

12<sup>ème</sup> Rencontre nationale de la Coordination nationale. Creil, les 15, 16 et 17 mai 2009. Coopération Sanitaire. Paul Cesbron

**DOUZIEME RENCONTRE NATIONALE DE LA COORDINATION NATIONALE DES  
COMITES DE DEFENSE DES MATERNITES ET HÔPITAUX DE PROXIMITE  
Creil, les 15. 16 et 17 mai 2009**

**Remarques proposées Paul CESBRON autour de la COOPERATION SANITAIRE**

Il ne peut exister de politique sanitaire cohérente sans liens contractuels étroits entre les différents établissements de santé et entre ceux-ci et les structures de prévention ainsi que la médecine libérale.

**Les coopérations inter-hospitalières :**

Elles constituent un des principaux éléments du dispositif de coopération.

Le rapport du Sénateur LARCHER, principale source d'inspiration de la Loi défendue par Madame Roselyne BACHELOT, condamne de fait les réseaux de soins laborieusement mis en place dans la décennie précédente. Ses critiques portent sur leur « *inefficacité* » dans l'organisation des soins, mais plus encore sur « *l'insuffisance* » de l'association public-privé.

L'inefficacité des réseaux de soins serait en dernière analyse consécutive à leur caractère excessivement démocratique. En effet, s'y opposent les propositions du Sénateur LARCHER. Celles-ci vont dans le sens d'un resserrement de la « *Gouvernance* » par concentration et accroissement du pouvoir des directeurs- « *patrons* » d'hôpitaux, éventuellement (de préférence) issus du secteur économique privé, et de son Conseil Exécutif restreint. Il met fin aux Conseils d'Administration des hôpitaux, remplacés par des Conseils de Surveillance dépourvus de toute capacité de décision. Réduisant également le rôle des commissions médicales d'établissement (C.M.E.).

Une telle conception préside à la mise en place de Communautés Hospitalières de Territoire (environ 300 en France). Elle a évidemment pour fonction de centraliser et concentrer les unités hospitalières et de mettre en place les conditions d'une coopération public-privé (« *convergence* ») et d'une concurrence « *libre et non faussée* » : « *Dans ces conditions, complémentarité et concurrence entre établissements doivent se combiner.....* » Rapport final du Sénateur LARCHER, le 10 avril 2008 (page 23).

Il s'agit donc d'assurer « *l'efficience* » de notre organisation sanitaire en l'intégrant à l'économie marchande à laquelle elle échappait en partie par son financement et sa gestion socialisée, démocratique.

**Nous y opposons :**

- Des **réseaux de soins** intégrant l'ensemble des acteurs des structures socio-sanitaires, une représentation démocratique faite d'élus des collectivités

12<sup>ème</sup> Rencontre nationale de la Coordination nationale. Creil, les 15, 16 et 17 mai 2009. Coopération Sanitaire. Paul Cesbron territoriales et des associations d'usagers au niveau de chaque territoire de santé (anciens secteurs sanitaires).

Ces réseaux analysent les besoins de santé de la population concernée et y apportent les réponses les mieux adaptées aux exigences de proximité et de qualité.

- Les réseaux ont ainsi pour fonction principale de soutenir et défendre les unités hospitalières de proximité (médecine, chirurgie, obstétrique) dans le cadre de complémentarité de soins proposées par les professionnels à l'échelon du territoire et de la Région, par conventions entre Services de différents niveaux de soins.
- Les réseaux assurent la mise en place de services de moyens et longs séjours, de rééducation spécialisée, de gériatrie médicalisée..... en lien étroit avec les unités hospitalières de proximité (M.C.O.), ainsi qu'avec les services sociaux et la médecine de ville.
- La participation des médecins libéraux, centres ou maisons de santé, aux réseaux de soins est un des éléments permettant d'assurer la cohérence de l'organisation des soins, en particulier sa permanence.
- Les réseaux de territoire doivent représenter leur secteur géographique au niveau des structures consultatives et décisionnelles de coordination régionale (schéma régional d'organisation des soins et unités régionales d'organisation des soins).
- La participation des structures privées non lucratives doit être favorisée dans un premier temps à titre consultatif, puis permanent sur la base d'un accord et de la participation à la permanence de soins.
- Quant au secteur privé lucratif, il y sera associé sur le plan régional à titre consultatif dans le cadre des discussions ayant trait au schéma régional d'organisation des soins et dans le cadre du règlement de conflits.
- Doivent être discutée dans le cadre des réseaux de soins : l'incitation et le soutien à l'installation des médecins libéraux, en particulier dans le cadre des maisons ou centres de santé.  
Sachant que les besoins de santé ne pourront être satisfaits que par l'élévation volontaire du nombre de professionnels formés (élévation du numerus clausus des infirmières et infirmiers, sages-femmes et médecins).

**A l'échelon Régional** : la coordination interterritoriale est assurée par la Commission permanente d'organisation des soins. Celle-ci élabore le Schéma régionale d'organisation des soins, dans le cadre d'une concertation avec les Services de l'état.