

Partenariat public-privé : enjeu d'une restructuration nécessaire

Philippe Cléry-Melin

Nightingale Hospitals Paris
11bis rue de la Porte Jaune
92380 Garches, France

Résumé. Le système de santé français et les mécanismes de prise en charge de ces dépenses – Sécurité sociale, organismes complémentaires d'assurance maladie – ont toujours laissé une place au secteur privé. Le service public tout comme les offreurs de soins privés ont pour vocation de répondre aux besoins de santé de la population. Cela ne pourra se faire sans la mise en œuvre de coopérations pertinentes à l'échelle des territoires.

Particularité française, la coexistence entre les secteurs public, privé lucratif et privé non lucratif, n'a pas permis jusqu'à présent que se développent des coopérations efficaces permettant de mettre en place des parcours de soins tels que les lois récentes les ont institués. Des logiques différentes, conséquences de statuts distincts, de logiques d'autorisations et de freins réglementaires et économiques, ont renforcé la concurrence entre le secteur de l'hospitalisation publique et celui du privé. Plaider pour une situation monopolistique de l'hospitalisation publique est illusoire et sûrement contreproductif. La mise en place des GHT a ainsi trop souvent bloqué le développement des coopérations sanitaires entre public et privé et renforcé l'isolement et le cloisonnement des acteurs.

En lieu et place d'une coopération vertueuse au bénéfice des parcours de soins des patients, ce qui fait « système » sur un territoire où le secteur privé est parfois dominant en matière de nombre de lits d'hospitalisation, est qu'aujourd'hui, le secteur de l'hospitalisation publique pourrait subir une adaptation forcée qui consiste à recevoir des patients dont le privé ne veut pas.

Mots clés : organisation de soins psychiatriques, coopération interhospitalière, groupe de coopération sanitaire, établissement privé de santé, établissement public de santé, psychiatrie, territoire de santé

Abstract. Private-public partnership: The challenges of a necessary restructuring. The French healthcare system and the mechanisms for meeting its costs—social security and complementary health insurers – have always left a place open for the private sector. Just like private healthcare providers, the public health service aims to respond to the health needs of the population. It cannot do so without establishing the necessary cooperation on a national scale.

In France in particular, the coexistence of public, private for-profit, and private not-for-profit sectors has to date not been accompanied by development of the kind of efficient cooperation that would enable an implementation of the healthcare paths prescribed by recent laws. Different logics, the result of distinct statutes, licensing regimes, and regulatory measures, have instead encouraged competition between public and private hospital sectors. It is illusory and surely counterproductive to plead for a public monopoly. Thus, the establishing of GHTs (*Groupements Hospitaliers de Territoire*, regional hospital consortia) has often served as an obstacle to the development of healthcare cooperation between public and private, worsening the isolation and compartmentalization of the actors concerned.

Rather than a virtuous cooperation that would benefit the healthcare path of patients, the real “systematic” tendency in a country where the private sector is often dominant as far as numbers of hospital beds is concerned, is that today, the public hospital sector seems set to undergo a forced adaptation, reduced to receiving those patients the private sector does not want.

Key words: organization of psychiatric care, inter-hospital cooperation, healthcare cooperation group, private healthcare facility, public healthcare facility, psychiatry, healthcare region

Correspondance : P. Cléry-Melin
<ph.clery-melin@sinoue.com>

Resumen. Asociación público-privado: lo que se juega en una reestructuración necesaria. El sistema de salud francés y los mecanismos de atención de estos gastos – Seguridad Social, organismos complementarios del seguro por enfermedad – siempre han dejado un lugar para el sector privado. El servicio público así como las ofertas de cuidados privadas tienen como vocación responder a las necesidades sanitarias de la población. Ello no podrá lograrse sin la puesta en pie de cooperaciones pertinentes a escala de los territorios.

Particularidad francesa, la existencia entre los sectores público, privado lucrativo y privado no lucrativo, no ha permitido hasta la hora que se desarrollen operaciones eficientes que permitan poner en marcha recorridos de cuidados tales como las leyes recientes lo han instituido. Unas lógicas diferentes, consecuencias de estatutos distintos, de lógicas de autorizaciones y de frenos reglamentarios y económicos, han reforzado la competencia entre el sector de la hospitalización pública y el del privado. Abogar por una situación monopolística de la hospitalización pública es ilusoria y probablemente contraproducente. La puesta en marcha de los GHT demasiadas veces ha asimismo bloqueado al desarrollo de las cooperaciones sanitarias entre lo público y lo privado y reforzado el aislamiento y la compartimentación de los actores.

En lugar de una cooperación virtuosa en beneficio de los recorridos de cuidados de los pacientes, lo que hace “sistema” en un territorio en el que el sector privado a veces es dominante en materia de número de camas de hospitalización, es que hoy el sector de la hospitalización pública podría sufrir una adaptación forzada que consista en recibir pacientes que ya no quiere el sector privado.

Palabras claves: organización de los cuidados psiquiátricos, cooperación inter hospitalaria, grupo de cooperación sanitaria, establecimiento privado de salud, establecimiento público de sanidad, psiquiatría, territorio de salud

Quatre caractéristiques du secteur privé psychiatrique aujourd’hui en France

1. Une montée en charge du secteur privé lucratif et de l’hospitalisation privée psychiatrique en France

2. Le secteur privé lucratif en psychiatrie, un paysage partagé entre cliniques de groupes et cliniques indépendantes

3. Des modalités spécifiques de financement pour les établissements de psychiatrie en allant vers un financement à l’activité comme enjeu et argument pour les cliniques

4. Des logiques gestionnaires et des logiques médicales congruentes

La variable économique à partir de la couverture sociale des patients s’avère un élément clé pour comprendre les modalités différentes d’action composées de stratégies distinctes et d’historiques singuliers d’établissements et de médecins. Mais elle n’est pas la seule : la compliance du patient, sa « lourdeur » somatique, ses addictions, ses comorbidités ainsi que la confiance accordée à l’adresseur sont aussi au cœur des logiques de sélection et d’orientation des patients : on ne peut pas limiter la question des spécificités de prise en charge du secteur privé par la seule entrée marchande et la solvabilité des patients.

Complémentarité public/privé ?

« La complémentarité entre le secteur public et l’offre de soins libérale en France devrait permettre d’améliorer

l’accessibilité, l’efficacité, la qualité et la pérennité de notre système de santé » s’exprimait dans son préambule la loi HPST (2009).

Il est pour cela impératif de sortir de l’opposition actuelle entre privé et public.

À la différence des pays nordiques, nous jouissons d’un système libéral et social assez unique qui nous permet de choisir entre hôpital public, établissement privé à but lucratif ou encore d’opter pour un établissement privé à but non lucratif. Cette mixité est une spécificité française et constitue une richesse précieuse.

Comment repositionner chacun de ces acteurs dans une chaîne de soins centrée sur le patient ?

C’est tout l’enjeu d’une véritable restructuration de notre système de santé.

Les acteurs en présence

L’hôpital public

Personne ne peut le contester, l’hôpital public est au cœur de notre système de soins. Et son excellence est reconnue, y compris et en particulier à l’étranger : accueil de tous les patients sans distinction, encadrement des honoraires, participation active à la permanence des soins, patients et personnels compétents, caractérisent fort légitimement le modèle de l’hôpital public en France jusqu’à présent.

L’hôpital privé

Entreprenariat, concurrence, liberté de choix des patients, le modèle privé est dynamique et s’inscrit dans une recherche d’efficacité. Son objectif : satisfaire le

patient pour soutenir sa réputation et son image. Dans un contexte concurrentiel, l'hôpital privé adapte ses pratiques, renouvelle sa stratégie pour attirer plus de patients et mieux répondre à leurs attentes et demandes. Cette démarche qualité fait toute sa force.

Quels axes de coopération public/privé ?

Les ponts entre secteurs public et privé sont plus nombreux qu'il n'y paraît. Un malade sur deux atteint d'un cancer est pris en charge par le privé. Trois bébés sur quatre naissent en clinique.

Quatre-vingts pour cent de la chirurgie de la cataracte sont réalisés dans le secteur privé. Et ces complémentarités ne s'arrêtent pas là. En réalité, les points communs entre public et privé sont légion. Vingt-cinq pour cent des patients CMU sont pris en charge dans les cliniques privées.

Et l'on sait que l'hôpital public connaît également des dépassements d'honoraires.

Tant le législateur – la récente rédaction de la loi Santé en est un exemple –, que les pouvoirs publics ne peuvent s'empêcher de tenter d'opposer ces deux secteurs.

Là où le ministre Roselyne Bachelot avait opté pour une définition pragmatique du service public, fondée sur la notion de mission, permettant de reconnaître pleinement les activités de service public assurées par le secteur privé, son successeur, Marisol Touraine a voulu conditionner cette reconnaissance de participation au service public à une habilitation, excluant de fait le privé de toute coopération avec les GHT dans la nouvelle politique territoriale de santé, alors que le secteur public ou le secteur privé non lucratif en bénéficient automatiquement.

Or le label « service public » conditionne le financement public, une manne qui échappe dès lors à l'hôpital privé. Si, en soi, le rétablissement d'un service public hospitalier de qualité peut être tout à fait bien venu, son « retour à l'équilibre » reste problématique, le pouvoir grandissant des agences régionales de santé (ARS), les priorités données aux GHT, la révision tarifaire des actes à la baisse, inquiètent au plus haut point les acteurs du secteur privé.

Il est possible de penser autrement les rapports public/privé

Chez un de nos proches voisins, l'Espagne, le modèle Alzira associé au premier hôpital public géré par une entreprise privée, l'hôpital universitaire de la Ribeira, dans la région de Valence, interpelle. Propriété publique, financement public, contrôle public mais gestion déléguée à une entreprise privée qui s'engage à faire fonctionner le service public hospitalier, le modèle de la concession administrative sanitaire est simple. Par-dessus tout, il fonctionne très bien. Il affiche un taux de satisfaction des patients spectaculaire (plus de 90 %), des

délais de prise en charge deux fois plus courts que dans les structures classiques et un taux d'absentéisme du personnel minimal.

En France, il est évident à tout un chacun qu'il convient de bâtir des coopérations entre public et privé afin de soutenir l'offre de soins sur chaque territoire.

Cependant, la loi de modernisation de la santé ne prévoit rien en la matière.

Pourtant, si elles étaient encouragées par les pouvoirs publics, les collaborations entre public et privé permettraient d'augmenter l'offre de soins et de répondre aux objectifs de recomposition fixés par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur une région donnée, pour assurer la continuité des soins. Chaque entité pourrait y trouver un gain réciproque sur le plan médical et financier.

Rappelons que l'acte de soins dans le privé revient infiniment moins cher à la collectivité, même si, comparaison n'étant pas raison, les choses sont en réalité un peu plus complexes. *In fine*, ces coopérations permettraient d'offrir rapidement un service public plus efficient, de rassembler plus facilement des ressources financières pour un projet précis et d'accélérer une auto-risation d'ouverture d'établissement.

Quels types de coopération public/privé ?

1. Première option, **formaliser un partage d'activités médicales**, notamment dans le cadre d'une organisation en réseau (urgences, oncologie, etc.) via la signature d'une convention entre établissements publics et cliniques privées. Un choix qui permet d'assurer la continuité des soins. La possibilité d'accorder une concession de service public aux cliniques privées – prévue par la loi de 1970 – a d'ailleurs été réactivée depuis quelques années dans le contexte de la recomposition de l'offre de soins. Une option qui permet à l'État de fermer des services de chirurgie de petits centres hospitaliers et de confier à la clinique de la ville, pour une période déterminée, l'exclusivité dans la discipline, en contrepartie d'un engagement de satisfaire aux obligations de service public. En revanche, la signature d'une convention n'a pas pour effet de créer une personne morale, et cette formule trouve assez vite ses limites : absence de budget spécifique, de patrimoine, de personnel, etc.

2. Une solution plus élaborée : **gérer en commun des activités logistiques ou investir ensemble dans un équipement**. Le groupement d'intérêt public (GIP) et le groupement d'intérêt économique (GIE) permettent de créer une personne morale nouvelle pour une mise en commun de moyens, tels un appareil d'imagerie médicale ou un scanner, sans exercice commun d'activité de soins. Les conditions de co-utilisation entre partenaires publics et privés, imposés dans le cadre d'octroi d'autorisations d'installation

d'équipements lourds, conduisent à développer ces outils.

3. Enfin, le groupement de coopération sanitaire (GCS) : avec une mise en commun de moyens de toute nature, humains, mobiliers, immobiliers, financiers, matériels ou immatériels, le GCS refondu dans le cadre de la loi HPST pourrait constituer un outil privilégié dans le cadre des coopérations entre le secteur public et privé. Le GCS permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des centres de santé, des maisons de santé et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il représente l'outil idéal pour une collaboration. Le GCS est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. Il peut même être transformé en établissement de santé. On dénombrait près de 700 GCS au 30 juin 2016. Ils n'ont pas tous survécu aux GHT. C'est le cas du GCS que nous avons édifié avec enthousiasme avec le CH Paul-Guiraud dans la perspective de l'intégration de deux secteurs de psychiatrie sur notre site de Bellevue, projet qui aurait rapproché les lits hors département du 92 centre des populations concernées.

On le voit, les axes de coopération ne manquent pas pour répondre aux besoins de santé de la population. Cependant, ces collaborations ne doivent pas conduire à abandonner, à l'hôpital public, les soins jugés les moins rentables, au risque d'augmenter le déficit hospitalier, de diaboliser et creuser davantage le fossé avec le privé. Et aussi d'encourager cette fâcheuse tendance française, toujours tenace, qui consiste à opposer les acteurs privés et publics, art consommé des tutelles qui apprécient de jouer parfois le Raminagrobis de la fable...

Nécessité de développer le secteur psychiatrique privé en encourageant les coopérations avec le public

La santé mentale n'est pas qu'une question de psychiatrie

Au cours des dernières décennies, la grande transformation des troubles psychiques, et plus largement des problèmes de santé mentale, a fait qu'ils ne sont plus seulement des questions de santé au sens strict, lié à leur maladie, mais qu'ils affectent également le rapport des individus au logement, à l'entourage, au travail, ou encore à l'école, et qu'ils appellent donc des réponses spécifiques dans tous ces champs.

En retour, cette transformation a aussi amené à prendre conscience que si le soin psychiatrique participe au rétablissement des malades, il n'en est qu'une partie : c'est dans l'ensemble de la vie sociale que l'on trouve les ressources pour se soigner, et la qualité des soins psychiatriques dépend donc aussi de la mobilisation de ces différents autres acteurs.

Cette transformation s'est opérée cependant dans le cloisonnement des intervenants, et parfois des usagers eux-mêmes, en filières sanitaire, médicosociale, sociale ou encore éducative distinctes, alors même que le caractère multidimensionnel de leurs difficultés exigeait la coordination.

Ce cloisonnement est aujourd'hui le grand défi auquel nous devons répondre et dont le plan ministériel annoncé récemment ne paraît pas avoir bien pris la mesure, en restant en deçà des attentes, notamment en matière de projets territoriaux de santé mentale.

Une logique commune aux établissements privés

1. Prendre position sur un marché par des offres attractives.

2. Développer différentes stratégies :

– Recourir à des offres attractives car nouvelles pour faire face à la répétition des rechutes.

– Produire du séjour court à défaut de pouvoir produire de l'activité ambulatoire tarifée.

– Articuler hospitalisations à temps complet et à temps partiel dans le même établissement.

– Des prises en charge en temps partiel exclusif.

– Le temps partiel en relais avec d'autres établissements.

– Des parcours organisés par de l'adressage vers d'autres établissements du même groupe.

3. Recruter et sélectionner sa patientèle :

– Orienter des parcours par la confraternité.

– Recruter au-delà du territoire de santé.

– Sélectionner des patients :

• Trier les addictions : le client alcoolique, l'indésirable consommateur de cannabis et le polytoxicomane exclu.

• La compliance des patients, un enjeu central de sélection.

4. Réorienter certains patients vers le public : une conséquence systémique du fonctionnement du privé. La « non-obligation » de soins en clinique permet à certains établissements d'instrumentaliser les obligations du secteur public pour se libérer de patients non adaptés à leur politique d'hospitalisation.

Au-delà des logiques communes, le secteur des établissements privés lucratifs n'est pas un objet unifié du fait qu'il existe des différences de statuts, entre établissements de groupes et établissements indépendants d'une part, ainsi que des différences de projets et de politiques de groupe d'autre part. Ces différences conditionnent les marges de manœuvre des établissements, celles-ci étant opérationnalisées *via* des politiques de marché visant à atteindre une masse critique optimale pour perdurer sur le marché de l'hospitalisation psychiatrique.

Trois types d'établissements peuvent ainsi être identifiés :

– établissements récemment rachetés par un groupe caractérisé par une politique de croissance externe intensive (1) ;

– établissements de groupe caractérisés par une politique de partenariat avec le secteur public (2)

– et établissements indépendants (3).

Cette typologie vise à montrer que les établissements lucratifs privés peuvent apporter des réponses diversifiées, que ce soit en matière de sélection par la couverture sociale des patients ou dans leur contribution à l'accueil post-urgence. Elle montre également des logiques spécifiques de prises en charge permettant par exemple d'expliquer l'affiliation de leurs patients à leur établissement.

Cliniques indépendantes et cliniques de groupe

Les cliniques indépendantes

Parce qu'elles ne peuvent bénéficier de la consolidation financière d'un groupe, et bien qu'elles perçoivent le même financement de journée que les autres, elles s'attachent à maintenir la qualité de leur réputation ainsi que leur notoriété : qualité de l'offre, qualité de l'hébergement, qualité de la prise en charge en général.

La conjonction de la bonne réputation hôtelière et de la spécialisation permet aux établissements indépendants d'exister sur le marché de l'hospitalisation psychiatrique. Un accueil sélectif en matière de couverture sociale, un service social plutôt mobilisé sur les projets d'autonomie du patient : une clinique, et cela est suffisamment unique pour être souligné, avec des médecins qui ont de la notoriété, et où l'accompagnement social se définit en termes de projet d'autonomisation.

Tout cela constitue un ensemble sélectif en soi, intrinsèquement distinctif. Il est certes nécessaire de mettre en place des filtres à l'entrée mais il semble aussi que la sélection se fasse « naturellement » car elle est intériorisée par les autres acteurs du marché. Les prises en charge en établissement privé renvoient donc à des pratiques diversifiées.

Les établissements de groupe

Ils montrent des postures différentes en ce qui concerne leur participation au secteur public. L'un de ces établissements s'est saisi d'un des outils privilégié de la loi HPST concernant la coordination public/privé : le groupement de coopération sanitaire. L'étude d'un partenariat public-privé dans le secteur de la santé montre combien sa réussite est conditionnée par des historiques communs associés à des contextes locaux et à des politiques d'établissements. Pourtant, une participation active pour recevoir des patients en post-urgence n'évite pas une logique gestionnaire qui consiste à remplir des lits en se dotant d'un *bed-manager*. En sélectionnant moins à l'entrée, ces établissements n'en produisent pas moins des discontinuités dans les parcours de patients qui à terme se révèlent peu « clinicables ».

D'autres établissements de groupe sont caractérisés par une forte logique de captation de patientèles dont le profil correspond à des parcours exclusifs en secteur privé. Ces établissements se saisissent néanmoins des opportunités du secteur public lorsqu'il s'agit de remplir des lits mais sous conditions. Leur fonctionnement produit une forte concurrence avec le marché des cliniques indépendantes et semble en marge des politiques publiques en matière d'organisation des soins sur le territoire. Ce fonctionnement en « parallèle » conduit à la constitution des parcours dans le système local de prise en charge.

Finalement le principe d'action des cliniques privées dans le système local de prise en charge, tel qu'il est organisé à travers ses offres et ses logiques de tri, est à comprendre à partir des contraintes qui s'exercent sur lui en termes de modalités de financement et de statuts d'établissements, de groupe ou indépendants. Pour dépasser ces contraintes structurelles, le principe d'action du secteur privé consiste à fonctionner à partir de ses propres normes de régulation. Par exemple, une des régulations consiste à se reporter sur des relations professionnelles *intuitu personnae*, en marge voire en dehors de relations institutionnelles établies. Une autre forme de régulation passe par la mise en œuvre de projets d'établissements spécifiques et stratégiques pour conquérir ou se partager des parts de marché *via* des offres et leurs filières, des patientèles et des réputations.

Cette répartition entre cliniques indépendantes et de groupe, avec les récents rachats d'établissements indépendants, confirme la part devenue prépondérante des groupes dans le secteur privé au niveau national, et nous renseigne sur ce que peut produire une répartition où le nombre de lits privés domine, ainsi qu'une répartition entre « privé indépendant » (un tiers des lits privés) et « privé de groupe » (près de deux tiers des lits privés) sur des parcours de soins.

Il s'avère que c'est le système local des acteurs professionnels ainsi que l'offre qui organise bien davantage ces parcours qu'une organisation instituée de parcours telle que tentent de la construire les politiques de santé.

Par le jeu des rachats, extensions ou des créations d'établissements les groupes du secteur privé tendent à se retrouver en situation de *leadership* sur un territoire donné : c'est le cas dans le département du Tarn-et-Garonne ou du Loir-et-Cher où l'offre privée lucrative constitue plus de la moitié des capacités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie, comme dans les Bouches-du-Rhône, le Var, les Pyrénées-Orientales, le Gard, l'Hérault, l'Indre-et-Loire, la Haute-Garonne et les territoires de Navarre-Côte Basque et de l'Oise¹.

¹ Coldefy M, Le Neindre C. *Les disparités territoriales d'offres et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmen-*

Les ARS écrivent des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) mais se heurtent à d'autres logiques d'acteurs que la leur. Une question demeure : quel est le réel pouvoir de l'ARS en matière d'application des orientations du SROS ? Si les tutelles ont un pouvoir incitatif, par exemple en finançant des prix de journée supérieurs dans le cadre – par exemple – de conventions post-urgences, leurs difficultés en matière d'application des SROS s'expliquent en partie par les actions à la fois stratégiques et contraintes produites par ce système local privé.

Si l'État tente d'organiser les soins sur une base territoriale en fonction d'une estimation des besoins et s'applique à formaliser des parcours de soins, le système privé de son côté s'organise autour d'autres enjeux : remplir ses lits, maîtriser ses patientèles, conquérir des parts de marchés par des rachats d'établissement, ou développer des niches en termes d'offres.

Un système d'action à réorganiser

Pour un cadre de l'ARS : « l'ARS impose un cadre, une autorisation tous les cinq ans, il y a le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), mais les établissements codent ce qu'ils veulent, quand ils veulent, comme ils veulent ».

Ce qui fait « système » sur un territoire où le secteur privé est parfois dominant en matière de nombre de lits d'hospitalisation, est que le secteur de l'hospitalisation publique subit une adaptation forcée qui consiste à recevoir des patients dont le privé ne veut pas.

Par ses obligations de soins, le secteur public est relégué à l'accueil de populations souvent stigmatisables qui l'éloigne de l'accueil d'autres patientèles qui pourraient tout aussi bien y recourir et fait perdurer le système asilaire.

De surcroît, du côté des urgences du CHU, on participe souvent activement à cette sélection, en essayant de placer des patients jugés « clinicables », de préférence dans ces établissements privés.

Tous les acteurs jouent dans ce système d'action, y compris le secteur public, mais ce sont les acteurs privés qui en détiennent souvent les règles. Les patients quant à eux élaborent des stratégies, en particulier en fonction des durées de séjour permises par leurs assurances, ce qui explique en partie que les cliniques soient très représentées dans la classe des courts séjours en temps plein exclusif. Leurs marges d'autonomie culturelle et financière leur permettent de choisir et d'orienter leurs parcours selon une logique distinctive, relayée par des recours exclusifs au secteur libéral qui fonctionne lui-même sur des relations d'adressage endogènes au secteur privé.

tée à une approche systémique. Paris : Rapports de l'IRDES 2014 (n° 558, p. 23).

Constituer des partenariats public-privé en France

La « logique de l'État jacobin » ignore la rationalité des acteurs, en particulier privés.

Pour cette raison, alors que le territoire de santé est devenu le périmètre de l'organisation des soins hospitaliers avec la loi Santé, la création des GHT et l'appui des ARS, l'action des cliniques privées ne suit pas mécaniquement les recommandations publiques en matière de parcours de soins et de santé. On peut donc s'interroger sur l'absence de régulation par l'État de l'éclosion de ces marchés alors même qu'ils sont financés en partie par la Sécurité sociale et que depuis plusieurs décennies les pouvoirs publics relèvent et déplorent les inégales répartitions de moyens en psychiatrie sur le territoire national et au sein de chaque département.

Le rapport d'Edouard Couty² insistait en janvier 2009 « sur la nécessité de constituer des parcours de soins en psychiatrie qui soient définis sur la base d'une organisation graduée des soins psychiatriques et de la santé mentale en trois niveaux, un niveau de proximité, un niveau du territoire de santé qui assure l'hospitalisation et un niveau régional ou interrégional d'expertise ».

Cette organisation permettait de limiter l'action de la psychiatrie de secteur qui devenait alors un « acteur déterminant, mais non exclusif, du soin psychiatrique ».

L'évolution des pratiques en psychiatrie, longtemps enfermées dans le réductionnisme illusoire et stigmatisant de la maladie et de ses symptômes, et réduites au seul diagnostic/pronostic/traitement, qu'il soit psychothérapeutique et/ou pharmacologique, participe de cette transformation : les techniques de réhabilitation et de réinsertion ont montré leur efficacité et font maintenant partie de nombreux protocoles de soins conduits en ambulatoire. Et il y a un degré de maladie mentale où les conséquences sociales sont telles que se contenter de l'abord strictement clinique ne suffirait pas.

Sortir du carcan hospitalier

Les psychiatres l'ont compris très tôt en déployant une remarquable inventivité dans l'élaboration des modes de soins alternatifs au sein d'un dispositif extra-hospitalier qui innove et invente de nouvelles pratiques, creusant sans cesse le décalage avec une hospitalisation temps plein qui reste aujourd'hui trop souvent en panne de théorisation (mises à part les cliniques participant à la psychothérapie institutionnelle).

La place grandissante accordée aux patients et à leurs mouvements représentatifs a permis d'organiser un

² « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie ». Rapport présenté à madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé et des Sports. Établi par Monsieur Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des Comptes et présenté le 30 janvier 2009.

espace de réappropriation de son trouble par le patient. Cette médiation, dont les aspects positifs sont évidents, a cependant comme inconvénient l'affaiblissement de la position d'intermédiaire entre le patient et sa maladie qu'avait traditionnellement le médecin. Or, soigner en psychiatrie, plus que dans toute autre spécialité médicale, c'est justement tenter de s'insérer entre le sujet malade et sa maladie.

Grande est la tentation actuelle de proposer territoires et trajets de soins, en oubliant que ceux-ci ne sont possibles qu'avec le concours d'équipes spécialisées dans la prise en charge des pathologies sévères. Et pourtant, il ne peut y avoir *empowerment* (autonomisation), que si le patient a bénéficié avant ces actions de socialisation de soins de qualité, et a été très directement assisté lors des phases les plus aiguës de son parcours. La tentation serait d'esquiver les maladies mentales et leur prise en charge difficile et incontournable, au profit du « management des pathologies et de la complexité des phénomènes sociaux », qui tendrait à éviter ou à dissoudre le problème pathologique sous couvert de parcours tracés et « managés » de santé mentale, oubliant l'essentiel qui demeure les soins apportés aux patients.

Mais entre psychiatrie publique et privée, la dynamique n'est pas la même. . .

Quels sont les freins, les obstacles, les forces et faiblesses des acteurs en présence, pour permettre à cette transformation de se mettre en place ?

La psychiatrie publique

Chaque fois que la politique de secteur a pu réellement s'appliquer au-delà de son découpage géodémographique classique, la psychiatrie publique a permis de répondre correctement à cette demande de soins et d'assistance associés. Elle a mis à la disposition des patients de multiples dispositifs ayant pour objectif de faciliter leur vie quotidienne et leur intégration sociale.

Les clubs (GEM...), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, les appartements relais thérapeutiques, les activités culturelles, ludiques et sportives, une certaine façon d'utiliser les hôpitaux de jour sont autant d'outils mis à la disposition des équipes soignantes dans le projet de retour à l'autonomie des personnes que la maladie mentale a profondément déstabilisées. Parallèlement, les services sociaux apportent aide, conseils et harmonisation de l'interface avec le réel administratif, et des réponses aux questions sociales et résidentielles, le fait d'avoir - ou non - un logement étant reconnu comme un élément clé du pronostic des patients (*Housing First*).

Ainsi ont pu se constituer, dans le meilleur des cas, des parcours de soins avec pour objectif l'amélioration du rapport du sujet au monde, la réactivation de ses contacts sociaux, son ouverture aux espaces culturels, son autonomie, bien sûr, mais avant tout, la prise en charge de ses symptômes et la diminution de sa souffrance qui devrait être au premier plan.

Cependant, les contraintes financières paralysantes, l'hospitalocentrisme persistant, et surtout l'emprise technocratique récente ont sévèrement altéré ce dispositif fragile. La certification conduite par l'HAS montre la difficulté à apprécier clairement le service rendu au patient et particulièrement la qualité des soins dispensés. Le respect des protocoles ne renseigne que très peu sur la qualité réelle des parcours. La disponibilité, l'engagement, l'éthique, l'empathie, mais aussi le niveau des connaissances et les capacités opérationnelles des équipes soignantes à leurs différents niveaux d'intervention, paramètres pourtant essentiels, sont très difficiles à objectiver et à évaluer.

L'hospitalisation privée

L'hospitalisation privée, quant à elle, semble avoir résolument pris le virage ambulatoire, et ainsi gagné quelques longueurs d'avance... en instaurant la prévention partout où elle le peut, en développant des centres thérapeutiques et préventifs de jour (CTPJ), visant à réduire la DUP (*duration of untreated psychosis*), en facilitant l'accès à des consultations précoces de proximité, sans délai d'attente (*outreaches* – consultations avancées de centre-ville), voire en utilisant des outils modernes de télémédecine, là où trop souvent encore l'accès aux soins se fait tardivement, dans des conditions parfois violentes, en urgence et sous contrainte.

Le virage ambulatoire se traduit par une réduction de l'hospitalisation temps plein, dans la fréquence des indications, comme dans la durée des séjours, grâce à des prises en charge ciblées, souvent programmées, globales et continues couvrant « avant-pendant-après », de la prévention et du diagnostic précoce, en passant par les soins cliniques les plus efficaces (soins classiques et de réhabilitation associés), et d'un accompagnement personnalisé et dynamique permettant une stabilisation durable dans le milieu et dans l'emploi. L'expansion des services ambulatoires, comme l'intervention d'urgence au domicile (*Assertive Community Treatment*), les soins courants à domicile, la gestion de cas, l'intervention précoce, le *case-management*, le *job-coaching*, le traitement communautaire dynamique et le logement inclusif, avec les services de soutien, font partie de l'arsenal qui tend à se développer à l'initiative de certaines cliniques. Partant toujours des besoins et personnalisant les réponses, certains groupes en France, comme au Royaume-Uni, diversifient leurs compétences au bénéfice de parcours individualisés – et évalués. Leurs objectifs vont résolument au-delà du soin proprement dit, et visent le

rétablissement dans une optique inclusive, positive et intégrative, jusqu'à une insertion durable dans le logement autonome et l'emploi.

L'inscription dans le social, grâce au recours aux financements philanthropiques notamment (ex : Fondation Paul Cléry-Melin) permet de renforcer les chances d'une insertion réussie grâce à des prises en charge globales et continues en lien avec les acteurs que sont : le tissu associatif local, les municipalités, la Région, Pôle emploi, Cap Emploi, les Direccte (directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) et les collectivités territoriales : découvertes des métiers, garantie jeunes, chantiers d'insertion, restaurants d'application, écoles de la deuxième chance, Webforce 3, Darwin, manufacturiers, stages en entreprise, écoles de production, dispositifs passerelles vers l'apprentissage, etc.), sans oublier les entreprises de la région.

L'avis du 24 mai 2018 du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM)³

Alors que la bonne nouvelle de la réduction du déficit des branches de l'Assurance maladie a occupé la une des journaux, le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) vient faire bouger les lignes en énonçant un certain nombre d'idées qui viennent en résonance avec la philosophie d'action de l'hospitalisation privée sur la stratégie de transformation du système de santé.

L'HCAAM appelle d'abord à une réforme radicale s'appuyant sur deux principes majeurs :

- faire des établissements, des professionnels comme des patients les vrais acteurs du changement sur le terrain,
- fonder la transformation sur les services attendus par la population.

Une autre prise de position forte concerne le maillage de l'offre de soins sur le territoire :

- les GHT, précise l'avis de l'HCAAM, n'ont pas vocation à organiser la réponse territoriale aux besoins de la population. L'hospitalocentrisme qui les gouverne ne

peut les qualifier à relever les défis d'une offre de soins équilibrée et de proximité.

L'avis de l'HCAAM porte également une critique non voilée de la loi Touraine. Il propose de redéfinir les missions des établissements de santé et de rouvrir le service public hospitalier aux hôpitaux et cliniques privées.

Deux autres points suscitent encore notre attention :

- la fin de l'ARS « juge et partie » qui ne serait plus en charge de l'offre de soins – et notamment de la gestion des hôpitaux publics – mais régulatrice du service médical rendu,

- un volontarisme accru sur la formation avec une véritable ouverture à l'ensemble des acteurs, tant publics que privés.

Cet avis ressemble, à n'en pas douter, à un appel à une réforme radicale, un scénario de rupture, une « transformation du système » propre à renverser la perspective au bénéfice de la modernisation de notre système de santé...

Pour en savoir plus

Annexe <http://www.securite-sociale.fr/contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-rapport-HCAAM-2018>

Stratégie nationale de santé : Contribution du Haut Conseil de la santé publique du 8 septembre 2017

Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique du 13 mars 2017

Objectifs de santé publique du 17 mars 2010

La stratégie nationale de santé 2018-2022

Plan national de santé publique

Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, avis CNS adopté en assemblée plénière le 8 février 2018

Discours de madame Agnès Buzyn Assemblée nationale, PPL Garot, déserts médicaux

Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé, avis du 24 mai 2018

Liens d'intérêt L'auteur déclare être PDG du groupe Sinoué.

³ <http://www.securite-sociale.fr/contribution-a-la-transformation-du-systeme-de-sante-rapport-HCAAM-2018>