

7e CONGRES ANNUEL DE LA FHF NORMANDIE

La stratégie solidaire publique en action

Construire ensemble une réponse durable
aux enjeux de santé des Normands

ACTES DU CONGRÈS : Discours *introductionnels*

Date : Vendredi 4 septembre 2026

Lieu : Hangar 10, Rouen

Organisation : FHF Normandie

Modération : Michel Jérôme, animateur à ICI Normandie

Ouverture du Congrès

Le 7e Congrès annuel de la FHF Normandie s'est tenu le 4 septembre 2026 à Rouen, autour du thème « La stratégie solidaire publique en action ». La séquence introductive a posé le cadre de la journée : face aux transformations démographiques, sanitaires, sociales, financières et climatiques, la coopération entre acteurs publics ne peut plus rester ponctuelle. Elle doit devenir une méthode durable d'organisation au service des besoins de la population.

Les intervenants

- Michel Jérôme, animateur à ICI Normandie et modérateur du Congrès.
- Christophe Bouillon, président de la FHF Normandie.
- Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France.
- Mathias Ott, directeur général de l'Agence régionale de santé Normandie.

Les messages structurants

- Faire de la solidarité un principe concret d'organisation, et non une simple affirmation de valeurs.
- Construire l'offre à partir des besoins des Normands et des parcours, plutôt qu'à partir des seules frontières institutionnelles.
- Passer d'une juxtaposition d'établissements à des stratégies territoriales fondées sur la gradation, la complémentarité et la responsabilité populationnelle.
- Préserver la vocation universelle du service public, tout en renforçant sa capacité d'investissement et son attractivité.
- Adapter sans attendre les établissements sanitaires et médico-sociaux au changement climatique.

NOTE ÉDITORIALE : Cette restitution a été élaborée à partir de l'enregistrement audio. Elle respecte le sens et l'argumentation des interventions tout en supprimant les hésitations, répétitions et apartés propres à l'oral. Les données chiffrées et prises de position restent attribuées aux intervenants.

DISCOURS INTRODUCTIF

Michel Jérôme

Animateur à ICI Normandie - Modérateur du Congrès

Sept années de fidélité et de coopération

Michel Jérôme accueille les participants en soulignant la fidélité réciproque qui le lie à la FHF Normandie. Depuis sept ans, il accompagne le rendez-vous annuel de la Fédération. Il rapproche avec humour ce septième anniversaire des « noces de laine » : une matière solide et tissée, à l'image des coopérations déjà engagées entre les établissements et appelées à occuper le cœur des échanges.

Il présente ensuite le déroulement de la journée et invite les participants à prendre part aux temps de débat prévus après chaque table ronde. Il rappelle que les interventions de la scène comme celles du public sont enregistrées, afin de conserver une trace du Congrès et d'en partager les enseignements.

Enfin, il invite chacun à profiter des temps de pause pour rencontrer les partenaires et exposants, avant de donner la parole à Christophe Bouillon pour l'ouverture institutionnelle du Congrès.

LE FIL PROPOSÉ PAR L'ANIMATEUR : *Une journée de réflexion et d'échanges consacrée à des coopérations « solides » et déjà tissées dans les territoires normands.*

DISCOURS INTRODUCTIF

Christophe Bouillon

Président de la FHF Normandie

Trois mots : stratégie, solidarité, action

Christophe Bouillon salue Zaynab Riet, dont il rappelle l'attachement à la Normandie, ainsi que Mathias Ott, récemment arrivé à la direction générale de l'ARS et déjà engagé dans de nombreuses visites de terrain. Il rend également hommage à l'action d'Emmanuelle Jeandet-Mengual, qui l'a précédé à la présidence régionale et continue de contribuer aux travaux de la FHF au niveau national.

Il structure son propos autour de trois mots : stratégie, solidarité et action. La stratégie consiste à regarder plus loin, à anticiper et à garder un cap. Les thèmes retenus au fil des congrès précédents - attractivité, transition écologique, prévention et organisation territoriale notamment - témoignent, selon lui, de cette volonté de prendre un temps d'avance et d'éclairer l'action des établissements.

La solidarité renvoie à l'idée d'appui mutuel et de solidarité collective. L'ambition ne peut devenir réalité que si les établissements s'épaulent et organisent ensemble leurs complémentarités. L'action constitue enfin le fil rouge du Congrès : les chartes, manifestes et feuilles de route n'ont pas vocation à remplir des tiroirs, mais à donner des impulsions concrètes aux équipes et aux territoires.

Le Manifeste comme cap commun

Le président revient sur le Manifeste pour une stratégie solidaire des hôpitaux publics normands, adopté en décembre 2025. Celui-ci porte une ambition centrale : garantir à chaque habitant de la région un accès équitable à des soins d'excellence, quels que soient son âge, son lieu de résidence ou sa condition sociale.

Cette ambition prend appui sur les réalités propres à la Normandie : vieillissement de la population, faible natalité, disparités sociales et territoriales, inégalités de santé et besoins importants en santé mentale, oncologie, urgences, perte d'autonomie, périnatalité et pédiatrie. Pour Christophe Bouillon, la méthode doit toujours consister à partir des besoins des Normands.

Il rappelle les cinq principes qui structurent le Manifeste :

- L'équité et la solidarité, afin d'assurer à chacun un droit effectif à la santé ;
- La gradation, pour proposer le bon soin, au bon endroit et au bon moment ;
- La coopération, en privilégiant la mutualisation et en dépassant les concurrences ;
- La subsidiarité, pour agir au plus près des besoins et des territoires ;
- L'esprit de service public, fondé sur la qualité, la proximité, l'accessibilité et la solidarité.

Le service public, une réponse moderne aux inégalités

Christophe Bouillon refuse l'idée selon laquelle le service public serait une notion dépassée. Il y voit au contraire une réponse moderne aux fractures de la société et un instrument essentiel de réduction des inégalités. Alors que la santé figure au premier rang des préoccupations des Français, la FHF doit continuer à rétablir les faits, à défendre l'hôpital public et à combattre les représentations qui l'affaiblissent.

Des premières traductions concrètes

La feuille de route « Bien vieillir en Normandie », structurée autour de dix propositions, constitue une première illustration de cette stratégie. Les coopérations en santé mentale en sont une autre. Ces démarches doivent être connues, partagées et reproduites lorsqu'elles apportent des réponses utiles.

La réussite suppose la mobilisation de tous : élus, directions, présidences de CME, professionnels, représentants des usagers et ARS. Elle exige aussi une information transparente de la population, des financements orientés vers les coopérations et les expérimentations utiles, ainsi qu'un dialogue à la fois constructif et exigeant avec l'Agence régionale de santé.

Faire de la coopération la règle, y compris face au climat

Les crises récentes ont montré la capacité des établissements à décroiser leurs organisations et à mutualiser leurs moyens. Cette agilité, observée pendant la crise sanitaire puis lors des épisodes caniculaires de l'été 2026, ne doit plus rester exceptionnelle. Christophe Bouillon salue la débrouillardise des équipes, tout en appelant à capitaliser les retours d'expérience et à dégager les financements indispensables au confort d'été.

Le dérèglement climatique transforme durablement les conditions d'accueil et de travail. La Charte régionale de la transition écologique, engagée deux ans auparavant, commence à produire des résultats et à mobiliser les établissements. Il faut poursuivre cette dynamique, adapter le patrimoine et investir à la hauteur des enjeux.

En conclusion, le président appelle à passer du verbe à l'action, à faire connaître les réalisations pour favoriser leur diffusion et à utiliser le Manifeste comme un guide quotidien. La santé est un bien commun ; l'hôpital public normand en est l'un des garants. Aucune personne ne doit subir une perte de chance en raison de son lieu de vie, de sa situation sociale ou de son handicap.

MESSAGE DE CONCLUSION : *Donner corps à l'ambition collective : faire de la santé un bien véritablement commun et traduire la stratégie solidaire en actions visibles pour la population.*

DISCOURS INTRODUCTIF

Zaynab Riet

Déléguée générale de la Fédération hospitalière de France

La reconnaissance de l'engagement normand

Zaynab Riet dit son plaisir de retrouver les acteurs normands et transmet les salutations d'Arnaud Robinet, président de la FHF. Elle remercie les responsables régionaux pour leur engagement et souligne la contribution importante de la FHF Normandie aux réflexions nationales.

Le changement climatique, une urgence sanitaire immédiate

Son intervention s'ouvre par une pensée pour les personnes touchées par les canicules et les incendies de l'été, ainsi que pour les équipes hospitalières et médico-sociales qui ont organisé les prises en charge et les transferts. Ces crises ont révélé la force du service public et sa capacité à unir rapidement les moyens disponibles.

Cependant, l'engagement et l'ingéniosité des professionnels ne pourront pas compenser indéfiniment l'inadaptation d'une partie du patrimoine. Le dérèglement climatique n'est plus une menace lointaine : il constitue une urgence de santé publique. La FHF défend une approche pragmatique : ne pas refuser la climatisation par principe, mais ne pas croire non plus qu'elle suffira. Il faut agir simultanément sur les équipements et sur le bâti, notamment par l'isolation, la protection solaire, la ventilation et la végétalisation.

UNE DISTINCTION ESSENTIELLE : *Répondre à l'urgence est indispensable, mais ne constitue pas à lui seul une stratégie d'adaptation.*

Un hôpital public très sollicité

Zaynab Riet replace ensuite la stratégie solidaire dans le contexte national de dégradation de l'accès aux soins. Elle cite une enquête selon laquelle 73 % des Français déclareraient avoir renoncé à au moins un acte de soins au cours des cinq dernières années, principalement en raison de délais d'attente trop longs. Près d'une personne sur deux indiquerait également s'être déjà rendue aux urgences faute d'alternative adaptée.

Dans ce contexte, l'hôpital public compense une partie des défaillances du système et continue de répondre présent. Elle rappelle une progression de son activité proche de 5 % en 2025 et souligne son poids dans les missions les plus exigeantes : permanence des soins, greffes, accouchements, réanimation, cancérologie, recherche et publication scientifique.

Elle insiste néanmoins sur la profonde dégradation financière du secteur, dont le déficit national est estimé à environ 2,3 milliards d'euros en 2025. Se référant aux analyses de l'IGAS et de l'IGF, elle attribue cette situation à des chocs extérieurs et à un sous-financement structurel, plutôt qu'à une mauvaise gestion des établissements.

Rechercher des économies intelligentes

Pour la déléguée générale, les marges d'efficience ne se trouvent plus dans des économies aveugles. Elles résident dans la capacité à mieux organiser les parcours à l'échelle territoriale, à structurer les filières médico-soignantes et à renforcer les coopérations.

La stratégie portée en Normandie démontre ici sa pertinence. Elle consiste à ne plus raisonner établissement par établissement, mais à organiser collectivement l'offre autour des besoins de la population. Coopérer ne signifie pas tout mutualiser ou tout concentrer : il s'agit de mieux graduer l'offre, de structurer les filières, de partager les compétences, d'éviter l'épuisement des équipes et de sécuriser la continuité des parcours.

Ces coopérations peuvent produire des gains qui améliorent réellement le service rendu. Elles ont toutefois besoin d'une vision de long terme et de moyens cohérents avec les ambitions affichées.

Donner de la visibilité par la programmation

Zaynab Riet appelle à sortir des ajustements budgétaires annuels pour construire une trajectoire pluriannuelle. La FHF défend une loi de programmation en santé ainsi qu'une loi permettant de préparer la société de la longévité. Programmer signifie partir des besoins de la population et donner aux acteurs la visibilité nécessaire pour agir.

Les besoins de rénovation énergétique des établissements sanitaires et médico-sociaux étant considérables, la FHF renouvelle sa demande de création d'un fonds vert qui leur soit spécifiquement dédié.

Cette ambition doit trouver une première traduction dès l'automne dans le PLFSS pour 2027. Elle salue, pour finir, les établissements normands qui ont déjà commencé à agir collectivement et concrètement, et les invite à poursuivre leurs travaux.

MESSAGE DE CONCLUSION : *Un cap de long terme, des moyens programmés et une solidarité territoriale sont nécessaires pour transformer les ambitions en actes.*

DISCOURS INTRODUCTIF

Mathias Ott

Directeur général de l'Agence régionale de santé Normandie

La FHF Normandie, partenaire, aiguillon et vigie

Pour sa première participation au Congrès régional depuis sa prise de fonctions en avril 2026, Mathias Ott salue le rôle de la FHF Normandie. Elle porte la voix des établissements publics, fait remonter les réalités de terrain et joue auprès des pouvoirs publics un rôle d'aiguillon et de vigie. Si les positions ne sont pas toujours identiques, l'essentiel est partagé : défendre et faire évoluer le service public de santé en Normandie.

Parmi les trois termes du Congrès, il choisit de mettre l'accent sur la solidarité, qu'il entend faire vivre comme un fil rouge de son action. Le système de santé ne peut plus être organisé comme une juxtaposition d'établissements chargés de répondre isolément à tous les besoins de leur territoire.

Premier défi : le vieillissement et la complexité des parcours

D'ici 2035, le nombre de Normands âgés de plus de 75 ans devrait augmenter de 50 %, soit plus de 170 000 personnes supplémentaires. Cette évolution entraînera davantage de maladies chroniques, de pertes d'autonomie et de parcours complexes.

Pour les personnes accompagnées, les frontières entre l'hôpital, la ville et le médico-social ont de moins en moins de sens. C'est donc aux acteurs de s'organiser autour des parcours, et non aux patients de s'adapter aux organisations existantes.

Deuxième défi : le renouvellement des professionnels

S'appuyant sur une étude de l'Insee et de l'ARS, Mathias Ott souligne l'ampleur des départs attendus d'ici 2035 : environ 8 000 infirmiers, 8 000 aides-soignants et 3 000 médecins salariés actuellement en exercice pourraient cesser leur activité. L'augmentation du nombre de médecins formés permettra d'en compenser une partie, mais le défi du renouvellement et de la fidélisation restera majeur.

Il relève que, depuis deux ans, les installations de médecins généralistes compensent légèrement les départs en Normandie. Il mentionne également l'arrivée annoncée de 169 docteurs juniors en médecine générale à compter de novembre, qui représente à la fois une chance et un enjeu de fidélisation pour les territoires.

Troisième défi : restaurer les capacités financières

Le directeur général de l'ARS indique que le déficit des établissements de santé normands s'est établi à un peu plus de 65 millions d'euros en 2025, en amélioration par rapport à 2024. Il attire surtout l'attention sur l'accumulation d'environ 500 millions d'euros de dettes sociales et fiscales, situation particulièrement préoccupante à l'échelle nationale.

L'équilibre financier ne constitue pas une fin en soi ni l'unique objectif des politiques de l'ARS. Il demeure toutefois une condition pour investir, moderniser les bâtiments et équipements et améliorer le service rendu. La réponse passe notamment par des mutualisations et des complémentarités renforcées en biologie médicale, dans les pharmacies à usage intérieur, les blocs opératoires et les autres plateaux techniques.

Quatrième défi : qualité, sécurité et gradation

La littérature établit, notamment en chirurgie des cancers et dans d'autres activités techniques, une corrélation entre le volume d'activité, la qualité et la sécurité. Le développement des seuils réglementaires conduit donc à organiser plus clairement la gradation entre proximité et recours.

Cela peut nécessiter des exercices multi-établissements afin de maintenir les compétences et l'attractivité médicale. Chaque établissement doit continuer à progresser en performance et en efficacité, termes que Mathias Ott distingue explicitement de la rentabilité et qu'il associe à l'amélioration du service rendu.

Une nouvelle étape pour les coopérations territoriales

La solidarité est indissociable de la vocation universelle du service public : l'hôpital public accueille sans choisir ses patients et sans les trier selon leur origine ou leur situation. Elle implique également la complémentarité : tous les établissements n'ont pas à faire partout les mêmes choses de la même manière.

L'ARS a engagé avec chaque GHT un travail adapté aux réalités locales. Mathias Ott cite notamment une équipe médicale territoriale pour les urgences dans le Calvados, une organisation plus graduée de la chirurgie entre Le Havre, Fécamp et Lillebonne, ainsi que des équipes territoriales pour les urgences et la gynécologie-obstétrique dans l'Orne.

Dix ans après leur création, les GHT doivent selon lui franchir une nouvelle étape d'intégration. La Normandie, région à taille humaine et dotée d'une forte identité, doit pouvoir jouer un rôle moteur au plan national. Cette logique doit aussi concerner le médico-social, avec douze projets de groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux engagés. Les GHT et les GTSMS sont des outils différents mais complémentaires, ce qui appelle un effort de pédagogie.

Réduire les inégalités et renforcer les responsabilités partagées

Les inégalités de santé restent fortes en Normandie. Les conditions de vie et de travail, les comportements de santé, les expositions environnementales et l'accès à la prévention ou au dépistage ont des conséquences directes en termes de perte de chance.

Le cancer en constitue une illustration majeure : environ 19 000 cas sont diagnostiqués chaque année dans la région, avec une surmortalité annoncée comme supérieure de 9 % à la moyenne nationale. Dans ce domaine, le directeur général de l'ARS souhaite renforcer le rapprochement entre l'hôpital public et les centres de lutte contre le cancer, à Caen comme à Rouen.

La responsabilité territoriale doit également conduire à travailler avec les acteurs privés lorsque cela est nécessaire. Il cite les coopérations engagées à Alençon autour d'un plateau technique chirurgical commun et dans le bassin caennais pour l'organisation des urgences. Il demande que le secteur privé prenne pleinement sa part dans la permanence des soins et dans la médecine d'urgence.

Construire une doctrine régionale d'adaptation climatique

Revenant sur les quatre épisodes de canicule ayant touché la Normandie, Mathias Ott constate que le système sanitaire et médico-social a tenu, parfois au prix de difficultés et d'une forte mobilisation. Il faut désormais anticiper la multiplication de ces événements.

Les établissements doivent s'équiper lorsque cela est nécessaire, mais surtout intégrer le défi climatique dans leurs politiques d'investissement. L'ARS souhaite élaborer avec les acteurs une doctrine régionale précisant

les espaces à rafraîchir ou à climatiser dans les hôpitaux et les EHPAD, au-delà des seuls secteurs de soins critiques.

Cette doctrine doit permettre d'adapter les investissements régionaux, dont 455 millions d'euros mobilisés dans le cadre du Ségur, avec le soutien de la Région Normandie, et de préparer les projets à conduire jusqu'en 2035.

Une santé sans frontières institutionnelles

Pour conclure, Mathias Ott reprend la formule de Pasteur selon laquelle « la science n'a pas de patrie ». De même, la santé ne doit pas connaître de frontières institutionnelles. Elle s'inscrit dans des territoires et s'appuie sur un outil : la solidarité, qui permet de mutualiser les compétences et de faire vivre les coopérations.

Il assure les établissements de sa détermination, de son exigence et de son énergie pour les accompagner, avant de conclure : « Vive la FHF, vive l'hôpital public, vive le service public ! »

MESSAGE DE CONCLUSION : *Faire de la solidarité le fil rouge d'une organisation régionale plus intégrée, plus complémentaire et pleinement orientée vers les besoins de la population.*

Ce que les discours introductifs ont posé

Les trois interventions institutionnelles convergent vers une même idée : la stratégie solidaire publique doit désormais devenir une méthode ordinaire de transformation du système de santé normand.

- Un cap : garantir un accès équitable à des soins et accompagnements de qualité sur l'ensemble du territoire.
- Une méthode : partir des besoins de la population et des parcours, organiser la gradation et partager les compétences.
- Une exigence : préserver la vocation universelle du service public et associer tous les acteurs à la transformation.
- Des conditions : une programmation pluriannuelle, des financements adaptés, une information transparente et une gouvernance claire.
- Une urgence « nouvelle » : adapter le patrimoine sanitaire et médico-social au changement climatique.

Ces orientations ont constitué le point de départ des quatre tables rondes consacrées successivement à la nécessité d'une stratégie solidaire, à la transformation des parcours des usagers, à l'attractivité du service public et aux leviers permettant de faire vivre la coopération dans les territoires.

Source et méthode

Document établi à partir de la transcription de l'enregistrement audio des discours introductifs du Congrès et du programme officiel de la manifestation. Les formulations ont été réorganisées et réécrites pour la lecture, sans modifier le sens des propos. Lorsque des chiffres sont mentionnés, ils sont restitués comme ayant été cités par l'intervenant concerné.

CONGRÈS FHF NORMANDIE 2026

La stratégie solidaire publique en action

Actes — Table ronde 1

Pourquoi une stratégie solidaire publique aujourd'hui ?

Animation	Michel Jérôme, animateur radio ICI Normandie
Intervenants	Bertrand Cazelles • Augustin Hérault • Valérie Billard • Clémence Roucan

Face au vieillissement de la population, à la progression des maladies chroniques, aux tensions professionnelles, aux contraintes budgétaires, aux inégalités territoriales et à la transition écologique, cette première table ronde a posé une conviction commune : la coopération n'est plus un choix d'organisation, mais une condition de la qualité, de l'accessibilité et de la pérennité du service public de santé.

Ouverture de la table ronde

Michel Jérôme ouvre les échanges en rappelant le fil conducteur de la journée : trois questions successives, suivies d'une question conclusive et d'un temps d'échange avec la salle. Il invite les intervenants à expliquer pourquoi la coopération est devenue indispensable, ce que les établissements ont à gagner — ou risquent de perdre — en construisant une réponse collective, puis à identifier la transformation à engager en priorité.

1. La coopération : une nécessité pour garantir l'avenir du service public de santé

Bertrand Cazelles — Directeur général adjoint de l'ARS Normandie

Les difficultés auxquelles le système de santé est confronté ne s'arrêtent pas aux portes des établissements. Qu'il s'agisse du vieillissement, des maladies chroniques, de la démographie professionnelle, des contraintes financières ou de la transition écologique, les réponses doivent être organisées à l'échelle des parcours et des territoires.

Le premier enjeu est celui de la qualité des soins. Une personne âgée peut successivement mobiliser son médecin traitant, l'hôpital, un service médical et de réadaptation, le domicile ou un EHPAD. À chaque transition existent des risques de rupture, de perte d'information ou de recours évitable aux urgences. Aucun acteur ne détient seul l'ensemble du parcours : les filières gériatriques, les plateformes d'expertise, les avis spécialisés et les évaluations à domicile permettent précisément de sécuriser ces passages. Il ne revient ni au patient ni à sa famille d'assurer eux-mêmes la coordination du système.

La même logique prévaut pour les maladies chroniques : la coordination entre la ville, l'hôpital et l'ensemble des acteurs facilite l'accès aux spécialistes, le diagnostic précoce et la prévention des épisodes aigus. La coopération entre le CHU de Caen et la CPTS Caen Couronne autour de l'insuffisance cardiaque illustre cette organisation collective centrée sur le patient.

La coopération répond également à la rareté des ressources humaines. Il n'est plus possible de disposer, dans chaque établissement, d'un praticien supplémentaire dans chaque discipline, d'une ligne de garde

additionnelle ou de toutes les expertises rares. Mutualiser la permanence des soins, élargir les équipes territoriales et alléger la contrainte qui pèse sur les professionnels constituent aussi des leviers d'attractivité. Permettre l'accès à une expertise sur chaque territoire ne signifie pas installer un expert partout : le développement de l'anatomopathologie numérique, avec la lecture de lames à distance entre plusieurs établissements normands, en est une illustration concrète.

Valérie Billard — Vice-présidente de la FHF Normandie, directrice du GHT Caux Maritime

La coopération hospitalière n'est pas nouvelle. Les communautés hospitalières de territoire reposaient sur le volontariat ; les GHT, créés en 2016, ont ensuite instauré une obligation. Dix ans plus tard, la coopération ne relève plus seulement du volontariat ou de la contrainte réglementaire : elle est devenue une nécessité.

La responsabilité des établissements, de leurs directions, des présidents de CME et des acteurs de santé est de garantir, dans des territoires très différents, une réponse aux besoins et un accès équitable aux soins. La démarche engagée par la FHF Normandie traduit cette ambition : après un travail d'environ un an pour identifier les forces, les faiblesses et les enjeux régionaux, le manifeste et la feuille de route donnent un cadre commun, décliné en ambitions et en actions concrètes.

Les besoins sont particulièrement visibles dans les zones rurales, davantage touchées par certaines maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension. Il faut y prévenir l'isolement, éviter les ruptures de soins et rendre les parcours lisibles. Cette responsabilité dépasse les seuls établissements publics : la coopération doit associer le secteur médico-social, la médecine de ville et les CPTS, qui offrent aux établissements des interlocuteurs structurés. Sur le territoire du GHT Caux Maritime, un comité réunissant les CPTS, l'hôpital et le dispositif d'appui à la coordination doit ainsi favoriser la construction de parcours partagés.

Enfin, une coopération vivante ne se réduit pas à des conventions. Elle naît souvent d'initiatives humaines et professionnelles très concrètes, puis doit être soutenue par les équipes médicales et les directions. Elle se construit progressivement, au plus près du terrain.

Clémence Roucan — Directrice adjointe du Centre hospitalier public du Cotentin, filière gériatrique Nord-Cotentin

Sa double expérience sanitaire et médico-sociale montre combien ces deux secteurs sont complémentaires, mais aussi combien ils se connaissent encore insuffisamment. Des représentations réciproques peuvent empêcher chacun d'identifier les compétences de l'autre.

Les EHPADs ont développé des savoir-faire importants en matière de prévention, de maintien de l'autonomie, de techniques de transfert et d'approches non médicamenteuses. Ces compétences pourraient davantage bénéficier aux services hospitaliers. Réciproquement, les hôpitaux ne sont pas uniquement des plateaux techniques : leurs équipes mobiles de gériatrie, de psychiatrie ou de soins palliatifs sortent de leurs murs et mettent leur expertise à la disposition du médico-social.

La feuille de route « Bien vieillir en Normandie » ne part donc pas de rien : de nombreuses initiatives existent déjà. L'enjeu est désormais de les rendre visibles, de les mutualiser et de donner aux acteurs les leviers nécessaires pour les porter collectivement au bénéfice des personnes âgées et, plus largement, de tous les patients.

Augustin Hérault — Directeur de cabinet de la Fédération hospitalière de France

Avant d'interroger l'avenir du service public de santé, il faut rappeler pourquoi il doit être préservé. Il forme la majorité des médecins et des professionnels, porte l'excellence, la recherche et l'innovation, et constitue le « bouclier sanitaire de la Nation » lorsque surviennent des crises sanitaires ou climatiques. Surtout, il demeure un acteur déterminant de l'accès aux soins et à l'accompagnement, pour tous, quels que soient le lieu de vie ou les ressources.

Cette mission prend une importance particulière dans un contexte de renoncement aux soins. Selon les données citées au cours de la table ronde, 73 % des Français auraient renoncé à au moins un soin au cours

des cinq dernières années, soit sept millions de personnes supplémentaires en deux ans. Les délais d'attente arrivent en tête des causes, devant les raisons financières puis la distance. En dermatologie, le délai moyen serait passé d'un mois en 2019 à quatre mois et demi, et atteindrait six mois en Normandie.

La diversité du service public — plus de 1 000 hôpitaux publics et environ 3 800 établissements sociaux et médico-sociaux publics — est une richesse parce qu'elle assure un maillage territorial unique. Elle impose en retour d'organiser les complémentarités pour des raisons de qualité, de sécurité et d'efficacité. La « stratégie de groupe public » portée par la FHF doit rester ouverte à la médecine de ville, aux centres de lutte contre le cancer, aux établissements privés et à tous les partenaires utiles. La bonne question n'est donc plus seulement de savoir ce que chaque établissement doit faire, mais comment tous les acteurs peuvent répondre ensemble aux besoins de santé d'un territoire.

La coopération ne consiste pas à reproduire toutes les ressources partout, mais à garantir à chaque patient l'accès au bon niveau de soin et d'expertise.

2. Dépasser l'intérêt de son établissement : ce que chacun gagne, ce que tous risquent de perdre

Valérie Billard

Le premier perdant d'un défaut de coopération est le patient. En oncologie, par exemple, la raréfaction des oncologues peut contraindre certains patients à parcourir une heure de route pour une séance de chimiothérapie de courte durée. La coopération avec les partenaires, notamment les CHU, doit permettre de maintenir ces soins de proximité. Pour les établissements, elle produit aussi des gains d'efficacité devenus indispensables à leur pérennité.

Clémence Roucan

Les EHPAD publics ne pourront pas, isolément, transformer l'image souvent négative que la population porte sur eux, sans toujours distinguer secteur public et secteur privé. Ils ont intérêt à communiquer d'une seule voix sur la qualité de leur travail. C'est le sens du projet normand de référentiel qualité des EHPAD publics, né d'une initiative de professionnels et soutenu par la FHF Normandie. L'objectif est de rendre visible une exigence commune et d'en faire un repère fiable pour la population ; un accompagnement méthodologique et financier est recherché pour mener ce chantier à son terme.

Bertrand Cazelles

Refuser de coopérer conduirait à maintenir partout les mêmes organisations, les mêmes lignes de garde et les mêmes expertises rares, alors même que les professionnels, les volumes d'activité et les ressources financières ne le permettent plus. À vouloir tout conserver partout, chaque établissement risque d'être fragilisé et le collectif pourrait finir par perdre l'essentiel : une offre de soins pérenne, sûre et accessible.

Augustin Héroult

Une stratégie territoriale ne doit pas opposer des établissements gagnants à des établissements perdants : chacun doit y trouver un intérêt, le premier bénéficiaire restant le patient. Dans un contexte de déficits largement liés à des facteurs exogènes — inflation et sous-financement de mesures de ressources humaines notamment — les économies réalisées isolément dans les établissements ont atteint leurs limites. Les efforts doivent désormais être pensés à l'échelle territoriale : gradation des soins, mutualisation de certaines fonctions comme les achats, sécurisation de l'offre et économies d'échelle. Il s'agit de construire des économies intelligentes plutôt que d'imposer des réductions aveugles.

3. La transformation la plus urgente à engager collectivement

Bertrand Cazelles — Faire entrer les GHT dans une deuxième génération

La circulaire relative aux GHT ne doit pas être lue uniquement sous l'angle des directions communes. Elle ouvre surtout la voie à une nouvelle étape, après une première période centrée sur les fonctions supports, les organisations communes et les mutualisations. La priorité est désormais de développer les équipes médicales de territoire, de structurer les filières, d'organiser la gradation des soins et de sécuriser les parcours.

Des équipes territoriales existent déjà en Normandie, notamment dans les urgences et la cardiologie. Il faut aller plus loin, malgré les questions de leadership ou de concurrence médicale que ces évolutions peuvent susciter. C'est à ce niveau que se trouvent les bénéfices les plus structurants pour les patients, les professionnels et l'organisation des établissements.

Clémence Roucan — Sortir de la gestion permanente de crise

Les crises, qu'il s'agisse de la Covid-19 ou des épisodes de canicule, montrent que les acteurs savent coopérer lorsqu'ils n'ont plus le choix. La transformation urgente consiste à ne plus attendre l'urgence : il faut prendre du recul, dégager du temps pour la stratégie et bâtir ensemble des réponses de long terme.

Valérie Billard — Passer d'une logique de structures à une logique de parcours

Les établissements, notamment les établissements supports, doivent sortir de leurs murs et assumer avec les autres acteurs une responsabilité dans la coordination des parcours. Il ne s'agit pas de tout prendre en charge, mais de créer les conditions d'une réponse collective et lisible. La prévention constitue l'autre urgence : sans action résolue en amont, dès l'éducation et tout au long de la vie, il sera difficile de préserver durablement le système de santé.

Augustin Hérault — Inscrire la santé dans une programmation pluriannuelle

Pour sortir de la gestion de crise, la FHF défend une loi de programmation en santé. Le pilotage ne peut rester limité à une enveloppe budgétaire annuelle à laquelle les acteurs doivent s'adapter. Il doit partir d'objectifs de santé publique — vieillir plus longtemps en bonne santé, réduire les délais d'accès aux soins, l'obésité ou le nombre de suicides — et organiser sur cinq ou dix ans les moyens nécessaires à leur réalisation.

L'adaptation des établissements au changement climatique illustre ce besoin de visibilité. Les ordres de grandeur cités à partir des travaux de l'IGAS atteignent entre un et 2,5 milliards d'euros d'investissement par an jusqu'en 2050. Sans programmation et sanctuarisation, l'investissement devient la première variable d'ajustement lorsque les contraintes financières se renforcent. Une trajectoire pluriannuelle permettrait au contraire aux établissements d'engager les transformations nécessaires.

Le regard de l'animateur

Michel Jérôme illustre avec humour la difficulté de transformer une identité commune en coopération réelle, à partir de l'expérience des médias publics régionaux réunis sous la marque « Ici Normandie ». Le rapprochement institutionnel et le partage d'un nom ne suffisent pas : la collaboration reste un travail concret, patient et continu.

4. Question flash : le pilier indispensable d'une stratégie solidaire

Intervenant	Pilier retenu
Clémence Roucan	La connaissance et la confiance mutuelle : reconnaître les savoir-faire de l'autre et accepter d'apprendre les uns des autres.
Valérie Billard	L'engagement : instaurer la confiance, puis inscrire la coopération dans la durée au-delà des volontés individuelles.
Augustin Hérault	La confiance : elle rend possible un cap commun et permet d'avancer rapidement et solidement.
Bertrand Cazelles	Le pragmatisme : ne pas idéaliser un modèle unique, mais inventer des coopérations adaptées aux réalités métropolitaines, rurales ou littorales.

5. Échange avec la salle : associer pleinement les élus

Emmanuelle Jeandet-Mengual relève que les échanges ont peu fait entendre la voix des élus et des médecins. Forte de son expérience des démarches de coopération, elle rappelle que les élus peuvent être moteurs, mais aussi exprimer des résistances : leur place doit donc être explicitement pensée.

Augustin Hérault

La FHF partage pleinement cette exigence. Les élus connaissent leur territoire et sont directement interpellés par leurs administrés sur l'accès aux soins, même lorsque la santé ne relève pas formellement des compétences communales. Le dialogue avec eux est donc indispensable. Les Universités d'été de la FHF consacrées à la promesse de l'accès aux soins devaient d'ailleurs leur donner une place centrale.

Bertrand Cazelles

On ne construit pas une politique de santé sans les élus. Il faut les écouter, les associer et faire preuve de pédagogie, de tact et de mesure dans les réorganisations. Leur objectif est aussi de préserver sur leur territoire une offre pérenne, stable, sûre et résiliente. Or la dispersion des moyens ne garantit pas nécessairement cette pérennité à moyen terme.

Valérie Billard

Les difficultés naissent souvent lorsque le terrain n'a pas été suffisamment préparé. Les coopérations qui apportent des moyens supplémentaires sont généralement bien reçues ; les transformations plus sensibles, comme le passage d'un service d'urgence à une antenne, peuvent légitimement inquiéter les élus et la population. Elles doivent être expliquées et construites en amont, avec l'ensemble des acteurs : un directeur d'établissement ne peut porter seul ce dialogue.

Conclusion

Cette première table ronde fait apparaître une convergence forte : la stratégie solidaire publique est d'abord une stratégie au service des patients et des habitants. Elle suppose de passer des structures aux parcours, de la juxtaposition des moyens à leur organisation territoriale, et de la réponse en urgence à une programmation de long terme. Elle ne pourra toutefois réussir sans confiance entre les acteurs, engagement durable, pragmatisme et association étroite des professionnels, des élus et des partenaires de chaque territoire.

CONGRÈS FHF NORMANDIE 2026

La stratégie solidaire publique en action

Actes — Table ronde 2

Une stratégie qui transforme les parcours des usagers

Animation	Michel Jérôme, animateur radio ICI Normandie
Intervenants	Jérôme Pasco • Paul Mercier des Rochettes • Dr Amandine Turcq • Dr Yann Poulingue

Comment rendre les parcours de soins et d'accompagnement plus simples, plus lisibles et plus efficaces sans multiplier les moyens ? Cette deuxième table ronde a confronté le regard des usagers, des élus et des médecins. Une même exigence s'en dégage : la coordination doit être organisée par les acteurs du système de santé et devenir presque invisible pour la personne accompagnée.

Ouverture de la table ronde

Michel Jérôme présente les quatre intervenants et rappelle l'objectif de cette séquence : montrer comment la coopération peut transformer concrètement l'expérience des patients, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs proches. Les échanges sont organisés autour de trois questions, avant une question flash consacrée aux indicateurs d'amélioration des parcours.

1. Améliorer la réponse aux usagers et mieux utiliser les ressources disponibles

Paul Mercier des Rochettes — Président de France Assos Santé Normandie

Le regard des usagers ne porte pas d'abord sur les organisations, mais sur l'expérience vécue. Les patients ne réclament pas davantage de dispositifs de coordination : ils souhaitent surtout ne plus avoir à coordonner eux-mêmes les acteurs qui les prennent en charge.

Un bon parcours est celui dans lequel la personne n'a pas à répéter son histoire, où les informations utiles sont partagées avec son accord et où l'orientation est juste dès les premiers contacts, sans tâtonnements inutiles. Une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée permet aussi de mieux répartir les rôles localement et de limiter l'éloignement, les transports évitables et les temps perdus.

Jérôme Pasco — Vice-président de la FHF Normandie, maire de Conches-en-Ouche et président du conseil d'administration de l'EHPAD de Conches-en-Ouche

Son souhait est que les territoires disposent d'une réelle capacité à coordonner leurs acteurs, afin que le parcours de soins ne s'apparente plus à un parcours du combattant. Une personne atteinte d'une affection de longue durée rencontre bien plus que son médecin traitant et l'hôpital : pharmacie, infirmiers libéraux, transporteurs sanitaires, prestataires de matériel à domicile, acteurs sociaux ou médico-sociaux interviennent également. La spécialisation de chacun n'est utile que si tous se parlent.

Pour l'utilisateur, une porte d'entrée doit ouvrir sur l'ensemble des réponses nécessaires. Les nombreux guichets et labels publics ne doivent pas ajouter de la complexité. Cette coordination doit être conçue au plus près du terrain : un modèle administratif uniforme ne peut être appliqué de la même manière à Conches-en-Ouche, Verneuil-sur-Avre, Évreux ou Rouen. La confiance doit être accordée aux professionnels et aux élus locaux, qui connaissent les réalités de leur territoire.

Dr Amandine Turcq — Pédopsychiatre, cheffe de pôle au Nouvel Hôpital de Navarre

En pédopsychiatrie, les familles assurent encore trop souvent la coordination. Le manque de moyens n'explique pas tout : l'offre est peu lisible et sa continuité demeure insuffisante. Des plateformes peuvent poser un diagnostic sans qu'une réponse claire soit organisée ensuite. Or les personnes qui entrent dans le système de soins sont souvent en détresse : elles doivent être rassurées, guidées et informées dès le départ des différentes étapes, de leurs interlocuteurs et des suites possibles.

Les politiques nationales financent régulièrement de nouveaux coordinateurs et prescrivent des modalités de coordination. Pourtant, les acteurs territoriaux connaissent déjà leur offre et leurs publics. Dans l'Eure rurale, les besoins, les ressources et les réalités sociales ne sont pas ceux d'une métropole. Les initiatives locales doivent donc être soutenues et disposer de moyens dédiés. La psychiatrie, financée par dotation globale, ne bénéficie pas toujours de crédits fléchés pour ce travail alors même que l'hôpital est fortement attendu sur la coordination.

Depuis près de deux ans, les acteurs de l'Eure ont engagé, dans le cadre du projet territorial de santé mentale et avec le soutien de l'ARS, un travail associant sanitaire, médico-social, professionnels libéraux et CPTS autour des troubles du neurodéveloppement. Ils ne sollicitent pas seulement des moyens : ils proposent une organisation, des résultats attendus et demandent que cette dynamique soit accompagnée.

La transformation suppose enfin des outils numériques adaptés. Les logiciels métiers communiquent encore mal et le dossier médical partagé demeure trop souvent un empilement de documents PDF. L'information pertinente doit pouvoir être versée automatiquement, retrouvée facilement et présentée selon les besoins du professionnel, sans demander au patient de devenir lui-même gestionnaire de son dossier.

Dr Yann Poulingue — Praticien hospitalier en médecine interne, vice-président de la commission médicale unifiée du GHT Caux Maritime

La réponse aux usagers doit être pensée simultanément à l'échelle du territoire et à celle de chaque personne. Dans le service de médecine et de SMR de l'hôpital d'Eu, chaque patient doit bénéficier d'une prise en charge organisée avant, pendant et après l'hospitalisation. Le clinicien agit à cette échelle concrète du micro-territoire, tout en devant pouvoir mobiliser les expertises régionales nécessaires.

Une maladie rare reste grave lorsqu'elle survient dans un territoire rural. Il faut donc savoir la repérer localement, puis relier rapidement le patient au bon expert. Les hôpitaux de proximité occupent ici une place centrale entre l'organisation verticale du GHT et l'organisation horizontale du territoire.

La première ressource publique est humaine. L'attractivité repose sur le respect de l'identité professionnelle, elle-même nourrie par l'appétence, la formation et l'expérience. La coopération doit organiser l'interdisciplinarité afin que le patient rencontre, au bon moment, le professionnel compétent disposant du bon équipement. L'efficacité doit en outre intégrer l'ensemble des coûts, y compris écologiques, et s'appuyer sur les nouvelles technologies en santé, dont l'intelligence artificielle.

Pour l'usager, un bon parcours n'est pas celui qui compte le plus d'acteurs, mais celui où les acteurs travaillent ensemble sans lui transférer la charge de la coordination.

2. Répondre aux attentes de proximité, de rapidité et de lisibilité sans multiplier les moyens**Paul Mercier des Rochettes**

Les usagers savent que les ressources ne sont pas extensibles. Ils ne demandent pas nécessairement davantage de professionnels, mais une meilleure organisation autour de leurs besoins. La coopération entre ville, hôpital et médico-social permet d'apporter une réponse plus proche du domicile, sans créer systématiquement de nouveaux services : il faut d'abord mieux relier ce qui existe et intégrer les questions de transport et de temps périphériques.

Le partage des informations, des agendas et des circuits d'orientation réduit les délais. La lisibilité améliore aussi l'implication de l'utilisateur : une personne qui comprend où elle se situe, où elle va, qui intervient et à qui poser ses questions coopère mieux à son propre parcours. L'enjeu est donc de passer d'une juxtaposition de professionnels à une équipe coordonnée autour du patient.

Jérôme Pasco

Les sigles et les structures — PSLA, GHT, CPTS ou GTSMS — peuvent être utiles aux professionnels, mais ils ne constituent pas une réponse lisible pour l'utilisateur. Celui-ci attend avant tout un accès simple et visible. « Mon espace santé » offre une base intéressante à condition d'être alimenté par les professionnels, consultable facilement et adapté aux technologies actuelles.

Une intelligence artificielle dédiée et sécurisée pourrait aider à rendre l'information plus accessible et les parcours plus fluides. Cette évolution doit toutefois s'accompagner d'un soutien humain. Les espaces publics numériques et France Services peuvent aider les personnes moins à l'aise avec les outils digitaux ; l'âge ne doit pas être considéré a priori comme un obstacle insurmontable.

Dr Amandine Turcq

Il ne devrait pas revenir aux patients de verser eux-mêmes dans un outil destiné principalement aux soins les documents produits par les professionnels. Les comptes rendus devraient alimenter automatiquement le dossier partagé. Mais le simple archivage ne suffit pas : aucun médecin ne peut parcourir des centaines de PDF pour y retrouver une donnée précise.

Des outils d'intelligence artificielle locaux et sécurisés pourraient extraire les informations pertinentes selon la spécialité et redonner du temps clinique. Cette transformation est particulièrement importante lorsque le patient n'a pas de médecin traitant, situation fréquente chez les mineurs dans certains territoires. Bien conçue, l'IA ne remplace pas la compétence : elle peut au contraire permettre aux médecins de redevenir pleinement cliniciens.

Dr Yann Poulingue

Les attentes des citoyens ne sont pas nécessairement nouvelles : elles sont aujourd'hui davantage exprimées et entendues. L'insuffisance cardiaque illustre la réponse possible. Cette pathologie chronique, fréquente et grave, associe prévention, innovations thérapeutiques, accompagnement des aidants, soins palliatifs et besoin d'expertise cardiologique, alors que les spécialistes ne peuvent absorber seuls l'ensemble de la demande.

Un diplôme universitaire d'insuffisance cardiaque et d'échoscopie appliquée a donc été créé en Normandie. Il forme notamment des IPA, internistes, gériatres ou généralistes à une échoscopie prolongeant l'examen clinique, sous validation cardiologique. Un dispositif opérationnel relie désormais des points d'accès de proximité à des centres de cardiologie grâce à la télé expertise. Le professionnel local réalise une première évaluation ; le spécialiste décide si une échographie complète ou une consultation rapide est nécessaire. Cette gradation évite des délais excessifs, améliore l'adaptation thérapeutique et facilite le repérage de maladies rares comme l'amylose à transthyrétine.

3. La différence visible entre un territoire coopératif et un territoire fragmenté

Paul Mercier des Rochettes — Une coordination devenue invisible

Dans un territoire qui coopère réellement, le patient, ses proches et ses aidants ne perçoivent presque plus la coordination : elle fonctionne en arrière-plan. À l'inverse, dans un territoire fragmenté, ils doivent répéter les informations, identifier seuls le bon interlocuteur, rattraper les ruptures, les retards, les examens perdus ou les messages oubliés. Cette charge produit fatigue et stress.

Un parcours coopératif repose sur un point d'entrée connu, un fil conducteur, des informations qui circulent avec l'accord de l'utilisateur, des décisions expliquées et la possibilité de savoir qui contacter lorsqu'une difficulté survient.

Jérôme Pasco — Une prise en charge plus rapide et plus fluide

La différence doit se voir dans la rapidité et la fluidité, sans confondre vitesse et précipitation. La réforme des services autonomie à domicile illustre l'écart qui peut exister entre une intention nationale et sa mise en œuvre

locale. La transformation des SSIAD doit permettre d'articuler soins et aide à domicile, mais elle a parfois ajouté de la complexité faute de concertation suffisante et de préparation des organisations.

Le vieillissement rend cette transformation urgente. Les besoins d'aide à domicile sont appelés à fortement progresser dans les dix à quinze prochaines années. Les EHPAD, présents sur l'ensemble du territoire, pourraient jouer un rôle accru dans la coordination gériatrique avec les hôpitaux, les professionnels de ville, les services à domicile et les familles, à condition de disposer d'abord des moyens nécessaires à leurs missions.

Dr Amandine Turcq — Une histoire racontée une seule fois

La coopération réussie permet au patient de ne raconter son histoire qu'une seule fois. L'anamnèse doit être recueillie non pour le seul professionnel présent, mais pour tous ceux qui auront à intervenir ensuite. Chacun doit écrire en pensant à celui qui lira le dossier dans plusieurs années.

Cette continuité est particulièrement importante lorsque le récit est traumatique : elle évite de faire revivre inutilement l'épreuve. Elle permet également à chaque professionnel d'ajouter sa contribution sans reprendre tout le travail antérieur, ce qui réduit l'épuisement et redonne du sens à l'exercice.

Dr Yann Poulingue — Un territoire plus attractif

Le respect des identités professionnelles, l'interdisciplinarité et la gradation des soins produisent de l'attractivité : les professionnels viennent, se forment, transmettent et restent. L'attractivité concerne aussi les usagers. Lorsqu'une offre locale est pérenne, moderne et lisible, ils font confiance à leur établissement de proximité.

Le GHT Caux Maritime développe cette logique autour des hôpitaux d'Eu et de Saint-Valéry-en-Caux et des EHPAD environnants : accès direct à la médecine polyvalente lorsqu'il est pertinent, orientation vers le plateau technique adapté lorsque la situation le nécessite, consultations avancées, soins non programmés et hôpitaux de jour. Le parcours doit armer la proximité sans renoncer à la sécurité ni à l'expertise.

4. Question flash : quel indicateur d'un meilleur parcours ?

Intervenant	Indicateur proposé
Paul Mercier des Rochettes	La part des patients et des aidants déclarant avoir bénéficié d'un parcours fluide, sans rupture ni répétition inutile.
Jérôme Pasco	L'espérance de vie en bonne santé, indicateur synthétique d'une politique publique qui agit plus tôt et accompagne mieux.
Dr Amandine Turcq	Un petit nombre d'indicateurs réellement utiles à la fois aux usagers, aux soignants et au pilotage, intégrés dès la conception des soins.
Dr Yann Poulingue	Le recours aux urgences, croisé avec la gravité : moins de passages évitables et des urgences recentrées sur les patients qui en ont réellement besoin.

Le témoignage personnel de Jérôme Pasco

Pour éclairer son choix de l'espérance de vie en bonne santé, Jérôme Pasco partage son expérience récente de patient atteint d'un cancer du pancréas, diagnostiqué précocement à 49 ans. Il souligne l'excellence de l'intervention réalisée à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, puis la qualité de l'accueil et de l'accompagnement au Centre hospitalier d'Évreux pour la chimiothérapie. Ce parcours lui fait mesurer à la fois la chance offerte par le service public hospitalier et la désorientation que peut ressentir toute personne confrontée à une maladie grave. Il appelle à renforcer l'anticipation, la prévention et l'accompagnement, avec l'espoir de pouvoir revenir au Congrès l'année suivante.

5. Échange avec la salle : construire ensemble les services autonomie à domicile

Joanny Allombert, directeur des Hôpitaux du Sud-Manche, apporte un point de vue complémentaire sur la réforme des services autonomie à domicile. Il en partage la finalité mais insiste sur la difficulté de réunir des secteurs construits selon des logiques très différentes. Dans le Sud-Manche, neuf acteurs — services hospitaliers, EHPAD, secteur associatif et centre intercommunal d'action sociale — travaillent avec l'appui de l'ARS et du Département à une structure autonome sous la forme d'un GCSMS.

Cette gouvernance doit représenter l'ensemble des acteurs plutôt que confier la coordination à une seule institution. Face à l'augmentation des besoins, la réponse doit être partagée. Jérôme Pasco rejoint cette analyse : cette contradiction apparente complète sa proposition et confirme que la réussite passera par une gouvernance territoriale réellement collective.

6. Prévenir les recours évitables aux urgences

Le recours aux urgences est proposé comme un indicateur indirect de l'efficacité des parcours. Moins de passages évitables signifie davantage de prévention, d'hospitalisations directes, d'alternatives ambulatoires et d'anticipation. Le lien entre EHPAD, médecine de ville, hôpitaux de proximité et urgences constitue un terrain prioritaire.

L'exemple d'un résident âgé, atteint de cancer et présentant un essoufflement un vendredi, montre l'enjeu : sans solution intermédiaire, l'appel au 15 peut conduire à plusieurs jours aux urgences et en hospitalisation ; avec un professionnel formé à proximité, l'échoscopie et la télé expertise peuvent permettre d'identifier une poussée d'insuffisance cardiaque, d'adapter rapidement le traitement et d'éviter un déplacement potentiellement délétère. Moderniser les EHPAD, développer la recherche clinique et les protocoles partagés, et les relier aux ressources hospitalières renforceraient à la fois la qualité et l'attractivité de ces établissements.

Conclusion

Cette table ronde replace le parcours du point de vue de l'utilisateur : une coopération réussie est celle qui lui évite de devenir le coordinateur de sa propre prise en charge. Elle repose sur une porte d'entrée identifiable, une information partagée et utile, des responsabilités claires, une gradation entre proximité et expertise et des professionnels reconnus dans leurs compétences. Les outils numériques et l'intelligence artificielle peuvent accélérer cette transformation, mais ils ne remplaceront ni la confiance, ni la connaissance du territoire, ni la gouvernance collective. Le résultat attendu est simple à formuler : moins de ruptures, moins de répétitions, moins de recours évitables et davantage de temps en bonne santé.

CONGRÈS FHF NORMANDIE 2026

La stratégie solidaire publique en action

Actes — Table ronde 3

Les coopérations renforcent l'attractivité du service public

Animation	Michel Jérôme, animateur radio ICI Normandie
Intervenants	Déborah Cvetojevic • Olivier Pennarun • Pierre Tsuji • Dr Benoît Cozzi

L'attractivité du service public hospitalier se joue à la fois auprès des usagers et des professionnels. Cette troisième table ronde montre que la coopération permet d'organiser des parcours lisibles, de rapprocher l'expertise des territoires, de diversifier les exercices et de sécuriser les équipes. Elle ne produit toutefois ses effets que si elle répond à des besoins identifiés et s'appuie sur un projet médico-soignant partagé.

Ouverture de la table ronde

Michel Jérôme présente les intervenants et annonce une séquence résolument pratique, structurée autour de deux axes : l'attractivité du service public pour les usagers et les prescripteurs, puis pour les professionnels. Une question flash doit enfin permettre à chacun d'identifier le premier facteur d'attractivité.

1. Pour les usagers et les prescripteurs : une offre coordonnée, lisible et proche

Olivier Pennarun — Représentant des usagers au CHI Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil

Pour l'utilisateur, l'hôpital public offre la garantie d'une prise en charge globale : les différentes composantes du parcours sont organisées autour de la pathologie, avec un suivi dans la durée. À partir de son expérience personnelle, il décrit une entrée par les urgences suivie d'une continuité de prise en charge jusqu'au terme du parcours. C'est précisément cette organisation coordonnée que les usagers attendent.

La proximité conserve toute son importance, y compris lorsque le CHU n'est distant que de quelques dizaines de kilomètres. Pour les personnes âgées, peu mobiles ou dépendantes de leurs proches, un déplacement de vingt à quarante kilomètres peut représenter un obstacle réel. Une coopération efficace doit donc permettre de maintenir des soins de qualité au plus près du domicile.

Dr Benoît Cozzi — Gériatre et Président de la commission médicale d'établissement des Hôpitaux du Sud-Manche

La filière des troubles neurocognitifs illustre la manière dont la coopération rend une offre publique attractive. Le premier niveau associe les médecins traitants, les infirmiers, les EHPAD et les acteurs de ville pour repérer les premiers signes. Le deuxième mobilise les consultations et hôpitaux de jour mémoire, où une équipe pluridisciplinaire évalue la pathologie et ses conséquences. Un troisième niveau prend en charge les situations complexes, notamment les troubles du comportement, dans des unités formées et adaptées, comme l'unité cognitivo-comportementale de Granville.

Cette filière doit également être reliée au CHU pour les diagnostics difficiles ou les patients plus jeunes, ainsi qu'aux EHPAD lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. L'attractivité naît alors de la lisibilité : le médecin prescripteur, le patient et sa famille savent à quel niveau s'adresser et comprennent comment s'articulent prévention, diagnostic, prise en charge somatique et accompagnement médico-social.

Déborah Cvetojevic — Directrice de la stratégie du CHU de Caen

L'Institut territorial de biologie du CHU de Caen propose aux établissements et aux professionnels prescripteurs une offre de services souple, éventuellement ouverte à des partenaires privés. Ceux-ci peuvent confier tout ou partie de leurs examens — anatomopathologie, immunologie ou biochimie — de façon temporaire ou durable. Cette réponse « à la carte » sécurise une période de fragilité et peut devenir le point de départ d'une coopération pérenne si elle répond effectivement au besoin.

L'Institut de cancérologie, construit avec plusieurs établissements dont Saint-Lô, Lisieux et Alençon, illustre une logique directement tournée vers les usagers. Il vise à couvrir l'ensemble du parcours, de la prévention primaire et secondaire à l'après-cancer, en associant proximité, cancers complexes ou rares et équipements hautement spécialisés. Tous les établissements n'ont pas vocation à tout faire ; leur complémentarité permet en revanche de proposer collectivement une réponse complète et coordonnée.

Pierre Tsuji — Directeur adjoint de l'ARS Normandie en charge de l'attractivité et du numérique

Quatre grandes attentes structurent aujourd'hui le rapport de la population au service public de santé. La première est l'accès à une offre que certains territoires ne pourraient proposer seuls, notamment pour les prises en charge spécialisées et la recherche clinique. Une structure normande de coordination de la recherche en santé mentale a ainsi été mise en place pour étendre ces possibilités au-delà des CHU.

La deuxième attente concerne la qualité et la continuité des parcours. Les ruptures restent fréquentes, notamment en pédopsychiatrie et en santé mentale. L'« acte II » des GHT, les GTSMS, les GCSMS et les coopérations entre équipes doivent contribuer à les réduire.

La troisième attente est la capacité à faire face aux crises et à sécuriser la population. Les épisodes sanitaires ou climatiques montrent que les hospitaliers répondent présents avec les professionnels libéraux lorsque les organisations coopèrent.

La quatrième attente est l'innovation. L'accès à des équipements performants, à des expertises spécialisées, à un système qualité solide et à un numérique sécurisé ne peut plus être porté isolément. La coopération est indispensable, y compris pour les systèmes d'information et la protection des données de santé.

Le regard de l'usager sur la projection de l'expertise

Olivier Pennarun cite l'exemple d'un établissement breton disposant d'un plateau technique moderne mais ne réunissant pas toutes les spécialités, et envisageant un partenariat avec un CHU afin que les professionnels se déplacent. Pour la collectivité, il peut être plus efficient de faire venir une équipe spécialisée que de contraindre de nombreux patients et leurs familles à parcourir de longues distances. Les sigles institutionnels importent peu aux usagers : ils veulent savoir qu'ils seront orientés vers l'établissement de proximité, que les soins seront de qualité et que les informations suivront. Le dossier médical partagé reste à cet égard encore insuffisamment utilisé et alimenté.

L'attractivité pour l'usager naît d'une offre cohérente : la bonne réponse, au bon niveau de proximité, avec l'accès organisé à l'expertise lorsque cela est nécessaire.

2. Pour les professionnels : des organisations qui donnent du sens et sécurisent l'exercice

Dr Benoît Cozzi — Repenser la médecine hospitalière autour de la polyvalence et de l'expertise

Le modèle d'une médecine « sacrificielle », dans laquelle les équipes se consacraient sans limite à leur activité, n'est plus soutenable. Les professionnels veulent concilier leur engagement avec leur vie personnelle et familiale. L'attractivité passe donc par une organisation du travail claire.

Dans des services conçus par spécialité, certains spécialistes sont conduits à prendre en charge des hospitalisations très éloignées de leur cœur de métier, ce qui favorise les départs. Une autre organisation consisterait à développer des services de médecine polyvalente avec orientation : médecins polyvalents,

internistes, gériatres ou généralistes assureraient la prise en charge globale, tandis que les spécialistes apporteraient leur expertise ciblée.

La coopération avec Saint-Lô pourrait ainsi permettre de développer une présence cardiologique aux Hôpitaux du Sud-Manche. Des postes partagés avec un CHU ou un établissement voisin donneraient accès aux avis spécialisés tout en proposant aux médecins un exercice conforme à leurs compétences. L'exemple des urgences de Bichat montre également qu'une organisation fluide, où chacun connaît sa mission et où les patients ne restent pas dans les couloirs, attire spontanément les professionnels.

Déborah Cvetojevic — Diversifier les parcours professionnels et constituer une équipe médicale de territoire

La seule promesse d'un emploi stable et d'une carrière linéaire ne suffit plus. Les professionnels recherchent qualité, diversité, nouveauté, sens, formation et accès à l'expertise. Le CHU de Caen développe donc les postes partagés, les consultations avancées, l'« aller vers » et même des interventions chirurgicales dans des blocs opératoires partenaires lorsque des capacités existent ailleurs.

Avec les établissements de la Côte Fleurie, Falaise, Lisieux, Argentan et Bayeux, le CHU travaille à une équipe médicale territoriale pour les urgences. Des professionnels exerceraient sur deux sites et pourraient soutenir, à tour de rôle, l'établissement momentanément le plus fragile. Cette réponse collective réduirait le recours coûteux à l'intérim et renforcerait la résilience régionale.

La réussite suppose toutefois des règles compatibles. La charte régionale d'attractivité médicale signée sous l'égide de l'ARS doit favoriser l'harmonisation des rémunérations et éviter qu'une concurrence entre établissements publics ne compromette le partage des professionnels.

Pierre Tsuji — Faire du réseau un appui plutôt qu'une contrainte

L'attractivité professionnelle est en pleine mutation. Elle associe équilibre entre vie personnelle et contraintes professionnelles, attractivité du territoire, sécurité de l'exercice et adhésion aux valeurs du service public. Les coopérations permettent de constituer des équipes plus nombreuses, d'anticiper les plannings, de mieux absorber les congés et les crises et de sécuriser les organisations particulièrement exposées, comme les urgences.

Un poste partagé n'est pas attractif parce qu'il impose des déplacements. Il le devient lorsqu'il permet de travailler en réseau, de ne pas être isolé, d'accéder à des confrères, à une expertise ou à une solution de remplacement. Il ne s'agit pas de généraliser l'exercice multisite, mais de pouvoir le proposer à ceux qui y trouvent un parcours professionnel enrichissant.

La charte régionale d'attractivité médicale fixe des valeurs et des règles du jeu communes. Elle ne cherche pas à uniformiser les établissements, mais à prévenir les concurrences délétères au sein du service public. Sans coopération, des organisations reposant sur quelques personnes deviennent très vulnérables.

À plus long terme, la hausse du nombre de professionnels formés s'accompagnera d'une surspécialisation croissante. La difficulté ne sera pas seulement le nombre de médecins, mais la répartition de leurs expertises. En cardiologie comme dans d'autres disciplines, il faudra projeter les compétences sur les territoires, en présentiel ou à distance, dans un cadre organisé au minimum à l'échelle du GHT et souvent à l'échelle régionale.

Olivier Pennarun — Adapter les réponses aux réalités territoriales

Du point de vue des usagers, l'« aller vers » constitue un levier essentiel : déplacer les compétences vers les patients est souvent plus simple que l'inverse. L'offre doit également tenir compte des besoins propres à chaque territoire, de son vieillissement et de ses pathologies dominantes. Le CHI Elbeuf-Louviers-Val-de-Reuil apparaît attractif parce qu'il réunit des professionnels de qualité et apporte une réponse reconnue par les habitants du territoire.

3. Question flash : le premier facteur d'attractivité

Intervenant	Facteur retenu
Déborah Cvetojevic	La réponse aux besoins : une approche populationnelle fondée sur un projet médico-soignant commun.
Olivier Pennarun	Une prise en charge globale, de la prévention au suivi : un service public

Intervenant	Facteur retenu
	capable d'accompagner l'utilisateur de A à Z.
Pierre Tsuji	Pour les usagers, la confiance ; pour les professionnels, la qualité et la sérénité des conditions de travail.
Dr Benoît Cozzi	L'organisation : des parcours lisibles pour les patients et des missions claires, soutenables et coopératives pour les professionnels.

Une réponse populationnelle : l'exemple de l'Institut de la personne âgée

Déborah Cvetojevic souligne que toute coopération doit partir d'un besoin précisément identifié et d'un projet médico-soignant porté par des professionnels qui souhaitent travailler ensemble. Le futur Institut de la personne âgée du CHU de Caen s'inscrit dans cette démarche : il réunira des spécialités et expertises à rayonnement territorial, avec une ouverture attendue vers le médico-social et une place accordée à la prévention de la perte d'autonomie. Ce projet répond à un enjeu normand majeur : le fort vieillissement de la population et la nécessité d'optimiser des ressources rares.

4. Échange avec la salle : prendre soin des professionnels

Dr Yann Poulingue — Membre fondateur de la Société française de médecine polyvalente

Le développement de la médecine polyvalente constitue une transformation majeure. Un collège normand réunit déjà de nombreux médecins hospitaliers polyvalents et organise régulièrement des actions de formation continue. La certification périodique des professionnels renforcera cette dynamique en intégrant, aux côtés de la formation, du retour d'expérience et de la relation au patient, la prise en compte de leur propre santé.

Cette évolution rompt avec une culture sacrificielle devenue incompatible avec la qualité et l'attractivité. La littérature médicale montre que des professionnels qui prennent soin de leur santé physique et psychique sont aussi plus performants et plus disponibles pour les patients.

Pierre Tsuji — Faire de la santé des soignants un enjeu stratégique

Les travaux menés avec des partenaires spécialisés, comme SPS ou l'association MOTS, montrent que les professionnels de santé recourent moins aux soins que la population générale, parfois dans des proportions très préoccupantes. Cette situation peut retarder des dépistages ou conduire à des arrêts lourds de conséquences humaines et organisationnelles.

La santé des professionnels doit donc être replacée au cœur des politiques d'attractivité. Les établissements disposent de démarches de prévention et de documents d'évaluation des risques ; les directions des ressources humaines et des affaires médicales doivent désormais s'en saisir pleinement, communiquer et mettre en œuvre des actions visibles. L'enjeu vaut également pour les professionnels libéraux, dont l'exercice au sein de petites équipes peut accroître la vulnérabilité.

Le mot de l'animateur

Michel Jérôme résume l'esprit des échanges par une formule souvent citée : « Tout seul, on va plus vite ; ensemble, on va plus loin. » Pour un CHU comme pour un établissement de proximité, coopérer signifie précisément étendre sa capacité d'action sur le territoire sans renoncer à son identité.

Conclusion

L'attractivité n'est pas un effet automatique du regroupement : elle résulte d'une coopération utile, compréhensible et bien organisée. Pour les usagers, elle repose sur la confiance, la proximité, la continuité du parcours et l'accès à l'expertise. Pour les professionnels, elle suppose des missions claires, un exercice diversifié, des collectifs solides, un accès à la formation et une véritable attention portée à leur santé. Dans les deux cas, le point de départ reste le même : identifier les besoins de la population et construire ensemble un projet médico-soignant qui y réponde.

La stratégie solidaire publique en action

Actes — Table ronde 4 et clôture

Faire vivre la stratégie dans les territoires : quels leviers ?

Animation	Michel Jérôme, animateur radio ICI Normandie
Intervenants	Jérôme Rifflet • Emmanuel Philippe • Annie Vidal • Stéphanie Decoopman • Jérôme Dupont

Après avoir établi la nécessité de coopérer, décrit les bénéfices pour les usagers et montré l'effet des coopérations sur l'attractivité, cette dernière table ronde s'est concentrée sur les conditions de mise en œuvre. Les échanges font apparaître cinq leviers complémentaires : une stratégie partagée, du temps reconnu, des outils juridiques et numériques adaptés, une gouvernance fondée sur l'égalité entre partenaires et une responsabilité populationnelle assumée.

Ouverture de la table ronde

Michel Jérôme accueille les intervenants et précise qu'Emmanuel Philippe porte la construction du futur GTSMS Pays de Caux. Il organise les échanges autour de trois questions : les verrous à lever, les conditions d'une confiance durable et les signes qui permettront, dans cinq ans, de constater qu'une stratégie solidaire est devenue une réalité en Normandie. Une question flash conclut la séquence sur les engagements concrets de chacun.

1. Le principal verrou à lever

Annie Vidal — Députée de la deuxième circonscription de la Seine-Maritime

Le premier frein est l'absence d'une habitude suffisamment installée de travailler ensemble. La crise sanitaire a montré que les territoires disposant de CPTS solides et de professionnels habitués à coopérer ont pu agir plus rapidement, notamment pour la distribution de matériels de protection. Le maillage progresse, mais la connaissance mutuelle reste déterminante.

Les contraintes financières peuvent également susciter des réflexes de repli, en particulier dans les établissements les plus fragiles. Annie Vidal rappelle que, selon les travaux des inspections générales qu'elle cite, les deux tiers du déficit hospitalier s'expliquent par la sous-compensation des mesures du Ségur et par l'inflation, et non par une mauvaise gestion. Le manque de visibilité et de prévisibilité des financements nourrit le court-termisme, alors que la situation économique devrait au contraire conduire à davantage de coopération.

Stéphanie Decoopman — Directrice générale du CHU de Rouen

Trois verrous doivent être levés. Le premier est stratégique : les coopérations sont encore trop souvent abordées au fil de l'eau, en réaction à une crise, ou enfermées dans des conventions-cadres peu suivies. Il faut un cap clair, partagé et solidaire, dans lequel les établissements contribuent à l'égalité.

Le deuxième verrou est le temps. Se rencontrer, concevoir un projet et créer la confiance exigent un investissement qui n'est aujourd'hui ni suffisamment sanctuarisé ni reconnu dans le financement hospitalier.

Le troisième concerne les systèmes d'information. Même des établissements utilisant des logiciels comparables ne parviennent pas toujours à échanger automatiquement les données, y compris entre SAMU. Les ressaisies persistent et les images médicales restent difficiles à partager. Avant de développer l'intelligence artificielle, il faut organiser la collecte et la circulation sécurisée des données entre établissements.

Jérôme Rifflet — Directeur du CH Eure-Seine et du GHT Eure-Seine

Le cadre juridique des GHT demeure un frein. Fondés depuis 2016 sur une convention obligatoire, les GHT reposent encore largement sur la volonté des acteurs. Le bilan est contrasté, y compris pour les fonctions censées être mutualisées, comme les systèmes d'information, le DIM ou les achats.

Le droit ne suffit pas, mais il peut aider. Une personnalité morale, au moins pour les investissements, la stratégie médicale et les recrutements médicaux, donnerait davantage de capacité d'action. Les directions communes peuvent accélérer les coopérations, comme entre le CH Eure-Seine et le CH de Bernay, mais elles ne constituent pas une solution automatique sans volonté partagée.

Enfin, l'évolution de l'offre ne doit plus être un sujet tabou. Maintenir partout des urgences ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour quelques passages nocturnes mobilise parfois deux lignes médicales avec le SMUR, fragilise les équipes et alimente la surenchère. La priorité peut être de sanctuariser le SMUR, qui répond aux urgences vitales, tout en adaptant les horaires ou les modalités d'accueil.

Emmanuel Philippe — Directeur d'EHPAD, futur responsable du GTSMS Pays de Caux

Le « péché originel » du médico-social tient à une organisation historiquement centrée sur l'institution : un lieu, un périmètre, des compétences, des services et un équilibre financier propres. Les directeurs sont formés à protéger leur établissement, puis invités à dépasser ses frontières. Toute initiative située hors du cadre habituel devient une zone d'incertitude difficile à financer, à valoriser et à évaluer.

À ce verrou structurel s'ajoute le facteur humain. Construire un GTSMS suppose que les directeurs apprennent à se connaître, négocient, partagent des valeurs et élaborent un projet commun. Cette confiance exige du temps ; une marche forcée risquerait de produire une coopération fragile et formelle. Les acteurs sont volontaires, mais attendent des moyens cohérents avec les objectifs fixés.

Jérôme Dupont — Directeur de l'autonomie à l'ARS Normandie

Le premier levier est de redonner du sens. La loi « Bien vieillir » de 2024 a instauré les GTSMS pour rapprocher les établissements publics autonomes et certains services à domicile, avec plusieurs fonctions susceptibles d'être mutualisées et une échéance fixée à la fin de 2027. Mais commencer uniquement par les fonctions support ne suffit pas à faire vivre une coopération.

L'ARS Normandie a donc fait évoluer sa démarche : partir de ce qui réunit les acteurs, des besoins de la population âgée, de l'offre territoriale et de la qualité, puis construire le projet et seulement ensuite choisir les mutualisations utiles. Un établissement peut appartenir à la fois à un GHT et à un GTSMS, en recherchant dans chacun les compétences pertinentes : ingénierie immobilière et fonctions spécialisées dans le GHT, parcours de la personne âgée et amélioration de la qualité dans le GTSMS.

Une coopération durable ne naît ni d'une injonction ni d'une convention : elle part d'un besoin partagé, se construit dans le temps et s'appuie sur des responsabilités réelles.

2. Installer durablement une culture de confiance

Emmanuel Philippe — Trouver le bon territoire et le compromis politique

Le médico-social se situe au croisement d'orientations nationales, de priorités portées par l'ARS, d'attentes des élus locaux et d'objectifs propres aux établissements. La coopération oblige chacun à dépasser son intérêt immédiat pour rejoindre une logique plus large. Elle doit rechercher une communauté de valeurs, de projets et d'objectifs de service public.

Le compromis ne peut se construire que par la discussion. Il faut également définir le territoire pertinent : ni nécessairement la commune, ni l'intercommunalité ou le département, mais souvent un bassin de vie ou de besoins qui ne correspond pas aux frontières administratives.

Jérôme Rifflet — Faire coopérer les communautés médicales et soignantes

Les directions peuvent fixer le cap et créer les conditions du dialogue, mais le projet médical appartient aux médecins et aux soignants. La direction commune d'Évreux et de Bernay était historiquement avancée sur les fonctions administratives et logistiques, sans véritable culture médico-soignante commune.

L'élection de nouveaux présidents de CME en 2025 a permis d'engager un projet médico-soignant commun. Les directoires des deux établissements ont été réunis pour piloter la démarche ; en quelques mois, les professionnels ont appris à se connaître et à construire ensemble. L'humilité et l'égalité sont essentielles : la proximité ne doit jamais signifier relégation.

La confiance se renforce ensuite par des résultats visibles. L'équipe médicale commune entre Évreux-Vernon et Bernay a fortement réduit les fermetures du SMUR de Bernay grâce à des recrutements organisés sur deux sites. Ces réalisations concrètes rendent la coopération crédible.

Stéphanie Decoopman — Se connaître, travailler à égalité et rester acteur

La confiance commence par des rencontres dans les établissements, au contact des équipes et des réalités quotidiennes. Elle se construit entre des femmes et des hommes, au-delà des institutions et des représentations réciproques.

Travailler à égalité suppose d'admettre que chacun peut apprendre de l'autre. La politique de parentalité du CHU de Rouen s'est ainsi nourrie de l'expérience de Darnétal ; inversement, la démarche du CHU en faveur de l'égalité professionnelle a entraîné les autres établissements du groupement.

La co-construction prend du temps et chacun doit conserver un rôle actif. Au comité de direction du GHT, chaque directeur d'établissement porte une fonction et définit une feuille de route commune. Un partenaire passif n'est plus véritablement un partenaire : il suit une décision prise ailleurs.

Annie Vidal — Relier les cultures et passer des structures à la population

Le législateur crée des outils — CPTS, GHT, GTSMS ou réseau France Santé — mais ceux-ci couvrent des périmètres différents. L'étape suivante consiste à organiser leurs liens, notamment entre sanitaire et médico-social, deux mondes interdépendants dont les cultures restent distinctes.

Les élus ont un rôle national et local. Présidente d'un conseil territorial de santé, Annie Vidal souligne l'utilité de ces lieux de rencontre et de démocratie sanitaire. La confiance progressera si l'on dépasse l'approche par structures pour adopter une approche professionnelle et populationnelle, réunissant les acteurs autour d'objectifs partagés.

Jérôme Dupont — Assumer l'interdépendance et la responsabilité populationnelle

Une collaboration durable commence par la reconnaissance de l'interdépendance. Elle nécessite une gouvernance partagée dans laquelle chacun peut s'exprimer, y compris lorsque la décision collective prend plus de temps qu'une décision solitaire.

La territorialisation devient un levier lorsqu'elle est liée à une responsabilité populationnelle. Améliorer la qualité des services à domicile, préparer l'entrée en EHPAD, préserver les repères des personnes âgées et développer la prévention de la perte d'autonomie servent à la fois les personnes, les aidants, les établissements et les équipes. Les intérêts communs deviennent alors visibles.

3. Dans cinq ans, à quoi reconnaitrons-nous la réussite ?

Emmanuel Philippe — Des réponses nouvelles pour les profils atypiques

Un des établissements qu'il dirige accueille depuis longtemps des personnes handicapées vieillissantes, qui représentent près d'un quart des résidents. Il reçoit désormais des demandes concernant des personnes ayant connu la rue, la prison ou la guerre, dont les parcours ne correspondent à aucune catégorie habituelle.

Un projet hybride est en construction avec deux partenaires disposant respectivement d'une équipe mobile de gériatrie et d'une compétence médico-psychologique. Dans cinq ans, la réussite se mesurera à la capacité de cette coopération à proposer un accompagnement digne, viable et reproductible, à domicile ou en établissement, en réunissant les compétences que chacun ne possède pas seul.

Stéphanie Decoopman — Ne pas perdre cinq années supplémentaires

La première réussite serait de ne pas constater, dans cinq ans, que les contraintes financières ont entraîné des restructurations subies et empêché les exercices mixtes entre ville et hôpital, CHU et établissements, sanitaire et médico-social.

Elle cite le GHT du Pays basque, perçu par un habitant comme l'organisateur naturel de son parcours : une consultation spécialisée est proposée à Saint-Palais grâce aux équipes de Bayonne, sans que le patient ait à connaître les mécanismes internes. En Normandie, l'ouverture d'un hôpital de jour de médecine à Neufchâtel-en-Bray avec l'appui du CHU procède de la même logique.

Dans cinq ans, il faudrait partir non du territoire institutionnel de chaque structure, mais du territoire vécu par le patient et de ses besoins de soins. La stratégie solidaire deviendrait alors une responsabilité populationnelle concrète.

Jérôme Rifflet — Une offre régionale différente mais consolidée

La diminution des fuites vers d'autres régions montrerait que les patients normands trouvent localement la réponse dont ils ont besoin. L'offre aura sans doute évolué, mais elle devra être plus solide : davantage de consultations avancées, de télémedecine, d'hôpitaux de jour et de SMR de proximité, associés à des transferts et retours à domicile mieux organisés.

La gradation des soins exige aussi des solutions de mobilité, avec l'appui des collectivités, et un développement du numérique. Des infirmiers ou IPA pourraient exercer en proximité sous la supervision d'un spécialiste situé dans l'établissement de référence.

Jérôme Dupont — Un parcours de vie continu pour les personnes âgées

La réussite se lira dans l'expérience de la personne entre domicile, hôpital et EHPAD : moins de passages évitables aux urgences, des filières gériatriques mieux mobilisées en second recours et une coopération renforcée entre aide et soin au sein des services autonomie.

Les EHPADs devront être pleinement reconnus comme acteurs du parcours : au-delà de l'hébergement, ils pourront soutenir les personnes à domicile, accompagner les aidants, proposer du répit et offrir, en subsidiarité, un accompagnement renforcé.

Annie Vidal — Une programmation stratégique et une gouvernance apaisée

La stabilité des institutions après les échéances de 2027 sera une première condition. Sur le fond, Annie Vidal identifie trois leviers : un financement plus prévisible, une transformation organisationnelle et une gouvernance apaisée.

Elle défend une loi de programmation non seulement budgétaire, mais stratégique, fondée sur des objectifs partagés et évalués afin de mesurer l'effet de chaque euro investi. Elle appelle également à mieux articuler l'État, l'ARS, les départements et les élus locaux par des responsabilités et des contractualisations claires au service de la population.

4. Question flash : l'engagement concret de chacun

Intervenant	Engagement
Emmanuel Philippe	Continuer à questionner les habitudes et les coopérations, innover et déplacer les limites des actions existantes.
Jérôme Dupont	Accompagner et financer les GTSMS à partir de 2027, écouter les acteurs et donner du sens à chaque politique territoriale.
Stéphanie Decoopman	Poursuivre avec la même énergie la coopération inscrite au cœur du projet stratégique du CHU et dégager le temps nécessaire.
Jérôme Rifflet	Intégrer systématiquement la dimension territoriale dans les projets des communautés médicales, soignantes et de direction.

Intervenant	Engagement
Annie Vidal	Contribuer à une programmation nationale de santé associant coopération, prévention, financement, gouvernance et accès aux soins.

La prévention, une politique nécessairement transversale

Annie Vidal plaide pour une gouvernance de la prévention placée à un niveau interministériel, directement rattachée au Premier ministre. La prévention concerne la santé, mais aussi l'isolement social, le logement, le sport ou la culture ; elle ne peut donc rester un sujet périphérique d'une seule administration. Elle souligne néanmoins les fortes incertitudes entourant le budget 2027 et la nécessité première de doter la France d'un budget, même imparfait.

5. Échanges avec la salle et hommage à Florence Le Gwen

Dr Yann Poulingue — Défendre la modernité de la proximité

Le Pays de Bray, Neufchâtel-en-Bray ou Dieppe offrent une qualité de vie et d'exercice souvent sous-estimée. L'attractivité ne doit pas être jugée depuis les représentations métropolitaines. Les hôpitaux de proximité disposent en outre d'un financement qui peut soutenir la prévention et sont au cœur des relations avec les CPTS et les acteurs du domicile.

Un hôpital de proximité peut conduire de la recherche clinique, innover et entretenir un lien direct avec le CHU sans nécessairement passer, pour chaque projet, par l'établissement support. La proximité et l'EHPAD peuvent être modernes, attractifs et pleinement intégrés aux coopérations universitaires et territoriales.

Jérôme Dupont rend ensuite hommage à Florence Le Gwen, directrice des établissements de La Filandière, disparue deux semaines auparavant et qui devait participer au Congrès. La salle s'associe à cet hommage.

6. Clôture du Congrès

Stéphane Aubert — Délégué régional de la FHF Normandie

En conclusion, Stéphane Aubert souligne combien la journée a donné corps à son intitulé : « La stratégie solidaire publique en action ». Toutes les composantes du service public étaient représentées — directions, médecins, soignants, présidents de conseils de surveillance, ARS, élus, secteur médico-social et usagers — et ont montré que la coopération entre établissements et État était déjà à l'œuvre.

La stratégie régionale est élaborée et ses plans d'action sont engagés, dans le sanitaire comme pour le grand âge, avec des chantiers transversaux sur la transition écologique et la qualité de l'accompagnement en EHPAD. L'enjeu est désormais de poursuivre et de concrétiser cette dynamique.

Les échanges font également émerger un futur thème de travail : l'intelligence artificielle et, plus largement, les systèmes d'information. Dans une période de pénurie de ressources, ces outils peuvent soutenir les organisations et renforcer les coopérations, à condition de s'inscrire dans une stratégie partagée.

Stéphane Aubert remercie Michel Jérôme pour cette septième année d'animation, la société Héral, les partenaires du Congrès ainsi que les équipes nationale et régionale de la FHF. Il donne rendez-vous aux participants l'année suivante et les invite à proposer de futurs sujets.

Conclusion générale

La dernière table ronde referme le Congrès sur une conviction opérationnelle : la coopération devient réelle lorsqu'elle est traduite en temps, en moyens, en outils, en gouvernance et en résultats visibles pour la population. Le cadre juridique peut faciliter l'action, mais la confiance naît de la connaissance mutuelle, de l'égalité entre partenaires et des réalisations concrètes. La stratégie solidaire publique sera pleinement accomplie lorsque les frontières institutionnelles s'effaceront derrière le territoire vécu par l'usager, et lorsque chaque acteur pourra contribuer, avec ses compétences propres, à un parcours plus accessible, plus continu et plus humain.