra pas, dans ses travaux, de prendre en compte l'impact du secteur social et médico-social sur le système de soins.