

## COMMUNIQUE DE PRESSE

**LES PROPOSITIONS DE LA FHF POUR UN NEW DEAL DE LA SANTE :  
A la veille du *Ségur de la santé*, la Fédération Hospitalière de France (FHF)  
met sur la table 6 piliers pour la refondation de notre système de santé.**

---

Alors que se prépare une grande concertation avec les acteurs du système de santé français, les hôpitaux publics appellent le gouvernement à saisir une occasion historique : celle d'offrir aux Français une sortie de crise confortant enfin notre modèle universel et engageant une refondation concrète de notre système de santé. C'est un changement profond que la FHF appelle de ses vœux. Ce sont six grands axes de transformation qui seront ainsi proposés au Gouvernement dans le cadre du *Ségur de la santé* qui se tiendra demain, lundi 25 mai 2020.

La crise mondiale a agi comme un révélateur des fortes carences de la gestion de notre système de santé, sur laquelle les hospitaliers français alertent continuellement. La FHF appelle donc aujourd'hui le Gouvernement à agir vite en réformant profondément notre système de santé. Au-delà des discours tant entendus, aujourd'hui, ce sont des actes forts qui sont attendus.

**6 piliers pour un New deal de la santé seront ainsi mis sur la table dans le cadre du *Ségur de la santé* (détails en annexe)**

1. **Refonder l'organisation, le pilotage et la gouvernance du système de santé** pour instituer une organisation lisible et efficace.
2. **Refonder le financement du système de santé** pour investir au service d'une stratégie juste et équitable, fondée sur des objectifs de santé publique.
3. **Revaloriser les métiers et les carrières des professionnels hospitaliers et médico-sociaux**, à la hauteur de leur utilité sociale et de leur engagement pour le service public de santé.
4. **Refonder la politique du Grand âge et de l'autonomie** pour transformer l'offre, renforcer les effectifs et les compétences, investir et développer le numérique.
5. **Refonder l'offre de soins sur les territoires** sur la base de la responsabilité populationnelle et du service public de santé.
6. **Refonder la politique européenne** pour faire de la santé un élément de la politique industrielle de l'Union.

« Nos propositions sont des lignes directrices de la politique que devrait mettre en œuvre le Gouvernement. Nous proposons 6 axes au service d'une vision stratégique basée sur notre expérience du terrain : refonder le système de santé pour dessiner un modèle éthique, solide et durable. Un modèle qui tienne compte des mutations de nos sociétés – qu'elles soient épidémiologiques mais aussi technologiques ou sociales. Mais pour cela, il faudra nous engager et faire advenir le *New Deal de la santé*. » a déclaré Frédéric Valletoux, Président de la FHF.

Contacts presse :

FHF – [g.papin@fhf.fr](mailto:g.papin@fhf.fr)

Havas – [communicationfhf@havas.com](mailto:communicationfhf@havas.com)

## ANNEXE : Les 6 propositions de la FHF pour un New Deal de la Santé

### 1. **REFONDER L'ORGANISATION, LE PILOTAGE ET LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTE : *Instituer une organisation lisible et efficace***

- **Unifier la gouvernance nationale** : cf. gestion sanitaire DGOS, gestion médico-sociale DGCS et CNSA, pilotage crise DGS, CNAM pour les libéraux, etc ; quelques exemples problématiques : prise en charge des personnes âgées ; imbroglio de la prime pour les professionnels hospitaliers et médico-sociaux
- **Réformer les ARS au niveau des délégations territoriales** : cf notamment dans les très grandes régions, éloignement géographique automatique du siège des ARS, **nécessité d'opérationnalité et de contact au niveau départemental voire infra-départemental avec les acteurs de terrain**, transfert le cas échéant de certaines missions des délégations territoriales aux GHT comme cela a été le cas durant la crise
- **Mieux se préparer à une gestion de crise sanitaire** au niveau national et régional en identifiant mieux les interlocuteurs nationaux, sur tous les aspects - **cf.logistique/approvisionnements** par exemple
- Renforcer la **démocratie en santé**
- Lancer enfin **le choc de simplification**

### 2. **REFONDER LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE**

*Investir au service d'une stratégie juste et équitable, fondée sur des objectifs de santé publique*

- **Remplacer la régulation comptable de l'ONDAM par le pilotage stratégique d'un budget santé dédié à l'amélioration de la santé des citoyens** :
  - Construire maintenant un outil de pilotage démocratique au service de la santé des citoyens. Ce nouveau budget national doit **être en adéquation avec les coûts engagés par les hôpitaux publics**.
  - **Rattraper le temps perdu à travers un plan de rattrapage à l'hôpital et en EHPAD**

Il convient de valoriser pleinement le **service public hospitalier**, la **recherche** et l'**innovation (réajustement du montant de l'enveloppe « MERRI » et progression dans le temps)**, et la **pertinence** des actes, des soins et des parcours.

- **Remettre à niveau durablement l'investissement dans les hôpitaux publics (+2milliards d'euros par an), changer de méthode pour valider les grands projets en supprimant le COPERMO**

Jusqu'en 2013, année où l'effort d'économie s'est encore accentué, le plus bas niveau d'investissement à l'hôpital depuis les années 2000 était d'environ 7% du budget hospitalier (données DREES 2018, recettes tous budgets confondus). Il se situait en 2018 à 4,8%.

La FHF propose que le budget dédié à la santé soit augmenté de telle façon qu'un plancher de 7% du budget puisse être dédié à l'investissement, ce qui représente une hausse de 2 milliards d'euros par an.

- **Simplifier radicalement et sans attendre la facturation des soins à l'hôpital pour consacrer toutes les énergies au soin et renforcer l'égalité entre les patients**

Une simplification radicale des modes de facturation permettrait de libérer durablement du temps administratif pour le redéployer sur du temps soignant.

La FHF propose la mise en œuvre rapide d'une facturation directe à l'assurance maladie obligatoire de 100% toutes les prestations de soins (y compris les prestations de chambres particulières), à charge pour celle-ci de refacturer la part qui leur incombe aux organismes complémentaires. Cela permettrait d'alléger le temps actuellement consacré à la facturation et de redéployer ce temps au niveau des services de soins.

Une facturation directe à l'assurance maladie obligatoire à 100% permettrait également d'améliorer l'accès aux soins. On sait en effet que la difficulté pour un patient d'anticiper son niveau de reste à charge peut jouer sur le recours aux soins. Certaines catégories de patients, parfois précaires, se retrouvent également avec un reste à charge très élevé du fait de règles de calcul qui concentrent la contribution individuelle des patients sur certains d'entre eux, sans motif de santé publique.

- **Rattraper le retard en matière de financement pour la psychiatrie publique et les soins de suite et de réadaptation publics, et abandonner enfin un mode de financement devenu archaïque**
- **Refonder la politique en matière de produits de santé, en sécurisant leur production et leur accès**

### **3. REVALORISER LES METIERS ET LES CARRIERES DES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET MEDICO-SOCIAUX A LA HAUTEUR DE LEUR UTILITE SOCIALE ET DE LEUR ENGAGEMENT POUR LE SERVICE PUBLIC DE SANTE**

- **Réaliser le choc d'attractivité :**
  - **Immédiatement, au lieu de mettre des « primes rustines » qui posent plus de problèmes que de solutions (cf périmètre du qui y a droit et à quelle hauteur), revaloriser les débuts de carrière des métiers identifiés comme prioritaires et dont le salaire actuelle est inférieur à l'utilité sociale (agent des services hospitaliers, aides-soignants, infirmiers, agents d'entretien qualifié notamment),** les plus marqués par les difficultés de recrutement, en fusionnant les premiers échelons, permettant un gain immédiat significatif.
  - Identifier des objectifs de revalorisation et réactualiser les grilles indemnitaires en fusionnant les premiers échelons, accélérant ou en rythmant plus significativement la progression de carrière et créant de nouveaux échelons pour la fin de carrière.
  - Renforcer l'approche « métier » autour des corps et supprimer les grades pour construire des grilles de progression de carrière plus longues et plus lisibles, simplifier la structure de la fonction publique hospitalière et déplafonner les carrières (dont les grades pour la plupart ne correspondent plus aujourd'hui à de véritables nouvelles responsabilités.)
- **Créer un régime indemnitaire structuré, lisible valorisant l'engagement individuel, les projets conduits collectivement et la fonction managériale - à tous les échelons cf cadre de santé, cadre supérieur de pôle, chef de service).** Le régime indemnitaire actuel est très touffu, peu lisible et compréhensible, comptant plus d'une centaines de primes et d'indemnités, résultat de l'ajout, année après année, de nouvelles primes et indemnités spécifiques sans refonte structurelle d'ensemble.  
**Afin de valoriser l'engagement et pour laisser des marges de manœuvre aux responsables, la FHF propose une typologie de 3 primes communes à l'ensemble des corps : prime d'engagement individuel, prime d'intéressement collectif et prime de responsabilité managériale et/ou d'expertise pour les corps d'encadrement.**
- **Proposer une carrière médicale hospitalière souple et valorisante, adaptée aux attentes des praticiens** - la FHF propose la création de **deux nouveaux échelons en fin de carrière**, la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif la **reconnaissance du temps consacré à des activités non cliniques** et est favorable à des aménagements de la prime d'engagement pour en faire un outil adaptable au niveau du GHT - **mais aussi aux besoins de santé de la population** - la FHF propose une obligation de participation à la permanence des soins pour

l'ensemble des médecins et chirurgiens exerçant une discipline à garde lorsque la situation sur le territoire le justifie, **tout en revalorisant la rémunération des gardes**

- **Mieux accompagner les carrières hospitalo-universitaires**
- **Engager une réflexion sur le rôle essentiel et les compétences des professions paramédicales** : Engager un chantier sur le métier et le rôle des infirmiers, y compris le socle de la formation infirmière ; promouvoir les pratiques avancées, et plus largement le rôle de coordination des infirmiers dans la construction et la fluidité des parcours de soins ; valoriser le rôle d'accompagnement de la personne des aides-soignants, par exemple avec la création d'un grade d'aide soignants référents, assurant le management de proximité d'une équipe d'AS /ASH
- **Tirer les leçons de la crise en termes de formation médicale initiale**  
La réactivité et l'adaptabilité des établissements hospitaliers pendant l'épidémie de COVID-19 ont particulièrement démontré l'importance de certains aspects de l'exercice médical à l'hôpital, notamment le besoin de compétences transversales, complémentaires de la spécialisation croissante **de la profession médicale. Un travail d'actualisation des maquettes de DES devrait être engagé dans ce cadre. La FHF rappelle son attachement à la mise en place d'une formation spécialisée transversale (FST) de médecine polyvalente.**
- Améliorer à long terme le cadre de travail des professionnels hospitaliers et médico-sociaux et renforcer l'accompagnement individuel de la construction du parcours professionnel

#### **4. REFONDER LA POLITIQUE GRAND AGE – AUTONOMIE**

*Transformer l'offre, renforcer les effectifs et les compétences, investir, développer le numérique*

- **Lancer enfin le grand plan d'investissements fléchés sur le secteur public**
- **Renforcer les effectifs**
- **Faire bénéficier le secteur public des mêmes abattements de charges sociales que le privé**
- Développer **le numérique** dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- **Simplifier et rendre davantage cohérente la gouvernance du secteur médico-social** :
  - ARS pour les établissements sociaux et médico-sociaux (afin de permettre une cohérence sanitaire pilotée par les ARS-médico-social que les ARS doivent pouvoir aussi piloter, enjeu d'égalités entre les territoires)
  - collectivités locales pour l'accès aux droits individuels (APA, ASH...) l'adaptation de la ville et du logement, les problématiques de mobilité si importantes pour la vie sociale des personnes âgées

#### **5. REFONDER L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES SUR LA BASE DE LA RESPONSABILITE POPULATIONNELLE ET DU SERVICE PUBLIC DE SANTE**

*Renforcer la place de la prévention, de la santé publique et les coopérations*

- **Construire au niveau national et sur les territoires une véritable politique d'éducation à la santé et de prévention**, déclinée dans chaque territoire et portée par les acteurs de la santé, les collectivités territoriales, les écoles, etc.

- **Favoriser une régulation territoriale basée sur la coopération et organisée en filières de soins, de la prévention à la prise en charge aiguë spécialisée.** Ce travail suppose un engagement de tous les acteurs sur le territoire (hospitalier, ville, domicile, médico-social) autour d'un véritable projet territorial de santé.  
**Dans ce cadre, les GHT doivent être consolidés ; ayant prouvé leur capacité opérationnelle (gestion des lits sur des territoires entiers, organisation des filières) dans la gestion de la crise du Covid, leur capacité d'action sera reconnue par un renforcement de leur capacité décisionnelle et l'augmentation de leur champ de compétence**
- **Mener cette régulation en se basant sur des objectifs de qualité des soins, intégrés de manière plus forte à la stratégie des établissements et à leur financement.** Les filières de soins définies doivent être le fondement stratégique de l'action hospitalière et l'amélioration continue des pratiques de soins sa déclinaison opérationnelle. **La place de la pertinence doit être repensée** afin de mieux correspondre aux besoins du patient et d'éviter des actes non pertinents. Il s'agit de repenser politique de soins en alliant effectivement : sécurité - qualité - pertinence - financement : garantie du meilleur soin au meilleur coût et en toute sécurité.
- **Créer des objectifs régionaux d'assurance maladie pour une meilleure prise en compte des caractéristiques de santé publiques sur les territoires et lutter contre les inégalités**
- **Renforcer la place de la médecine de ville, des pharmaciens et des paramédicaux de ville comme première ligne de l'offre de soins,** ce qui implique la constitution obligatoire en CPTS, elles-mêmes fédérées à un niveau départemental, et leur participation au projet territorial de santé prévoyant notamment le rôle de chaque acteur dans le parcours, construisant les chemins cliniques pour les pathologies chroniques ou certaines catégories de population, et favorisant la connaissance et la coopération entre les professionnels.  
Les CPTS doivent avoir la responsabilité d'organiser des plages dédiées de consultations non programmées avec l'ensemble des professionnels libéraux sur le territoire et d'organiser la permanence des soins ambulatoires. Enfin, renforcer la ligne de la ville doit permettre d'assurer son accessibilité dans le temps en établissant une régulation et orientation téléphoniques via un numéro unique santé. Il est nécessaire d'avoir un seul point d'entrée santé via un numéro unique et régulateur médical, constituant la plateforme santé centrée sur l'orientation vers la bonne offre de soins.
- **Donner une véritable place aux hôpitaux de proximité** (centres de périnatalité ; antennes de médecine d'urgence ; soins de support en appui des établissements de recours en oncologie, dans une logique de projet territorial fonction des besoins de la population ; projets de santé publique et d'éducation thérapeutique - prévention et maîtrise du diabète de l'insuffisance cardiaque, alcoolologie et tabacologie projets d'appui aux acteurs de ville et du médico-social : appui et hébergement de maisons de santé pluridisciplinaires, déploiement d'équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, partage de moyens logistiques - blanchisserie restauration services techniques- et humains avec les EHPAD et les ESMS handicap - équipe mutualisée d'IDE de nuit, médecins coordonnateurs ou prescripteurs partagés)
- **Faire des parcours de psychiatrie et de santé mentale une priorité et un exemple pour la coordination des acteurs sur un territoire**
- **Prendre des mesures spécifiques, pragmatiques et immédiates pour l'outre-mer**
- **Poursuivre le développement de la télémédecine et faire émerger un système d'information territorial**

## 6. REFONDER LA POLITIQUE EUROPEENNE

### *Faire de la santé un élément de la politique industrielle européenne*

- Des ressources renforcées et **une meilleure articulation entre les deux organismes multilatéraux de veille les plus importants (l'OMS et l'ECDC) pour accroître les moyens de veille épidémiologique** ainsi qu'un meilleur calibrage des informations disponibles sur **les systèmes de santé**, pertinentes pour les situations de crise, par exemple le nombre de lits de soins intensifs.
- **Des réponses industrielles** dans certains secteurs clés de la protection des professionnels, des dispositifs médicaux et médicaments, mais également en matière de digitalisation.
- **Des réponses économiques** en intégrant la composante sanitaire dans les futurs plans stratégiques.