

UN NEW DEAL POUR LA SANTÉ

JUIN 2020

SOMMAIRE

1

REFONDER L'ORGANISATION, LE PILOTAGE ET LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Instituer une organisation lisible
et efficace

- 9 Unifier la gouvernance nationale
- 9 Réformer les ARS au niveau territorial
- 10 Mieux se préparer à une gestion de crise sanitaire, principalement au niveau national et régional
- 12 Renforcer la démocratie sanitaire
- 13 Lancer enfin le choc de simplification

2

REFONDER LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

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

- 14 Sortir d'une gestion comptable de l'ONDAM pour un pilotage stratégique et démocratique dans une logique de santé publique
- 15 Financer la recherche et l'innovation à la hauteur des enjeux
- 16 Supprimer le COPERMO dans le cadre d'une relance par l'investissement et d'une répartition territoriale et équitable des moyens
- 17 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
- 18 Repenser en profondeur l'ensemble des modèles de financement pour faire de la prévention, de la pertinence et de la qualité des soins une priorité transversale à l'échelle des territoires
- 19 De toute urgence, rétablir et pérenniser un financement équitable des soins psychiatriques et des SSR
- 20 Mieux tenir compte des spécificités des Outre-Mer et de la Corse
- 21 Lancer une politique industrielle de souveraineté sanitaire pour sécuriser la production et l'accès aux produits de santé

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

Réaliser un choc d'attractivité

- 23 Donner à l'hôpital public les moyens d'un choc d'attractivité à la hauteur de son utilité sociale
- 25 Construire une carrière médicale hospitalière souple et valorisante, adaptée aux attentes des praticiens mais aussi aux besoins de santé de la population
- 26 Revaloriser les gardes et les sujétions liées à la permanence des soins tout en régulant les abus de l'interim médical
- 27 S'appuyer sur une analyse de la démographie médicale et une démarche de GPMC associant l'ensemble des acteurs pour établir des objectifs d'installation et de recrutement en fonction des besoins territoire
- 27 Tirer les leçons de la crise en termes de formation médicale initiale
- 28 Mieux accompagner la carrière des hospitalo-universitaires
- 28 Engager une réflexion sur le rôle essentiel et les compétences des professions paramédicales
- 29 Outre-Mer, une politique d'attractivité ad hoc pour des territoires particuliers
- 29 Améliorer l'environnement de travail des professionnels hospitaliers et médico-sociaux et renforcer l'accompagnement individuel de la construction du parcours professionnel

4

FONDER UNE VÉRITABLE POLITIQUE GRAND ÂGE - AUTONOMIE

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

- 32 À terme : Instauration d'un cinquième risque de sécurité sociale
- 33 Renforcer les effectifs des EPHAD et accroître leur médicalisation
- 33 Alignement fiscal des EHPAD publics sur les abattements accordés au secteur privé
- 33 Développer le numérique dans les établissements sociaux et médico-sociaux
- 34 Simplifier et rendre davantage cohérente la gouvernance régionale du secteur médico-social
- 34 Améliorer la coordination territoriale du secteur médico-social et renforcer les liens avec le champ sanitaire
- 35 Réduire le reste à charge en EHPAD pour assurer l'accessibilité économique pour le plus grand nombre : instaurer un « bouclier hébergement » pour tous

5

REFONDER L'OFFRE DE SOINS SUR LES SUR LA BASE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

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

- 36 Construire au niveau national et sur les territoires une véritable politique d'éducation à la santé et de prévention, pour un système de santé qui marche sur ses deux jambes
- 37 Définir et permettre l'action et la coordination clinique à chaque échelle territoriale pertinente
- 38 Faire de la filière locale de soins la pierre angulaire du circuit de soins, de la prévention à la prise en charge aiguë spécialisée
- 39 Donner une véritable place aux hôpitaux de proximité
- 39 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
- 40 Renforcer l'autonomie des acteurs régionaux et territoriaux
- 41 Renforcer la place de la médecine de ville, des pharmaciens et des paramédicaux de ville comme première ligne de l'offre de soins
- 42 Assurer un pilotage coordonné au niveau de chaque territoire grâce au projet territorial de santé
- 43 Faire des parcours de psychiatrie et de santé mentale une priorité et un exemple pour la coordination des acteurs sur un territoire
- 43 Poursuivre le développement de la télémédecine et faire émerger un système d'information territorial et populationnel

6

REFONDER LA POLITIQUE EUROPÉENNE

Faire de la santé
un élément de la politique
industrielle européenne
et de l'indépendance
européennes

- 45 Des réponses en termes de veille épidémiologique et de suivi des systèmes de santé
- 45 Des réponses industrielles
- 45 Des réponses économiques
- 46 Des réponses éthiques

STOP AUX RÉFORMES COMPTABLES, OUI À UNE REFONDATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ !

« *Nous sommes en guerre* », annonçait Emmanuel Macron lors de son allocution aux Français le 16 mars dernier. Depuis, lors de leurs différentes prises de parole, le Président de la République, le Premier Ministre, l'ensemble de l'exécutif, ainsi que de nombreuses voix dans les médias, n'ont eu de cesse de saluer le travail des hospitaliers et des professionnels médico-sociaux, de les ériger en héros. À 20 heures chaque soir, que ce soit sur leur balcon, dans leur jardin ou à leur fenêtre, nos concitoyens ont applaudi tous ceux qui ont lutté depuis des mois afin de sauver des vies et de protéger les plus vulnérables.

Si elle peut avoir l'ambition politique de mobiliser la nation française dans son ensemble, la rhétorique de guerre choisie par le Président de la République ne doit pas éluder les sujets de fond. Cette crise sanitaire et la mobilisation exceptionnelle des hospitaliers a mis au grand jour leur engagement professionnel au service de tous malgré les difficultés auxquelles ils font face au quotidien, qu'elles soient conjoncturelles ou structurelles. L'annonce par le Président d'un plan d'investissement « massif » pour notre hôpital, que la FHF appelle de ses vœux depuis de nombreuses années, est porteuse d'espoirs.

Nous l'écrivions avant la crise du Covid-19, les établissements de santé et médico-sociaux ne peuvent plus tenir à ce rythme, perpétuellement suspendus à des ajustements principalement comptables. Comme les citoyens, ils souhaitent pour le système de santé plus de lisibilité et plus de collaboration entre acteurs, et attendent les moyens pour le faire.

La dernière réforme entreprise avait pour objectif – elle le portait dans son intitulé – la « transformation » de notre système de santé. La crise que nous traversons a montré que le système de santé en général, et l'hôpital en particulier, n'avait pas besoin d'être transformé au gré de réformes de colmatage. Il a besoin d'être refondé, pour être consolidé et sortir renforcé de l'épreuve que nous traversons. C'est l'objet des différentes propositions qui suivent, et versées au Ségur.

Nous attendons aujourd'hui plus que des paroles : des actes. Ambitieux, rapides et tangibles. Il est impératif d'avancer vers une refondation de notre système de santé qui soit à la hauteur de ce que le New Deal a été à l'économie. Il faut d'urgence une nouvelle donne pour la santé. ♦

AVANT-PROPOS

À Mulhouse, le 25 mars 2020, le Président de la République annonçait un « plan massif d'investissement pour l'hôpital ».

Depuis toujours, la FHF se bat pour dire qu'investir pour la santé est une richesse collective : toutes les études le prouvent, 1 € investi dans l'hôpital en génère 2 (salaires, achats, etc.). Après dix ans de politiques de rabot imposés aux établissements hospitaliers, la crise du Covid-19 a agi comme un révélateur. L'investissement est l'oxygène dont l'hôpital et les établissements sociaux et médico-sociaux ont besoin à court et long terme pour assurer leurs missions de service public. Les en priver, c'est prendre le risque de les asphyxier.

Investir dans la santé, c'est capitaliser sur notre bien commun le plus précieux, c'est dynamiser l'emploi en proposant des parcours de carrières aux femmes et aux hommes qui font la santé aujourd'hui – et la feront demain. C'est aussi donner les moyens aux acteurs en santé de prendre soin ou d'innover. C'est encore dessiner le modèle social et sociétal qui va avec : de quel système de santé souhaite-t-on disposer et qu'est-t-on prêt à y consacrer ? Indéniablement, l'ambition qu'une société porte à la protection de la santé de chacun de ses membres, sans distinction aucune, est un étalon de son niveau de développement éthique, de sa conscience d'être un collectif.

La FHF dessine ici des propositions thématiques étayées de ce que doit être, selon elle, ce « plan massif d'investissement », plan qui, doit dessiner une ambition, une nouvelle donne pour la santé, avec les moyens financiers associés.

Pour ce faire, la FHF peut s'appuyer sur un siècle d'existence, au cours duquel elle a œuvré à faire évoluer notre hôpital public et le maintenir à un niveau d'exemplarité reconnu de tous, y compris à l'échelle internationale. Créée en 1924, la FHF est composée de 20 grandes fédérations régionales qui assurent le lien permanent avec les 1 000 hôpitaux et 4 000 établissements médico-sociaux publics répartis sur tout le territoire. Elle peut aussi s'appuyer sur les nombreux travaux de ses pôles d'expertise, des commissions permanentes, des comités thématiques (FHF Prévention, FHF Cancer, Comité d'éthique), des délégations régionales (FHR), de ses échanges étroits et nourris avec les Conférences médicales et de directeurs du secteur.

La FHF tient à rappeler l'importance de penser un système de santé qui s'appuierait sur un soubassement de nature éthique avec une visée d'égalité d'accès aux soins pour tous et une visée corrélative qui serait l'équité de l'offre en tout point du territoire.

Elle peut aussi faire état d'une constance dans ses positions. Pour cela, citons l'importance des coopérations entre acteurs, la pertinence des actes ou encore son expérimentation sur une approche appelée la « responsabilité populationnelle », reposant sur une approche territoriale et les parcours de santé, impliquant tous les acteurs. ♦

Citons également l'importance qui doit être accordée à l'implication de la démocratie en santé sur les territoires et aux usagers au sein des établissements.

Éclairée par son comité d'éthique, la FHF considère que cette crise interroge dans le milieu de la santé la question du sens : le sens des politiques de santé, le sens du système de santé, le sens du service public, le sens du soin, la place des professionnels dans le système et dans le soin et la place des patients.

Forte de son expérience, de son expertise, de sa légitimité et consciente de l'importance d'échanger, de co-construire, la FHF verse aujourd'hui au débat des propositions thématiques autour de six objectifs politiques :

- **REFONDER L'ORGANISATION, LE PILOTAGE ET LA GOUVERNANCE DU SYSTEME DE SANTÉ** : Instituer une organisation lisible et efficace.
- **REFONDER LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTÉ** : Investir au service d'une stratégie juste et équitable, fondée sur des objectifs de santé publique.
- **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** : Réaliser un choc d'attractivité.
- **FONDER UNE VÉRITABLE POLITIQUE GRAND ÂGE – AUTONOMIE** : Transformer l'offre, renforcer les effectifs et les compétences, investir, développer le numérique.
- **REFONDER L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES SUR LA BASE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ** : Renforcer la place de la prévention, de la santé publique et les coopérations.
- **REFONDER LA POLITIQUE EUROPÉENNE** : Faire de la santé un élément de la politique industrielle et de l'indépendance européennes.

Ces propositions politiques sont au service d'une vision stratégique claire : refonder le système de santé pour dessiner un modèle solide et durable. Un modèle lisible et transversal. Un modèle qui tient compte des mutations de nos sociétés – qu'elles soient épidémiologiques mais aussi technologiques ou sociales. Autrement dit, la FHF appelle à un New Deal pour la santé.

Pour cela, la refondation du système de santé doit reposer sur la confiance. La confiance des usagers en santé et des professionnels qu'elle aura suscitée.

C'est ce que nous appelons de nos vœux, c'est que nous versons aujourd'hui au débat public, pleinement conscients du rôle que la santé joue dans notre société. ♦

1

REFONDER L'ORGANISATION, LE PILOTAGE ET LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Instituer une organisation lisible et efficace

NOS OBJECTIFS : démocratiser, mettre fin aux cloisonnements et simplifier au service des usagers.

NOS PROPOSITIONS : pilotage national unifié, réforme des ARS au niveau territorial, stratégie de gestion de crise clarifiée grâce à des échelons mieux identifiés, renforcement de la démocratie sanitaire.

UNIFIER LA GOUVERNANCE NATIONALE

La gouvernance nationale du système de santé est aujourd'hui éclatée entre plusieurs acteurs : DGOS, DGCS, Secrétariat général des ministères sociaux, DGS, CNSA, CNAM, etc. Le morcellement du pilotage du système de santé rend difficiles la définition et la mise en œuvre d'une véritable politique de santé, dont les objectifs, moyens et acteurs seraient clairement identifiés, dont la régulation serait unifiée, et dont les priorités seraient clairement partagées.

La FHF l'avait dit et écrit : pour mettre en œuvre efficacement « Ma Santé 2022 » (rapprochement ville-hôpital, importance du numérique, réforme du financement au service des parcours patients), on ne pouvait faire l'impasse sur ce sujet.

Avoir une loi intitulée « transformation du système de santé » en 2019 qui ne comprenait aucune mesure d'envergure sur la gouvernance était un véritable paradoxe. Des parlementaires, après échanges avec la FHF, avaient tenté de porter ce sujet dans le cadre de l'examen de la loi d'organisation et de transformation de la santé, ainsi que dans le cadre du PLFSS. Sans succès.

Ce cloisonnement a montré avec force ses lacunes dans le contexte de crise sanitaire :

- Cloisonnement sanitaire/médico-social en termes de prise en charge mais aussi imbroglio autour du périmètre des primes pour les professionnels ;
- Fonctionnement en silo qu'il faudra réinterroger à l'issue de la crise : masques, transferts de patients, etc.

La crise sanitaire a montré qu'il ne s'agissait pas d'un problème théorique : les cloisonnements entre administrations ont largement entravé la prise de décisions et la mise œuvre des orientations. La FHF demande donc à nouveau fortement **une unification de la gouvernance**, permettant de garantir une plus grande cohérence d'action ainsi qu'une plus grande lisibilité pour les citoyens, pour qui le système est peu compréhensible. S'il s'agit d'une réforme de fond structurante, une première étape peut être réalisée rapidement en fusionnant DGOS et DGCS. Elle demande également que soit mise en place une organisation de gestion de crise claire et connue avec une pré-identification des personnes et de leur rôle. ♦

RÉFORMER LES ARS AU NIVEAU TERRITORIAL

La FHF a toujours été partisane d'une régulation par les ARS plutôt qu'un retour à la compétence préfectorale. Les Agences constituent des institutions spécialisées dans le domaine de la santé qui réalisent l'unicité de pilotage (sanitaire, médico-social, ville) que la FHF demande au niveau national.

Mais les ARS doivent se réformer profondément. Là aussi, la FHF l'avait dit et écrit. La création des méga-régions a clairement éloigné certaines ARS des acteurs de terrain, nécessitant une beaucoup plus grande déconcentration du fonctionnement des agences.

Or, dans les faits, c'est l'inverse que l'on constate avec une réduction des capacités d'action des délégations départementales ou territoriales des ARS, qui subissent de façon disproportionnées l'attrition qualitative et quantitative des moyens.

Les ARS doivent tout d'abord pouvoir réguler l'ensemble de l'offre de soins et disposer des outils pour le faire, à l'égard du secteur libéral autant que du secteur public ou privé non lucratif, et ce pour assurer la continuité et l'adéquation de l'offre de soins aux besoins. Elles doivent également reconnaître que bon nombre de GHT ont fait la preuve de leur caractère opérationnel, puisqu'elles se sont largement appuyées sur eux.

L'un des enjeux est aussi de tenir des comptes des spécificités territoriales, d'aller vers le « sur mesure territorial ». Les enjeux (démographiques, sociaux, épidémiologiques) et les ressources (humaines médicales et paramédicales notamment) ne sont pas les mêmes d'un territoire à l'autre. Ce constat est vrai entre les régions, mais aussi au sein mêmes des régions, et encore plus avec la fusion de certaines d'entre elles. Ce qui nécessite un niveau d'animation régional repensé, car c'est à cette échelle qu'un certain nombre d'actions doivent être menées, avec une coordination des acteurs dont leur modalité d'association est, elle aussi, infrarégionale (GHT) voire infra-départementale (CPTS).

En termes de gouvernance, cela implique un temps 2 des délégations territoriales des ARS, qui doivent pouvoir jouer ce rôle. Ceci nous semble d'autant plus vrai que la fusion des régions a entraîné, pour un certain nombre de territoires, un éloignement du siège de l'ARS des professionnels et des structures.

Cela implique un certain nombre d'évolutions : davantage de responsabilité aux délégations territoriales, la création d'emplois fonctionnels pour ces postes afin d'y attirer un certain nombre de professionnels, le renforcement d'une fonction d'animation voire de facilitateur de projets, pour un certain nombre initiés et portés par les acteurs de terrain.

Ceci est d'autant plus vrai en période de crise et, par exemple, lorsqu'il s'est agi en ce moment de déployer un plan pour les EHPAD au niveau territorial.

De ce point de vue deux scénari peuvent être élaborés :

- Les ARS et singulièrement les délégations départementales parviennent à faire leur transformation « agentielle » en devenant une véritable structure de pilotage et d'appui pour les acteurs de santé des territoires (hôpital / médico-social / ville) Cette évolution est impossible aussi longtemps que les DDARS ne sont pas placées clairement en responsabilité avec une véritable délégation de pouvoir du DGARS dans le cadre d'un « mandat de gestion et de négociation » avec les acteurs du territoire.

Cette évolution suppose une véritable révolution culturelle des ARS et des DGARS, plus naturellement tentés de concentrer toutes les responsabilités et toutes les ressources, avec un risque évident de bureaucratisation, que renforce le gigantisme de beaucoup de nouvelles régions.

- Mais il ne faut pas exclure un changement plus radical en transférant à un groupement de santé du territoire – dont le GHT constitue déjà une composante essentielle - les fonctions de régulation sur le territoire. Ce scénario plus radical mettrait fin à la distinction entre instance de pilotage et de production du soin et supposerait d'avancer vers un système de santé unifié également au niveau territorial. En ligne avec le principe de « responsabilité territoriale », il suppose une grande maturité des acteurs dans leur volonté de travailler ensemble au-delà de leur différence de statut.

Ce modèle cible pourrait être expérimenté dans quelques territoires pionniers dès l'année 2022. ◊

MIEUX SE PRÉPARER À UNE GESTION DE CRISE SANITAIRE, PRINCIPALEMENT AU NIVEAU NATIONAL ET RÉGIONAL

Les établissements de santé ont su faire évoluer leurs organisations en gestion de crise sanitaire grâce à une préparation en amont appuyée par des plans blancs permettant d'anticiper et d'adapter les organisations au fil de l'eau et des exercices réguliers menés annuellement. Les hôpitaux disposent ainsi d'une organisation de crise qui peut être rapidement déclenchée avec une cellule de commandement claire et une pré-identification des personnes, de leurs rôles et de la hiérarchie.

Cette crise a révélé la souplesse et la capacité d'adaptation à la gestion de crise de la gouvernance hospitalière, notamment autour du couple Président de CME et Directeur. Le rôle essentiel et complémentaire de chacun a été particulièrement mis en lumière au gré des cellules de crise, ouvertures de lits, organisation des renforts, réponses aux besoins des services...

Pour la FHF, cette gouvernance équilibrée, reflet de la communauté hospitalière dans toutes ses dimensions doit être préservée, renforcée par l'expérience de la crise. La réflexion en cours sur la gouvernance hospitalière, notamment dans la perspective de l'approfondissement des GHT, pourra s'appuyer sur le caractère opérationnel et la fluidité de cette gouvernance au cours de la période.

Sur le territoire et le renforcement du GHT :

La FHF rappelle son attachement à ce que les compétences socles de la CMG soient en lien direct avec le projet médical partagé et la stratégie de groupement.

Au sein des établissements publics de santé :

Dans une logique de renforcement de la médicalisation de la gouvernance hospitalière, la FHF a porté un ajustement des compétences de la CME et de celles du PCME notamment en lien avec l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie médicale, tout comme dans l'élaboration de la politique d'accompagnement à la prise de responsabilité managériale des professionnels médicaux.

Il s'agit de faire évoluer la gouvernance hospitalière pour permettre une meilleure association et responsabilisation de l'ensemble des corps de métiers :

- Étendre les compétences de la CME en lui permettant de rendre un avis sur les principaux actes de gestion de l'établissement.
- Créer un statut du président de CME avec un temps dédié et des moyens d'appui mis à disposition laissés à l'appréciation des établissements.
- Faire du PCME le pilote du projet médical en lien avec le directeur avec bilan annuel en CME et en conseil de surveillance.

Dans les établissements, et sans remettre en cause ni affaiblir les pôles, il s'agit de remettre en valeur les services. Bien sûr, des enseignements peuvent être tirés pour les établissements : nécessité de prévoir dans les programmes de construction une modularité rapide... et de pouvoir raccourcir le temps entre la définition du besoin et l'inauguration ! Cette modularité n'a bien sûr de sens que si, en parallèle, les ressources humaines qualifiées sont existantes et mobilisables.

S'habiller et se déshabiller avec des équipements spécifiques, pouvoir doubler rapidement les chambres à 1 lit, s'entraîner à la transformation de l'hôpital en quelques heures aux différents types de crises, ceci nécessite de prévoir, s'entraîner, ce que les établissements sont habitués à faire (exercice plan blanc, plan NRBC, etc.)

La crise montre également que les GHT doivent pouvoir être consolidés. Un certain nombre ayant prouvé leur capacité opérationnelle dans la gestion de la crise du Coronavirus (gestion des lits par exemple), leur capacité d'action devra pouvoir être reconnue par un renforcement de leur capacité décisionnelle et de leur gouvernance, notamment par la possibilité d'opter pour la personnalité morale et l'augmentation de leur champ de compétence (gestion des lits, organisation des filières, autorisations sanitaires...).

L'organisation de la gestion de crise au plan national et régional a, en revanche, souvent été perçue comme une organisation « au fil de l'eau », évolutive (thématique-dépendante et fluctuante : cf. masques, tests). Elle gagnerait à être plus transparente et connue de tous afin de gagner en efficacité et en opérationnalité. Ceci vaut pour tous les aspects, intégrant la logistique, les équipements de protection, les médicaments, etc. Elle pose également la question de la nécessaire création d'un hub de données de gestion de crise, un entrepôt sécurisé. Il aurait le grand avantage d'intégrer, pour une partie des fonctionnalités de ce HUB, par exemple, SIVIC, lourd et basique, qui n'a pas été conçu pour gérer une crise.

Au niveau national, il est en effet indispensable de mettre en place une organisation de gestion de crise claire et connue avec une pré-identification des personnes et de leur rôle. Les plans blancs des établissements peuvent inspirer l'organisation opérationnelle à mettre en place au niveau national en temps de crise en pré-identifiant des cellules thématiques et les différents responsables. Un référent coordonnateur doit être prévu afin de faire le lien avec l'ensemble des référents régionaux et garantir l'articulation entre les différents niveaux (national, régional, établissement). Une nécessaire clarification des missions respectives des niveaux national, zonal et régional, en matière de gestion des crises sanitaires constitue en effet une préoccupation forte.

Il faut en parallèle prévoir une gestion de crise par territoire au sein des projets territoriaux de santé afin d'articuler les plans blancs des GHT, des cliniques et de la ville et pour favoriser les parcours et le lien ville-hôpital. Cela permet d'établir une gradation dans la mobilisation des établissements d'un territoire avec des établissements de première, seconde et troisième ligne et de penser l'articulation avec les professionnels libéraux de ville bien en amont. L'ARS devra coordonner l'ensemble des plans blancs émanant afin d'élaborer un plan régional des situations exceptionnelles et de garantir leur cohérence à l'échelon régional. La crise révèle les fragilités particulières de certains territoires (Seine-Saint-Denis, outre-mer, Corse) pour lesquels il faut organiser un rattrapage et sanctuariser des capacités à répondre aux crises sur ces territoires. ♦

RENFORCER LA DÉMOCRATIE SANITAIRE ET LA PARTICIPATION DES USAGERS DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

La démocratie en santé désigne la démarche qui associe les usagers et les autres acteurs du système de santé (professionnels, élus) à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Elle a pour objectif d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé en obligeant les décideurs à prendre en compte le regard des premiers concernés, les usagers.

Avec le développement de la logique de projets dans les politiques de santé, le processus démocratique prend de plus en plus d'importance, car la santé, préoccupation majeure des citoyens, est également un objet démocratique à conquérir et à valoriser. Cette démocratie passe notamment :

- **Par des instances officielles** qui fonctionnent sur le mode représentatif et qui interviennent au niveau régional, départemental ou au niveau local auprès des établissements de santé,
- **Par des débats/jurys citoyens**, conférences, ateliers qui permettent une participation directe des citoyens.

Cette démocratie peut vivre aussi bien à l'échelle d'un établissement de santé qu'à l'échelle communale, départementale, régionale, voire nationale.

La participation des patients est un objectif dont l'importance est chaque jour réaffirmée. La FHF préconise de co-construire avec les usagers les filières de santé dans les établissements et dans les territoires, développer et encadrer l'interventions des patients experts, pairs aidants, patients ressources, médiateurs pairs et patients, rechercher et intégrer l'expérience patient dans nos établissements, développer les instances et modalités de représentation des usagers en santé dans les établissements. Cette démocratisation doit également se faire à l'échelon régional et national. Elle doit enfin pouvoir s'exprimer dans les établissements volontaires au sein des instances de gouvernance (Directoire, CME).

Ainsi, la construction des filières de santé devra mieux associer les patients et leurs représentants dès le diagnostic territorial, mais également lors de la définition de l'offre et de l'évaluation des projets.

En outre, le développement du concept de patient acteur, ainsi que le renforcement des compétences des patients, sont des axes majeurs de la transformation du système de santé.

Les établissements de santé publics se donnent pour objectif de mieux intégrer ces nouvelles formes de participation des patients dans la définition des projets de prise en charge.

En effet, ces patients acteurs représentent un important potentiel pour l'amélioration de la prise en charge des patients, notamment les patients souffrant de pathologies chroniques ; ils ont en effet développé une expertise particulière dans la connaissance des pathologies et des parcours.

En s'appuyant sur cette expertise patient, il devra être possible de mieux adapter les prises en charge et les filières de santé en identifiant les bonnes pratiques, les difficultés et les points de rupture de parcours.

Au-delà de la définition de ces différentes notions, il s'agit de valoriser le rôle des patients, à l'échelle individuelle comme à l'échelle des parcours de santé.

La prise en charge hospitalière des patients demande d'aller au-delà de la seule logique curative de la pathologie, en favorisant une prise en charge globale de la personne hospitalisée. Le développement des parcours de santé tend également à renforcer cette exigence. L'expérience-patient, qui vise à donner un cadre conceptuel et un outil d'évaluation pour cette prise en charge globale, est une idée émergente.

Selon la définition proposée par l'Institut Français de l'Expérience Patient, « *c'est l'ensemble des interactions et des situations vécues par une personne ou son entourage au cours de son parcours de santé. Ces interactions sont façonnées à la fois par l'organisation de ce parcours mais aussi par l'histoire de vie de la personne concernée.* ». Ainsi, l'attention portée à l'expérience patient est de nature à améliorer deux aspects de la qualité des soins et des parcours :

- La participation du patient à sa prise en charge ;
- La prise en compte de ses expériences par les professionnels.

Dans le champ médico-social, il est nécessaire également de renforcer la participation, l'information et l'expression des personnes accueillies. La prise en considération de la parole des personnes en situation de handicap et des personnes âgées et la participation à la vie politique et civique sont les conditions de leur citoyenneté pleine et entière qui doit pouvoir s'exercer en établissement comme dans les services à domicile.

Il s'agit de promouvoir partout une logique de participation, à travers le développement des démarches de participation et d'expression directe des personnes accompagnées, au-delà des conseils de la vie sociale dont l'évolution devra être envisagée. ♦

■ LANCER ENFIN LE CHOC DE SIMPLIFICATION

Enfin, parmi les leviers majeurs pour refonder notre système de santé, figure en très bonne place celui de la simplification. Il s'agit de lutter contre le poids des normes et des réglementations pesant sur l'hôpital et sur le secteur médico-social, permettant de libérer de l'énergie et du temps « utile ». De débusquer les injonctions contradictoires, renforcer la confiance aux acteurs, à rebours de la multiplication des normes, des instructions, des reportings, etc. La crise a montré qu'on pouvait faire en trois jours ce qu'on fait en trois mois. Il faut donc capitaliser et poursuivre dans la voie de la simplification.

Cela peut être :

- Mettre réellement en œuvre le « dites-le une fois ». Ce rôle pourrait être fait en lien avec le délégué territorial et les territoires sur la base d'un système d'information simple.
- Réduire les normes, au bénéfice d'indicateurs.
- Simplifier les calendriers de remontées d'information entre les différents secteurs (qualité, finances...), unifier et simplifier les différents reportings car l'hôpital n'est pas une administration dont l'activité principale serait la production d'écrits.
- Simplifier les procédures d'autorisation.
- Revoir et unifier les processus d'évaluation et de certification, les simplifier en les articulant principalement avec les processus managériaux, la réalisation du projet médical. ♦

2

REFONDER LE FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTÉ

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

NOS OBJECTIFS : METTRE ENFIN LE BUDGÉTAIRE AU SERVICE DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE .

Investir, investir, investir et sortir des approches purement budgétaires. En matière de finances, les propositions de la FHF visent à sortir de la logique comptable et court-termiste qui a présidé à l'allocation du budget national de la santé au cours des dernières années, pour répondre d'une meilleure façon aux besoins de santé des Français. Voter et répartir les ressources pour mieux prendre en charge chaque citoyen dans tous les territoires, sans économies aveugles, doit être le principe fondateur du nouveau système de santé.

Des propositions ambitieuses, cohérentes avec la crise traversée par le pays et réalistes peuvent donner corps à ce projet.

NOS PROPOSITIONS : UNE STRATÉGIE SANITAIRE JUSTE ET ÉQUITABLE FONDÉE SUR LA SANTÉ PUBLIQUE, SUR UNE RÉPARTITION SOLIDAIRE DES MOYENS, UN FINANCEMENT AMBITIEUX À LA HAUTEUR DES BESOINS.

SORTIR D'UNE GESTION COMPTABLE DE L'ONDAM POUR UN PILOTAGE STRATÉGIQUE ET DÉMOCRATIQUE DANS UNE LOGIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE

CONSTRUIRE MAINTENANT UN OUTIL DE PILOTAGE DÉMOCRATIQUE AU SERVICE DE LA SANTÉ DES CITOYENS

La crise sanitaire actuelle révèle la nécessité impérieuse de remettre en cause la régulation comptable de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM).

Ce système de maîtrise des dépenses de santé, créé en 1996 et voté chaque année par le Parlement, a certes démontré sa redoutable efficacité en matière de respect comptable du budget. Pourtant, alors que l'ONDAM concerne quasiment toutes les dépenses d'assurance maladie, les mécanismes de régulation permettant de ne pas dépasser le budget voté ne pèsent que sur **les seuls hôpitaux**, ces derniers ayant dû **réaliser 9,4 Mds€ d'économies** aveugles sur les 16 dernières années. Il est en outre devenu quasi-illisible et quasi-incompréhensible, y compris pour les acteurs du secteur.

La crise sanitaire actuelle est l'occasion de réfléchir à un nouveau système dont l'objectif sera l'amélioration de la santé des citoyens, fondé sur la responsabilité populationnelle au sein des territoires et

des régions, la prévention et la réduction des actes et soins inutiles ou redondants, l'accès aux soins de tous et notamment des plus vulnérables et des plus démunis.

Si l'existence d'un budget national dédié à la santé et débattu démocratiquement est indispensable, il est impératif d'en faire un outil de pilotage véritablement au service d'une politique d'amélioration de la santé des citoyens et d'objectifs de santé publique. Pour cela, la responsabilité doit être équitablement partagée entre tous les acteurs de la santé, avec une égalité de droits et de devoirs.

Il est également impératif que **ce nouveau budget national soit en adéquation avec les coûts engagés par les hôpitaux publics**, dont l'équilibre économique doit être préservé et garanti par la Nation.

RATTRAPER LE TEMPS PERDU À TRAVERS UN PLAN DE RATTRAPAGE À L'HÔPITAL ET EN EHPAD

Au-delà de ces principes, un plan massif de soutien à l'hôpital et aux EHPAD publics est attendu, tant en investissement qu'en fonctionnement afin de **rattraper les années d'asphyxie financière imposée aux établissements publics. Il convient donc de valoriser pleinement :**

- La pertinence des actes, des soins et des parcours.
- Le service public hospitalier, dont les financements doivent être accrus et réservés aux établissements en assumant pleinement toutes les missions et toutes les contraintes, sans sélection des activités et des patients.

Ces missions transversales financées par MIGAC ont été clés pendant la crise et ont souvent été celles qui ont permis de créer et d'animer la transversalité (équipe mobile d'hygiène, astreintes territoriales...).

- **La recherche et l'innovation – la crise du Covid et la mise en lumière des travaux de recherche montre s'il en était en besoin le besoin de financement accru en la matière.** ◊

FINANCER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Dans un système où les établissements de santé ont porté à eux seuls la responsabilité de la régulation de l'ONDAM global et ont servi de variable d'ajustement pour le respect d'un ONDAM, dont ils ne représentent pourtant que 40%, on peut donc constater que, au sein de l'ONDAM hospitalier, c'est le financement de la recherche et de l'innovation qui a été le plus impacté par les mécanismes de régulation de l'ONDAM. En diminuant la capacité d'investissement des établissements de santé et en ponctionnant les financements dédiés à la recherche et à l'innovation, on obère tout simplement l'avenir même de notre système de santé et ses évolutions futures.

La dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation - qui représente en 2018 48% des crédits MERRI - a ainsi diminué de 2% entre 2014 et 2018, alors que l'ONDAM des établissements de santé progressait de 11,8% sur la même période. Cette évolution péjorative des financements de la recherche et de l'innovation a fortement impacté les établissements publics de santé, dont la part dans les efforts de recherche est pourtant primordiale et prépondérante. Leur dotation socle a ainsi diminué de 6,4% entre 2014 et 2018.

Les crédits MERRI ne peuvent plus continuer à servir de variable d'ajustement du respect de l'ONDAM hospitalier, voire de l'ONDAM global.

Nous proposons donc :

- **Le réajustement du montant de l'enveloppe MERRI** et la poursuite de la compensation des

ponctions antérieures. Dans le cadre du plan « Investir pour l'hôpital », il est prévu, échelonné sur 3 ans, un abondement de 40 M€ sur les crédits MERRI. Nous serons particulièrement vigilants au respect de cet engagement.

- Au-delà de cette simple compensation, il est essentiel que **l'enveloppe MERRI dans son ensemble et la dotation socle en particulier progressent dans les années à venir sur la base d'un taux d'évolution calé sur celui de l'ONDAM hospitalier** et ce, a minima, indépendamment de tout effet de périmètre qui pourrait venir se rajouter.

Mais de telles mesures de rééquilibrage n'auront d'impact et d'effet que si les crédits de la dotation socle et les marges de manœuvre qui auront été dégagées au sein de l'ONDAM bénéficient en totalité aux établissements et structures ayant une véritable stratégie de recherche, des équipes structurées et mutualisées de recherche et consacrant des moyens à la recherche et à l'innovation. Il est donc primordial de **recentrer les financements sur la réalité des efforts des établissements pour développer la recherche**, afin de garantir que le financement s'appuie sur une qualité prouvée.

L'évolution de ces critères de ventilation d'une enveloppe recherche réajustée, ré-abondée et évoluant au même rythme que l'ONDAM hospitalier permettrait ainsi de déployer la stratégie de recherche publique avec pour objectif de conforter et développer le rôle et le poids des établissements publics de santé en matière de recherche et d'innovation autour :

- De modèles collaboratifs de coopérations gagnants/gagnants fondés sur des équipes territoriales de santé, selon des modalités différentes selon les régions et les territoires s'appuyant sur les expériences déjà développées, mais reposant sur des objectifs partagés et des principes communs.
- Des plateformes et des DRCI mutualisées et partagées.
- Des équipes localisées d'investigations dont l'autonomie de fonctionnement serait préservée. ♦

SUPPRIMER LE COPERMO DANS LE CADRE D'UNE RELANCE PAR L'INVESTISSEMENT ET D'UNE RÉPARTITION TERRITORIALE ET ÉQUITABLE DES MOYENS

Instrument pourtant indispensable pour assurer la pérennité du système de santé et sa capacité à innover, l'investissement à l'hôpital public s'effondre. En 2018, avec 4,8% du budget total consacré à l'investissement, l'hôpital se situait au niveau le plus bas du XXI^e siècle, en baisse constante depuis 2009.

La moitié des hôpitaux investissent moins de 3%, c'est-à-dire moins que le seuil minimal vital recommandé par IGAS et IGF (rapport « Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier ») **pour conserver un outil de soin optimal.**

Si la situation est déjà très préoccupante dans beaucoup d'établissements, **une confirmation de la tendance à moyen terme mettrait en cause de la capacité du système de soin à se maintenir à niveau et à réussir les transformations vitales** pour lui (développement de nouvelles techniques, acquisition de nouveau matériel, transition numérique et environnementale, etc.). L'innovation, indispensable pour assurer le progrès des soins, s'en trouverait également compromise.

Il faut donc investir plus, et le faire d'urgence. 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). La FHF propose que le budget dédié à la santé soit augmenté de telle façon **qu'un plancher de 7% (contre 4,8% en 2018) du budget puisse être dédié à l'investissement, ce qui représente une hausse de 2 milliards d'euros par an.**

Nous proposons, afin d'atteindre cette cible, d'utiliser trois leviers :

- La reprise partielle de la dette (10 Mds€ + intérêts) des hôpitaux publics s'il est confirmé qu'elle est bien incluse dans le transfert de 136 Md€ de dette sociale vers la CADES. Cette mesure permettrait de dégager environ 800 M€ et 1 Md€ d'investissement / an.

- Des subventions publiques (apports en capital) à privilégier pour les plus grosses opérations, qui pourraient représenter 500M€ à 600 M€ / an.
- Le recours à des prêts à taux bonifié (marge bancaire à zéro par exemple) à travers le livret A ou la création d'un livret H, pour financer des investissements hospitaliers à travers un des outils préférés d'épargne des Français. Cela aurait du sens d'utiliser un volet de cette épargne pour investir dans l'hôpital public, service public en qui les Français ont le plus confiance, à hauteur de 500 à 600 M€ / an par exemple.

Le desserrement de l'ONDAM permettra également de réduire la pression financière sur les établissements publics de santé et de restaurer leurs capacités d'autofinancement des investissements. La pluri-annualité doit également être de mise, afin d'assurer de la visibilité.

S'il faut investir davantage, il faut aussi investir mieux. L'approche comptable qui préside au pilotage du COPERMO et se traduit souvent par des suppressions aveugles de lits doit être abandonnée au profit d'une approche fondée sur les besoins des territoires, de la population. Un nouveau cadre de concertation, moins vertical doit être mis en place pour remplacer le COPERMO.

Un seul critère, celui de la marge brute non aidée, et surtout une cible unique (7 à 8% quelle que soit la situation initiale des établissements concernés) ne peut répondre à la question de l'opportunité du financement des investissements. Il est indispensable de tenir compte en priorité :

- De la structuration de l'offre de soins et du positionnement de l'établissement dans l'offre de soins et de la pertinence des investissements ;
- De la nature du patrimoine de l'établissement (en particulier l'existence de secteurs très consommateurs d'investissements : réanimation, blocs opératoires, plateaux...);

- De l'état du patrimoine (vétusté, sécurité, conditions d'accueil des patients et de travail des personnels) ;
- Des objectifs de réduction des consommations d'énergie (loi Elan, décret tertiaire).

La nature des investissements est enfin importante. Au-delà de l'investissement immobilier, qui peut demeurer pertinent selon les cas, les équipements du quotidien, la politique numérique en santé (convergence des SI dans les GHT ; liens ville/hôpital ; prise en charge en amont et en aval des hospitalisations) et les critères environnementaux doivent être inclus dans chaque projet.

D'autre part, la France a déjà fait l'expérience d'une relance ponctuelle de l'investissement à travers deux plans massifs financés par l'emprunt (plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012), et l'on mesure désormais qu'ils apportent des réponses temporaires sans résoudre les questions structurelles.

Plutôt qu'un nouveau plan, il faut donc une stratégie et un budget pérennes pour l'investissement à l'hôpital.

Enfin un plan d'investissement fléché vers les ESMS public, (qui n'ont pas bénéficié des abattements de charges du secteur privé) à hauteur d'au moins 300 M€ par an doit être engagée sans délai à la fois pour mettre en œuvre la transformation domiciliaire et développer des nouvelles technologies dans le secteur du grand âge et du handicap. ♦

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

La crise sanitaire a démontré la nécessité de simplifier les processus de gestion de l'hôpital public.

En effet, au fil des années, des règles de facturation de plus en plus complexes se sont accumulées dans les établissements, conduisant d'une part à consacrer une part importante du personnel à des tâches de gestion et d'autre part à empiéter sur le temps dédié au soin des médecins et personnels paramédicaux.

En particulier, le fait de devoir facturer les soins à deux organismes distincts (assurance maladie obligatoire et assurances maladies complémentaires) a mobilisé une énergie toujours plus importante : les règles de facturation comme le paysage des assurances maladies complémentaires sont en mouvement perpétuel et les établissements doivent, pour chaque patient, appliquer des règles particulières tout en vérifiant en détail les couvertures de chacun.

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. ♦

REPENSER EN PROFONDEUR L'ENSEMBLE DES MODÈLES DE FINANCEMENT POUR FAIRE DE LA PRÉVENTION, DE LA PERTINENCE ET DE LA QUALITÉ DES SOINS UNE PRIORITÉ TRANSVERSALE À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Les modalités de financement du système de santé doivent reposer enfin sur une approche décloisonnée entre les acteurs de la santé, à l'hôpital comme en ville, et traduire l'exigence d'une politique de prévention, de qualité et de pertinence des soins à l'échelle d'un territoire.

Actuellement la régulation des financements de l'offre de soins n'est pas directement reliée à la réponse à apporter aux besoins de santé sur chaque territoire, ce qui est générateur d'une perte de sens et d'un sentiment d'injustice de la part des acteurs de la santé, publics ou privés, exerçant en établissement ou à titre libéral.

S'il faut bien sûr continuer à financer pleinement l'acte ou la séquence de soin, la santé de ne se limite pas à ces prises en charge. Il convient de le reconnaître.

CONSERVER ABSOLUMENT UN MODÈLE DE FINANCEMENT COMMUN AU SECTEUR PUBLIC ET AU SECTEUR PRIVÉ ET UNE RÉFÉRENCE À L'ACTIVITÉ

Si des évolutions sont nécessaires parce qu'elles répondent à une logique et une cohérence de santé publique, elles doivent s'appliquer à tout le monde. Il est important que les acteurs qui répondent à une même finalité reçoivent tous les mêmes incitations.

À cet égard, l'analyse de quarante ans de politiques budgétaires conduit sans ambiguïté, et à rebours des idées préconçues, à constater que, dès lors que coexistent un mode de financement à l'activité pour le secteur privé et un mode de financement par dotation à l'hôpital public, l'hôpital public est toujours et largement perdant.

Les exemples de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR) publics, restés dans le système de la dotation globale de 1984, l'illustrent clairement. Ainsi, **au cours des sept dernières années, les ressources de la psychiatrie publique sous dotation augmentaient 5 fois moins vite que celles du secteur privé financé au prix de journée.**

La raison de ces iniquités de traitement, qui vont parfois à rebours des déclarations politiques, réside notamment dans la nature des outils de régulation budgétaire : quand il devient nécessaire de faire des efforts, il est toujours plus simple de bloquer l'évolution d'un budget global que de réguler un financement à l'acte ou au prix de journée, qui revient à baisser les salaires des médecins dans le secteur libéral.

D'autre part, si l'évolution des tarifs a été utilisée pour traduire les économies demandées par les pouvoirs publics depuis de nombreuses années, elle conserve l'avantage majeur d'allouer équitablement les ressources entre établissements en fonction des patients effectivement accueillis et de leur situation. Ce n'était pas le cas des modes de financement antérieurs qui était inéquitables et injustes, notamment la dotation globale qui reconduisait des financements historiques, conduisant à l'étouffement des hôpitaux à l'activité dynamique.

RÉFORMER LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ DANS UNE LOGIQUE DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Une réforme de la T2A, nécessairement commune aux secteurs publics et privés, doit d'une part répondre aux insuffisances du modèle actuel et, d'autre part, permettre d'atteindre les objectifs de prévention sur un territoire, de pertinence des soins et de décloisonnement des prises en charge au cœur de la logique dite de responsabilité populationnelle.

- Répondre aux insuffisances du modèle actuel : les **nomenclatures d'actes** doivent être entièrement revues dans les 2 ans, pour correspondre aux coûts réellement constatés et mettre un terme aux effets de rentes et de sous-financement. Il convient concrètement de moins financer le curatif, le standard, le technique et le sur-financé afin de mieux financer le préventif, le complexe, le temps intellectuel et le sous-financé. En termes de **codage de l'activité**, une simplification est également nécessaire.

- Donner corps à la responsabilité des acteurs locaux vis-à-vis d'une population pour refonder le système de santé. La prévention, la qualité et la pertinence des soins sont aujourd'hui encore très insuffisamment pris en compte.

La proposition est donc de perfectionner la régulation prix-volume :

- En prenant mieux en compte la réponse à apporter aux besoins de santé de la population.
- En corrigeant les inégalités de consommation de soins réparables territorialement.
 - À moyen terme, un volet financier reposant sur cette responsabilité populationnelle pourrait reposer, selon une logique « bottom-up », sur les programmes cliniques intégrés des professionnels et des acteurs de santé.

- Mais cette démarche complexe implique dans un premier temps et pour répondre à l'urgence de mettre en œuvre un modèle intermédiaire. **En complément de la T2A qui serait conservée, une dotation populationnelle régionale établie dans le cadre d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM) pourrait financer les missions de prévention (en substitution des activités de T2A désormais évitées, notamment pour les pathologies chroniques) et de pertinence des soins. Cette dotation serait répartie entre les acteurs pour financer des actions de réduction des actes inutiles et redondants sur le fondement d'action concertées et objectivables.**

Ce modèle plus redistributif cherche à corriger progressivement les inégalités territoriales de consommations de soins, repérables au travers du ratio comparant entre territoires la dépense moyenne de santé par habitant, à structure d'âge comparable, quel que soit le lieu de réalisation des soins. Il peut se décliner à un niveau infrarégional via une enveloppe financière territoriale de santé, sous forme d'expérimentation sur les territoires où la responsabilité populationnelle se déploie. Expérimenté sur le territoire des Deux-Sèvres en collaboration avec l'École des Mines de Paris, ce dispositif, en révélant la faiblesse de la consommation de soins dans plusieurs disciplines, a permis aux acteurs de santé regroupés dans le GHT et les CPTS de mettre en œuvre des actions correctives permettant de mieux répondre aux besoins de santé en réduisant les écarts de consommation de soins les plus importants constatés par exemple en neurologie ou en cardiologie.

Une telle démarche permet :

- De réduire les inégalités de financement entre les régions.
- De ne pas désinciter les acteurs à agir et réduire leur activité, en redistribuant, au niveau de chaque territoire, un volant de financement basé sur des critères populationnels et modulé selon les efforts des acteurs pour la pertinence et la prévention.

RÉDUIRE LA TARIFICATION À L'ACTE QUI NE PERMET PAS DE FINANCER CERTAINES MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Dès lors qu'il s'agit de réduire la part des financements à l'activité dans le système de santé, il est logique de diminuer également la part de la tarification à l'acte.

La tarification à l'acte consiste en effet en la facturation d'une prestation de soin technique ou intellectuelle pour un acte donné (exemple : consultation). Dans le secteur privé, la tarification à l'acte rémunère **directement** l'effecteur du soin qui encaisse le prix de l'acte. Le salaire dépend dans ce cadre principalement du volume d'actes réalisés. Les missions telles que la prévention, la réflexion sur la pertinence sont insuffisamment rémunérées.

Pour respecter l'esprit d'une santé pour tous libérée des logiques marchandes et assurer la meilleure pertinence des soins, il convient de diminuer très largement la tarification à l'acte partout où elle est pratiquée, en favorisant notamment les financements au forfait pour les pathologies chroniques, qui couvrent des épisodes de soins cohérents.

Enfin, le comité d'éthique de la FHF considère qu'il serait important de considérer comme des actes le fait de conduire une réflexion éthique et si possible de mener un processus délibératif collégial pour éventuellement décider de ne pas faire alors même qu'aujourd'hui la tarification à l'activité incite à faire des gestes techniques et à agir parfois sans forcément anticiper les conséquences des actes. Accompagner un patient est aussi un acte, communiquer avec lui, l'accompagner doit être considéré comme un acte. ♦

DE TOUTE URGENCE, RÉTABLIR ET PÉRENNISER UN FINANCEMENT ÉQUITABLE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET DES SSR

La psychiatrie et les SSR publics sont depuis trop longtemps les grands oubliés des réformes du système de santé. Ces deux secteurs du soin sont à la fois mal financés et sous-financés. Alors que les soins aigus ont bénéficié d'un nouveau modèle de financement à la fin des années 2000, **les règles**

définissant l'allocation des ressources pour la psychiatrie et les SSR publics datent du début des années 1980. Deux modèles d'allocation des ressources coexistent entre, d'un côté, le service public (une dotation annuelle de fonctionnement) et, de l'autre, le secteur privé lucratif (prix de

journée). Cette coexistence de deux modèles se fait au détriment du public et induit des effets pervers dans l'organisation de l'offre de soins, le financement par dotation ne permettant pas la même souplesse que le prix de journée. Ce constat, connu de tous, a conduit à engager des travaux de réforme qui doivent aboutir au 1er janvier 2021.

Surtout, le budget du secteur public évolue beaucoup moins vite que celui du secteur privé lucratif, et beaucoup moins vite que le budget annuel consacré par la Nation aux soins.

Ainsi, les ressources de la psychiatrie de service public ont progressé en moyenne de 1,2% sur les 7 dernières années contre 3,2 % pour le secteur privé lucratif.

Il est donc urgent de changer les règles, dès le 1er janvier 2021, et de compenser le sous-financement historique qui a empêché le plein développement de ces secteurs du soin. **La FHF et l'ensemble des acteurs publics demandent ainsi une remise à niveau du budget public à hauteur de +5% dès 2021 pour faire l'An II de la psychiatrie publique. ♦**

MIEUX TENIR COMPTE DES SPÉCIFICITÉS DES OUTRE-MER ET DE LA CORSE

LES OUTRE-MER ET LA CORSE FONT FACE À DES SPÉCIFICITÉS FORTES VIS-À-VIS DE LA MÉTROPOLE ET ENTRE ELLES

Les départements et régions d'Outre-Mer et la Corse font face à des contraintes et des spécificités fortes en termes de démographie, d'épidémiologie, de démographie des professionnels de santé (recrutements) mais aussi en termes de coûts.

Comme le relevait le rapport « Ma Santé 2022 » de début 2019, « *les établissements publics des DOM (92 établissements dont 30 publics) concentrent l'ensemble des spécificités de ces territoires* », les caractéristiques différant « *fortement de la métropole, elles diffèrent aussi d'un DOM à l'autre.* »

Dans ce contexte, les établissements des DOM sont financés à l'activité pour une large part, hormis Mayotte qui est sous dotation globale. Afin de tenir compte de certains surcoûts vis-à-vis des tarifs de T2A qui sont des moyennes nationales, un coefficient géographique est appliqué, dont le calcul présente plusieurs lacunes majeures ; en conséquence, le financement structurel de ces établissements s'en trouve déstabilisé.

Depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics répondent à ces difficultés structurelles par des moyens conjoncturels, sans vision d'ensemble. Il est nécessaire d'apporter une réponse globale et cohérente en tenant compte de la variété des situations.

DES RÉPONSES STRUCTURELLES ET ADAPTÉES AUX TERRITOIRES DOIVENT ÊTRE APPORTÉES D'URGENCE

Le rapport « Ma santé 2022 » proposait justement de distinguer deux types de situation.

Au-delà des principes généraux, la FHF appelle à concerter précisément le dispositif technique avec les acteurs des DOM et de la Corse.

• POUR LA MARTINIQUE, LA GUADELOUPE ET LA RÉUNION

Ces territoires pourraient rester dans le modèle de financement général, qui inclut une part de tarification à l'activité, sous réserve des évolutions demandées par ailleurs par la FHF sur les modes de financement.

La FHF demande l'application du coefficient géographique aux recettes qui n'y sont pas éligibles actuellement. D'autre part, des dépenses actuellement non couvertes mais également des activités coûteuses pourraient être financées par la création d'une MIG spécifique Outre-Mer.

Cette MIG ultramarine permettrait ainsi de financer :

- Certaines activités coûteuses qui ne peuvent pas s'équilibrer par le paiement à l'activité compte tenu de l'exiguïté de certains territoires.
- Une permanence des soins très déficitaire compte tenu de l'étroitesse du bassin de population.
- Le coût de l'attractivité de profils rares (médicaux, para-médicaux, techniques, administratifs).
- Le coût élevé des achats des matériels, médicaments ou prestations.

• POUR MAYOTTE ET LA GUYANE

Comme le relevait le rapport « Ma Santé 2022 », « *ces deux territoires connaissent des évolutions assez similaires : une évolution démographique importante, des populations souvent précaires et un état de santé des populations dégradé. Par ailleurs, les structures hospitalières sont faiblement outillées pour piloter un financement T2A (forces administratives, système d'information, tensions sur les personnels soignants...)* ».

Dans ce contexte ces établissements pourraient majoritairement être financés par une dotation populationnelle calculée à partir du financement historique, qui évoluerait à partir d'un nombre réduit d'indicateurs fondés sur la santé des populations, l'activité, et les missions contractualisées avec les pouvoirs publics.

• POUR LA CORSE

Un certain nombre des mesures préconisées pour les DOM pourraient être reprises, dans la mesure où on y retrouve des spécificités similaires (surcoûts, difficultés d'approvisionnement, coût de la vie...). ◊

LANCER UNE POLITIQUE INDUSTRIELLE DE SOUVERAINETÉ SANITAIRE POUR SÉCURISER LA PRODUCTION ET L'ACCÈS AUX PRODUITS DE SANTÉ

Les ruptures et risques de ruptures signalés en matière de disponibilité de produits de santé sont en constante augmentation depuis plus de 10 ans. Toute la stratégie de production et de commercialisation des produits est impliquée dans les causes du problème, de l'insuffisance des capacités de production aux arrêts de commercialisation.

La recherche d'économies semble avoir constitué le seul objectif de la politique du médicament ces dernières années, certains de ses corollaires (massification toujours plus grande des achats) contribuant à alimenter le risque de pénurie.

En cette matière dont on mesure aujourd'hui plus que jamais le caractère vital, il est indispensable de changer sans délai de logiciel. Trois axes semblent prioritaires :

- **Redéfinir la stratégie globale en matière de produits de santé et clarifier la gouvernance.** Il faut sortir de la logique purement économique de court-terme pour **dessiner une stratégie industrielle française et européenne**, qui laisse une place aux PME.
- **Sécuriser la production et l'approvisionnement des produits de santé stratégiques.** Une liste de produits de santé et équipements de protection de première sécurité doit être établie. Une stratégie de stocks dans les établissements et de réserve stratégique nationale doit être développée.
- Pour assurer le lien entre les différents acteurs et assurer la réactivité du système, **le déploiement des systèmes d'information hospitaliers doit être amplifié et accéléré.** ◊

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

Réaliser un choc d'attractivité

NOS OBJECTIFS : UN CHOC D'ATTRACTIVITÉ POUR PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX, AVEC UN STATUT ET UN SALAIRE À LA HAUTEUR DE LEUR UTILITÉ SOCIALE.

« *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.* » Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, article 1^{er}, rappelée par le Président de la République le 13 avril. Exercer un métier soignant mais, plus largement, exercer son métier, quel qu'il soit, au sein d'un hôpital ou d'un établissement médico-social public est un choix de se mettre au service de la population, de ses besoins de santé et de l'accueillir dans ses moments de plus grande vulnérabilité. Le sens profond de cet engagement ressort avec d'autant plus de force aujourd'hui que la crise sanitaire à laquelle les professionnels de santé sont confrontés est d'une ampleur exceptionnelle.

Cette crise nous a également donné à voir la diversité des métiers de l'hôpital public, l'importance des fonctions supports d'organisation et d'approvisionnement, le rôle du collectif, la complexité de son fonctionnement quotidien. Autant de professionnels, autant d'aspirations individuelles en termes de projet de carrière, de temps de travail, de mode d'exercice, de développement de compétences. Pourtant, dans l'urgence, l'organisation hospitalière et médico-sociale a démontré sa réactivité et sa capacité d'adaptation en construisant des filières de soins complètes, son excellence scientifique en initiant de nombreux essais cliniques, son ancrage territorial en s'appuyant sur tout le tissu local et en travaillant en réseau pour épauler les établissements les plus fragilisés.

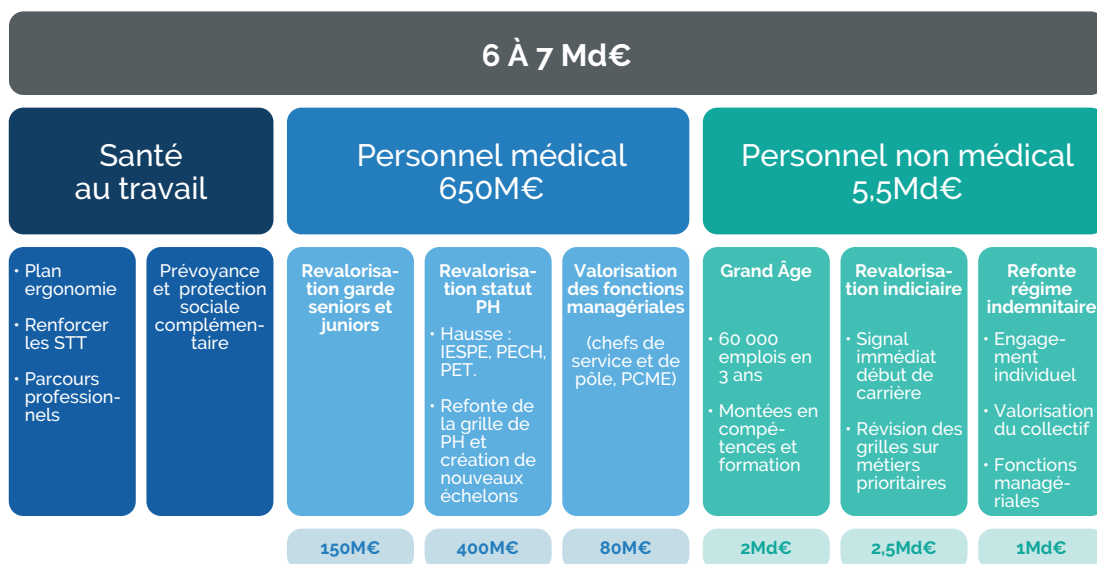
À l'heure où la sortie de crise commence à se dessiner, il est bien sûr d'abord indispensable de reconnaître collectivement et institutionnellement la mobilisation de tous, avec une pensée particulière pour les professionnels et les praticiens eux-mêmes gravement touchés par le coronavirus. Il est tout aussi indispensable d'organiser une période de répit pour les professionnels des territoires les plus touchés par l'épidémie, qui ont travaillé sans relâche dans des conditions parfois très difficiles matériellement et émotionnellement. Enfin, le confinement de la population et dans les établissements médico-sociaux et des hôpitaux d'une part, et l'absentéisme des professionnels lié au COVID d'autre part, démontrent un besoin accru en compétences médicales et paramédicales pour prendre en charge la population lors d'une crise sanitaire d'une ampleur nationale. La vulnérabilité des établissements médico-sociaux, dont les effectifs sont moins nombreux que dans les hôpitaux, est particulièrement apparue.

Mais il nous faut également nous souvenir du contexte social dans lequel la crise du COVID 19 est intervenue et les fortes attentes des professionnels. Plus que jamais, le choc d'attractivité auquel appelle la FHF est d'actualité : **il s'agit de donner à l'hôpital les moyens à la hauteur de son utilité sociale.** L'avenir doit permettre aux hôpitaux et établissements médico-sociaux d'évoluer, de se

réorganiser et de s'adapter aux besoins en soins de la population sans que les efforts nécessaires ne s'appuient principalement sur les emplois et la masse salariale. Cet enjeu de l'attractivité passe par un soutien à l'investissement, l'amélioration des conditions et de l'environnement de travail, mais aussi d'un juste dimensionnement des équipes de soins.

Pour les ressources humaines hospitalières et médico-sociales, ce choc d'attractivité doit s'appuyer sur trois actions : revaloriser les carrières, simplifier et assouplir le cadre de gestion indispensable que constitue le statut de la fonction publique, individualiser les parcours professionnels. ♦

NOS PROPOSITIONS : UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ ATTRACTIF GRÂCE À LA REVALORISATION DU STATUT DES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX.



DONNER À L'HÔPITAL PUBLIC LES MOYENS D'UN CHOC D'ATTRACTIVITÉ À LA HAUTEUR DE SON UTILITÉ SOCIALE

Le choc d'attractivité porté par la FHF repose sur deux points constitutifs de la rémunération : le socle indiciaire, lié à la carrière et à l'expérience, et la refonte du régime indiciaire pour valoriser l'engagement individuel et la contribution au collectif et aux projets d'équipe. Il implique l'affichage d'une ambition forte par les pouvoirs publics, ambition qui permettra d'établir un cadre de concertation clair et serein.

REVALORISER LES MÉTIERS DE L'HÔPITAL PUBLIC POUR TENIR COMPTE DE LEUR ÉVOLUTION ET DES ENJEUX D'ATTRACTIVITÉ

L'hôpital public connaît des difficultés d'attractivité croissantes dans toutes les filières de recrutement et, notamment, dans les filières paramédicales, mettant en tension les établissements et les équipes. La situation des établissements médico-sociaux étant, de ce point de vue, particulièrement préoccupante, les effectifs limités de ces structures offrant moins de souplesse d'organisation.

La FHF propose d'agir à la fois à court terme sur les rémunérations d'entrée dans la carrière, mais aussi d'engager un travail de fond de simplification de la structure des corps et de revalorisation des grilles indiciaires pour renforcer la progression salariale en milieu et fin de carrière :

- **Immédiatement, revaloriser les débuts de carrière** des métiers identifiés comme prioritaires (agent des services hospitaliers, aides-soignants, infirmiers, ouvrier notamment), les plus marqués par les difficultés de recrutement, en fusionnant les premiers échelons pour permettre une augmentation significative pour un nouveau recrutement.

Exemples :

- **Agent des services hospitaliers / AEQ / OPQ / adjoint administratif** : fusion des 10 premiers échelons représente un gain de 130€ mensuel pour un nouveau recrutement, avec un traitement de base d'entrée de 1 668,22 € brut.
- **Aide-soignant / conducteur ambulancier** : fusion des 8 premiers échelons représente un gain de 240€ mensuel pour un nouveau recrutement, avec un traitement de base d'entrée de 1 780,69€ € brut.
- **Manipulateur en électroradiologie** : fusion des 4 premiers échelons représente un gain de 250€ mensuel pour un nouveau recrutement avec un traitement de base d'entrée de 2 089,97€.
- **Infirmier** : fusion des 4 premiers échelons représente un gain de 250€ mensuel pour un nouveau recrutement, avec un traitement de base d'entrée de 2 089,97 € brut.
- **IBODE** : fusion des 4 premiers échelons représente un gain de 200€ mensuel pour un nouveau recrutement, avec un traitement de base d'entrée de 2 225,86 € brut.
- **IADE/PDE** : fusion des 3 premiers échelons représente un gain de 200€ mensuel pour un nouveau recrutement, avec un traitement de base d'entrée de 2 230,55 € brut.

- **Identifier des objectifs de revalorisation et de mise à jour des grilles indiciaires** en fonction des métiers, de leur évolution et des enjeux d'attractivité. Ce travail de fond, doit permettre d'améliorer de 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. L'enjeu est de doter la fonction publique hospitalière de grilles de rémunération dynamiques pour être attractives.

- **Renforcer l'approche « métier »** autour des corps et supprimer les grades pour simplifier la structure de la fonction publique hospitalière et déplaçonner les carrières Si la FHF réitère son attachement au cadre général de gestion que garantit le statut de la fonction publique hospitalière, elle propose d'en simplifier la structure et de renforcer l'approche « métier » en supprimant les grades. Cela permettrait de construire des grilles de progression de carrière plus longues et plus lisibles, qui ne seraient pas plafonnées par des grades qui, pour la plupart, ne correspondent plus aujourd'hui à de véritables nouvelles responsabilités.

- **Revalorisation des indemnités pour travail de nuit et de jours fériés** : les études montrent que le travail de nuit a des conséquences importantes sur l'état de santé des agents. Le travail de week-end constitue également une charge importante sur la vie familiale et sociale de façon importante. La continuité des prises en charge rend nécessaire ces contraintes qui, pour autant, sont indemnisées à un taux excessivement faible. La juste compensation de ces éléments qui pèsent également sur l'attractivité doit constituer une priorité et se traduire par une forte revalorisation.

CRÉER UN RÉGIME INDEMNITAIRE STRUCTURÉ, LISIBLE VALORISANT L'ENGAGEMENT INDIVIDUEL, LES PROJETS CONDUITS COLLECTIVEMENT ET LA FONCTION MANAGÉRIALE

Le régime indemnitaire de la fonction publique hospitalière est, à ce jour, touffu et peu lisible. Il compte plus d'une centaine de primes et d'indemnités, résultat de l'ajout, année après année, de nouvelles primes et indemnités spécifiques sans refonte structurelle du régime indemnitaire dans son ensemble. La plus substantielle des primes fondées sur la valeur professionnelle demeure la prime de service, représentant 7,5% de la masse salariale et versée à la grande majorité des corps. Cependant, elle est aussi largement déterminée par l'ancienneté et le présentisme, de sorte que la valorisation de l'engagement individuel est très difficile. La suppression de la notation ouvre de ce point de vue l'occasion d'une refonte de la construction de cette prime.

La FHF appelle donc à la mise en place d'un régime indemnitaire structuré, lisible valorisant l'engagement individuel, les contraintes d'exercice, les projets conduits collectivement et la fonction managériale. Cela passe par une refonte du régime indemnitaire et la FHF identifie une typologie autour de 3 primes simples et communes à l'ensemble des corps.

- **Prime d'engagement individuel** ou « nouvelle prime de service » : il s'agit de transformer la prime de service en une véritable prime individualisée s'appuyant sur l'évaluation des compétences, des savoirs-êtres, des objectifs individuels et d'une appréciation générale.
- **Prime d'intéressement collectif** : cette possibilité ouverte par la loi de transformation de la fonction publique doit permettre de valoriser le rôle fondamental joué par le collectif de travail à dans la construction de projet et l'atteinte d'objectifs à un niveau de proximité. La FHF demande que le financement prévu soit accru pour permettre d'y accorder une place importante et de valoriser les réussites d'équipe dans l'amélioration du service public.
- **Prime de responsabilité managériale** et/ou d'expertise pour les corps d'encadrement : tous les corps d'encadrement doivent pouvoir bénéficier d'une prime dédiée et individualisée, composée d'une part fixe, adaptée aux particularités du poste, et d'une part variable, permettant de valoriser l'acquisition de compétences et d'expérience managériales ainsi que le développement d'une expertise technique spécifique. La FHF estime qu'il faudrait doubler le montant actuellement consacré. ♦

CONSTRUIRE UNE CARRIÈRE MÉDICALE HOSPITALIÈRE SOUPLE ET VALORISANTE, ADAPTÉE AUX ATTENTES DES PRATICIENS MAIS AUSSI AUX BESOINS DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'attractivité de la carrière médicale hospitalière passe par la revalorisation de ses différentes dimensions : rémunération, valorisation des activités non clinique, reconnaissance des engagements institutionnels, construction individualisée du parcours.

REVALORISER LA CARRIÈRE MÉDICALE HOSPITALIÈRE

À mesure que les écarts de rémunération entre secteurs public et privé se creusent, la rémunération socle des praticiens hospitaliers devient un enjeu crucial de l'attractivité de la carrière hospitalière. Ainsi, selon le panorama établi par la DREES en 2016, les revenus annuels des PH étaient en moyenne de 73 700€ et celui des praticiens hospitalo-universitaires de 92 200€, contre 106 000€ pour les revenus d'activité des libéraux en ville et en clinique (82 000€ pour les omnipraticiens ; 133 000€ pour l'ensemble des spécialistes). Pour certaines spécialités en forte tension, ces écarts sont devenus béants. À titre d'exemple le revenu moyen d'un anesthésiste libéral était de près de 190 000€.

Il apparaît donc fondamental de revaloriser l'ensemble de la carrière des praticiens hospitaliers, tout particulièrement ceux dont toute l'activité est dédiée au service public, à la fois en vue de réduire l'écart constaté entre praticiens hospitaliers et libéraux en ville et en clinique, et de préserver l'unité du collectif hospitalier qui fait sa force au quotidien. C'est un prérequis indispensable pour impulser un choc d'attractivité, en capacité de recruter et fidéliser les talents à l'hôpital public après une décennie de raréfaction de la ressource médicale.

- **Créer deux nouveaux échelons de fin de carrière pour les praticiens hospitaliers.** Dans le prolongement de la fusion des quatre premiers échelons du corps de praticien hospitalier, la FHF propose la création de deux nouveaux échelons en fin de carrière, reconnaissance de l'engagement sur le temps long des praticiens effectuant toute leur carrière à l'hôpital public.
- **Engager une refonte de la grille indiciaire de praticien hospitalier** pour garantir une revalorisation salariale de l'ensemble des praticiens dans la continuité de la décision de fusion des quatre premiers échelons décidés dans le cadre du et d'urgence « Investir pour l'hôpital ».
- **Revaloriser l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE).** L'indemnité d'engagement de service public exclusif, versée aux praticiens décidant de n'avoir aucune activité libérale, s'établit aujourd'hui à 490 euros bruts par mois pour les praticiens à temps plein. Elle est augmentée à 700 euros bruts mensuels après 15 années d'engagement. La FHF propose de revaloriser cette indemnité versée aux praticiens dont l'activité est entièrement tournée vers le service public et la création d'un 3ème taux intermédiaire pour renforcer sa progressivité et reconnaître l'investissement des praticiens dans une activité exclusivement tournée vers le service publique, gage d'une implication institutionnelle et d'un travail d'équipe essentiel.

RECONNAÎTRE LES PRATICIENS ENGAGÉS AU-DE-LÀ DE LEURS ACTIVITÉS CLINIQUES

- **Reconnaître le temps consacré à des activités non cliniques par les praticiens hospitaliers.** La FHF est favorable à la reconnaissance de l'engagement des praticiens, notamment des praticiens hospitaliers temps plein, dans des activités non cliniques sous la forme de valences explicitant un projet (travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, participation à des projets collectifs, structuration des relations avec la médecine de ville...). Dans la perspective de la reconnaissance de ces valences non cliniques, il apparaît indispensable d'institutionnaliser un temps d'entretien annuel entre chaque praticien et le responsable médical de son unité afin d'évoquer le projet de valence et, plus largement, les attentes professionnelles du praticien.
- **Créer une indemnité de chefferie de service** et la revalorisation de l'indemnité de chefferie de pôle et de Président de CME. Au-delà des moyens qui leur sont alloués pour l'exercice de ces responsabilités, leur implication managériale est un élément déterminant de la dynamique institutionnelle, mais aussi de la qualité de vie au travail des praticiens et de qualité des soins.

ACCOMPAGNER LES SECONDES PARTIES DE CARRIÈRES DES PRATICIENS EN LIEN AVEC LE CNG

- Valoriser le parcours et les compétences acquises des praticiens ayant exercé des responsabilités institutionnelles (notamment les PCME) via l'identification de postes et de missions en administration centrale, de conseiller médical auprès des ARS et de leurs directions territoriales.
- Proposer des parcours de formation aux praticiens souhaitant devenir médiateur ou coach dans une approche de soutien et relais entre pairs. ♦

REVALORISER LES GARDES ET LES SUJÉTIONS LIÉES À LA PERMANENCE DES SOINS TOUT EN RÉGULANT LES ABUS DE L'INTÉRIM MÉDICAL

Parce que la santé, c'est 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour de nombreuses spécialités, et parce qu'on ne peut laisser se développer plus encore les déserts médicaux, 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. Afin de valoriser l'engagement dans le service public et la pénibilité que peut représenter la permanence des soins, elle demande une nette revalorisation des gardes pour porter à 350 euros la rémunération d'une unité de garde.

Il est parallèlement indispensable de sanctionner les praticiens intérimaires et les agences d'intérim ne respectant pas les tarifs réglementaires.

Les leviers incitatifs à un exercice territorialisé sont également à conforter pour améliorer la répartition des ressources médicales sur le territoire, l'organisation des parcours patients et de la gradation des soins. ♦

S'APPUYER SUR UNE ANALYSE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET UNE DÉMARCHE DE GPMC ASSOCIANT L'ENSEMBLE DES ACTEURS POUR ÉTABLIR DES OBJECTIFS D'INSTALLATION ET DE RECRUTEMENT EN FONCTION DES BESOINS TERRITOIRE

La FHF demande d'engager une réflexion commune sur l'installation de nouveaux praticiens en ville et du recrutement en établissement, ces sujets étant parfois liés sur le plan territorial. Pour étayer cette stratégie, la FHF propose la réalisation annuelle d'une analyse de la démographie médicale tenant compte des spécialités, des modes d'exercice et des besoins des territoires. Ces éléments seraient ensuite confrontés aux données de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS).

L'enjeu est d'avoir une démarche systématique, associant l'ensemble des acteurs du territoire pour être capable de mesurer les manques actuels et à venir en nombre d'ETP médicaux par spécialité, par région et être capable d'en tirer des actions dans le cadre d'une démarche de GPMC. Pour le secteur public, il est indispensable que ce travail soit

conduit en lien avec les CHU au regard de leur rôle en matière de démographie médicale et dans le cadre du GHT. Au niveau national, le CNG devrait être associé à ces travaux au regard des données statistiques annuellement produites qui sont des outils de pilotage indispensables au niveau national. Le CNG pourrait jouer un rôle d'alerte en cas de situation particulière sur l'avenir d'une spécialité sur un territoire ou dans le secteur public.

Enfin, pour concrétiser cette réflexion, établir par département, au regard de leur population et de l'organisation territoriale, des objectifs d'installation de praticiens (généralistes et spécialistes). Les ARS, en lien avec les collectivités et les établissements seraient chargées de coordonner ces politiques d'attractivité, en s'appuyant sur les dispositifs d'aide à l'installation qui pourraient être communs à la ville et à l'hôpital. ♦

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.

Par ailleurs, le comité d'éthique de la FHF, dans un récent avis, rappelle, combien, à mesure que les avancées techniques et scientifiques dans le domaine de la santé et de la médecine en particulier produisent de véritables progrès, nous faisons le constat que le système de santé contribue à générer des situations de grande vulnérabilité liées au vieillissement ou pas, à la chronicisation de maladies graves... Ces situations de survie possible en situation de grande vulnérabilité génèrent deux constats majeurs auxquels la réforme devra répondre :

- il faut que notre système de santé et nos politiques de santé accompagnent ce qu'ils contribuent à générer à savoir de la dépendance, voire de la perte d'autonomie et de la souffrance. Le système de santé est fait pour guérir, il n'avait pas prévu qu'il faudrait accompagner des situations de grande complexité, de grande détresse ; le handicap secondaire, la dépendance,

la perte de l'autonomie doivent être des sujets majeurs autour desquels l'organisation du système de santé doit être repensée pour l'avenir.

- De la même manière, ces situations complexes doivent être pensées en amont des décisions médicales de sorte qu'elles n'engendrent pas, ou qu'elles limitent l'engendrement de situations de souffrance.

Autrement dit, le système de santé de demain devra être particulièrement attentif au développement de la compétence éthique, à tous les niveaux, et chez tous les professionnels de santé. De la même manière, ce système devra accentuer ou repenser la place des patients, leur expertise, leur savoir profane, et positionner ces compétences aux côtés des compétences techniques et scientifiques dont le système de santé moderne s'est doté.

Cette proposition vaut tant pour les professionnels médicaux que paramédicaux. Puisque notre système de santé fabrique ou génère des situations de grande complexité, à forte densité éthique, il est nécessaire de faire en sorte que tout professionnel de santé se forme à l'apprentissage de la réflexion éthique et au débat pour pouvoir appréhender au mieux et de façon déhiérarchisée et interdisciplinaire ces situations complexes, singulières.

Sur un registre voisin, le fait de créer des situations complexes et des situations de souffrance potentielle des personnes impose de développer des compétences dans le champ de la communication, du dialogue et de l'accompagnement. Autrement dit, au même titre qu'il faut penser la formation à l'éthique, il faut penser la formation à la communication qui est, de fait, le parent pauvre des formations en santé.

Enfin, le vieillissement de la population invite à encourager la formation de spécialistes de la gériatrie, autrement dit de la discipline médicale concernant les patients âgés de plus de 75 ans présentant plusieurs pathologies synchrones. Alors même qu'un DES de gériatrie vient d'être créé, on mesure les insuffisances en médecins gériatres sur tout le territoire et on mesure la nécessité de développer en formation initiale et en formation continue des offres de formation pour pouvoir répondre aux besoins croissants dans ce domaine. ♦

MIEUX ACCOMPAGNER LA CARRIÈRE DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

En premier lieu, il semble fondamental de mieux accompagner l'entrée dans la carrière universitaire et le parcours des jeunes praticiens aspirant à cette carrière. Pour ce faire, la FHF propose de donner davantage de visibilité aux jeunes praticiens sur leur parcours d'intégration dans une carrière hospitalo-universitaire autour d'un projet de formation universitaire pouvant les conduire à un poste. Par ailleurs, le financement de l'année mobilité pourrait être organisé, intégrant notamment les frais engagés.

En second lieu, la FHF propose de permettre aux praticiens hospitalo-universitaires de gagner en souplesse dans l'organisation de leur carrière via une approche « modulaire » de leur temps. En lien avec l'université et le CHU de rattachement, l'organisation du temps pourrait être orientée, selon le projet établi, davantage vers la recherche, l'enseignement, le management ou la clinique.

Enfin, dans le contexte d'une hausse des besoins en formation, une réflexion quant aux effectifs hospitalo-universitaires, notamment les chefs de cliniques et les MCU-PH, serait opportune pour accompagner le flux de formation, former et encadrer les jeunes. ♦

ENGAGER UNE RÉFLEXION SUR LE RÔLE ESSENTIEL ET LES COMPÉTENCES DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

La mise en place de protocoles de coopération, le développement récent des pratiques avancées pour les professions paramédicales en France interviennent dans le contexte d'une aspiration croissante de ces professions, et notamment des infirmiers, à un renforcement de leur rôle dans l'organisation des soins. Cette montée en compétences, en autonomie et en responsabilité est particulièrement dynamique dans les établissements publics et la FHF propose de l'encourager par plusieurs actions :

- 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. ♦

OUTRE-MER, UNE POLITIQUE D'ATTRACTIVITÉ AD HOC POUR DES TERRITOIRES PARTICULIERS

RECONNAÎTRE LES PARTICULARITÉS DE CES TERRITOIRES EN VALORISANT LES RÉMUNÉRATIONS

- Conduire une réflexion sur l'indemnité de vie chère.
- Reconnaissance de compétences spécifiques acquises du fait des particularités de l'exercice médical et paramédical dans les territoires ultramarins.

PERMETTRE À CEUX QUI LE SOUHAITENT DE PLAFONNER UNE MOBILITÉ ULTRA-MARINE

- Créer des postes partagés entre les territoires ultramarins et des hôpitaux métropolitains.
- Attribution d'une indemnité de changement de résidence applicable aux contractuels ou assistants s'engageant pour un contrat d'au moins 2 ans.
- Rendre éligible à la PECH l'ensemble des spécialités dans les territoires ultramarins.
- Travailler avec les collectivités locales pour accompagner au mieux l'arrivée des professionnels de santé de métropole.

RENFORCER L'OFFRE DE FORMATION INITIALE EN OUTRE-MER

- Mettre en place un 2^e cycle des études médicales aux Antilles.
- Augmentation du nombre de Diplômes d'Université délivrés par la faculté de médecine régionale et mise en place de télé-enseignement, E-formation avec d'autres universités.
- Augmentation du nombre d'internes (et financement des salaires et gardes, et indemnité de « vie chère ») et du nombre de services agréés.
- Augmentation du nombre de postes d'assistants (post internat).
- Renforcement de la dimension caribéenne en matière de santé (coopération et échanges en matière de recherche, de formation, de stages, de recrutements en temps partagé).
- Renforcer les lieux de formation paramédicale en mettant en place des partenariats entre instituts de formation paramédicale ultramarins et métropolitains.

Un certain nombre de ces mesures doivent pouvoir être étudiées pour la Corse également au regard de ses spécificités. ♦

AMÉLIORER L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS ET MÉDICO-SOCIAUX ET RENFORCER L'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUEL DE LA CONSTRUCTION DU PARCOURS PROFESSIONNEL

Au-delà des enjeux structurels de rémunération et de structuration du cadre de gestion de la carrière, les attentes des professionnels hospitaliers et médico-sociaux portent aussi sur l'accompagnement et les perspectives de construction personnalisée d'un parcours professionnel. Dans cette perspective, elle propose :

- De mettre en place d'un plan d'ergonomie et de prévention des troubles musculo-squelettique financé et coordonné au niveau national.
- D'aider les jeunes parents à avoir accès à des garde d'enfants avec horaires adaptés en finançant le développement de crèches hospitalières.
- De donner les outils permettant de veiller au bon fonctionnement du collectif de travail.

MIEUX ACCOMPAGNER LES ÉVOLUTIONS DE CARRIÈRE ET LA CONSTRUCTION DU PARCOURS PROFESSIONNEL

- **Personnel non médical** : dans un contexte sociétal de mobilité professionnelle de plus en plus importante, les professionnels hospitaliers sont en attente d'un accompagnement renforcé dans la construction de leur parcours professionnel et la possibilité d'évoluer (accès aux formations longues et diplômantes, visibilité sur les possibilités de mobilité interne, publicité des postes à pourvoir à l'échelle territoriale, plus grande personnalisation dans la politique d'affectation...). Cet accompagnement individualisé appelle à une montée en compétence des équipes RH, ou à la mise en place d'équipes dédiées mutualisées au niveau du territoire, ou avec l'appui de l'ANFH.

- **Personnel médical** : la FHF propose de valoriser le parcours et les compétences acquises des praticiens ayant exercé des responsabilités institutionnelles (notamment les PCME) et managériale, ou autre (exemple discipline chirurgicale à gardes, plus complexes à assumer en fin de carrière) via l'identification de postes et missions en établissement, en administration centrale ou déconcentré - nomination sur des fonctions de conseiller médical auprès des ARS et/ou délégués territoriaux - ou encore via l'exercice mixte. Ces parcours pourraient être accompagné par le CNG. De même, le CNG pourrait proposer des parcours de formation aux praticiens souhaitant devenir médiateur/ coach dans une approche de soutien et relais entre pairs.
- **Valoriser la dimension territoriale de l'exercice des directeurs** : une révision des groupes d'emplois fonctionnels pour prendre en considération la dimension territoriale de l'exercice pour les DG d'établissement support semble indispensable. De même, la dimension territoriale de l'exercice des directeurs adjoints, notamment dans le contexte d'établissements en direction commune ou récemment fusionnés, devrait être valorisée.

Enfin, les enjeux RH autour du Grand-Âge sont majeurs aussi bien pour assurer une plus grande attractivité des métiers (chantier de revalorisation identique à ceux du sanitaire) que pour développer de nouveaux métiers d'accompagnement, dans les établissements comme à domicile, intensifier l'usage des nouvelles technologies. ♦

EXPLICITER LES AMBITIONS RH DE LA POLITIQUE DE GESTION DES CORPS DE DIRECTION

- **Accompagner les carrières des directeurs** : au regard de l'évolution de l'exercice des corps de direction, et pour mieux valoriser la diversité des expériences professionnelles (ARS, administration centrale, autres versants de la fonction publique...), un bilan de milieu de carrière tant pour accompagner les déroulés de carrières que pour détecter les directeurs en difficulté pourrait être réalisé.
- **Moderniser l'entretien annuel** : le support d'évaluation pourrait être repensé pour devenir un véritable outil - informatisé - prenant en considération les étapes/moments de la carrière. Cet entretien pourrait permettre le repérage de hauts potentiels en lien avec la constitution de viviers.

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

La crise a apporté à nouveau, si cela était nécessaire, un éclairage sur la fragilité et les besoins de nos aînés en établissements comme à domicile, ainsi que sur l'impératif de reconnaissance des métiers d'aide-soignant en EHPAD, d'aide à domicile...

La crise aura révélé **l'extrême diversité de situations des EHPAD en termes d'organisation** et de ressources tant internes et qu'externes. **Le niveau de médicalisation des structures mais aussi et surtout leur niveau d'intégration dans la filière gériatrique et, plus largement, dans les dispositifs de coopération a été un marqueur très fort de la capacité des EHPAD à anticiper et faire face à la crise.**

Pour les structures qui étaient déjà dans une logique de coopération territoriale et de partenariat, les principes de l'instruction ministérielle sur l'appui des dispositifs hospitaliers (astreinte gériatrique, recours EMG, HAD, filières d'admission directe...) étaient déjà mis en œuvre ou ont pu être anticipés. Il faudra pérenniser et amplifier ces dispositifs.

À l'inverse, les professionnels des EHPAD les moins intégrés et souvent les moins médicalisés ont été les plus démunis face à la crise et, pour ces structures, l'organisation de cet appui des dispositifs hospitaliers par les ARS s'est avéré indispensable.

Le nombre des décès est d'abord le résultat de l'état de santé très précaire des personnes accueillies, très souvent poly-pathologiques. Il ne s'agit donc pas, comme certains commentateurs ont pu le faire, de considérer que les EHPAD auraient failli à leur tâche. Bien au contraire les statistiques de décès en EHPAD en France (plus de 14 000), pour terribles qu'elles soient, font apparaître un nombre de cas très inférieurs à d'autres pays (Espagne : 18000 ; GB : 22000). Dans un contexte particulièrement dramatique, les professionnels ont fait preuve d'une grande détermination qui doit être soulignée et saluée.

De même, prétendre que l'EHPAD serait un modèle dépassé est une appréciation hâtive qui ne résiste pas à l'analyse. Devant la grande dépendance en particulier lorsqu'elle est causée par des troubles cognitifs, l'hébergement permanent ou temporaire reste une solution indispensable pour les résidents et leurs proches. Ce qui est nécessaire en revanche c'est, de renforcer enfin de façon décisive les services à domicile (SSIAD et SAAD) en avançant résolument vers la fusion de leur organisation et de leur financement. Surtout, il s'agit de transformer résolument l'organisation et l'architecture des EHPAD en promouvant une approche domiciliaire et en faisant de ces derniers de véritables plateformes multi-services articulant toutes les formes d'hébergements et de services à domicile.

Cela demande un investissement massif, technique, immobilier et surtout humain pour faire émerger de véritables établissements publics territoriaux regroupés, articulés avec les GHT.

Au-delà de l'évolution du modèle d'accompagnement en EHPAD c'est toute la transformation de l'offre qu'il faut soutenir dans une logique de décloisonnement, y compris des financements, pour favoriser la possibilité pour les personnes âgées de rester « chez elles » (ce choix pouvant prendre des formes variées) : soutien à domicile, développement des résidences autonomie, soutien massif aux dispositifs d'habitat inclusif. ◇

■ À TERME : INSTAURATION D'UN CINQUIÈME RISQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE

La FHF est favorable au principe de la création d'un cinquième risque de sécurité sociale, le risque perte d'autonomie, qui aurait, au demeurant, vocation à concerner les situations de handicap aussi bien que le grand-âge. Il est clair en effet que ce risque n'est pas réductible au risque santé dans la mesure où, à côté du soin, il est primordial d'assurer à la personne âgée ou en situation de handicap un accompagnement médico-social personnalisé. L'évolution sociodémographique vers une longévité de masse, si elle est une fantastique victoire de notre société qui a fait reculer l'âge de la mort, suppose aussi de prendre en compte les aspirations à l'autonomie et au maintien du lien social qui donnent du sens à l'existence. Si les progrès de la médecine permettent « d'ajouter des années à la vie », il s'agit également d'ajouter « de la vie aux années ».

Aussi l'instauration de ce cinquième risque ne prendra-t-il tout son sens que s'il est l'occasion de supprimer enfin à terme la barrière d'âge à 60 ans qui défavorise les personnes âgées, et de mettre fin aux cloisonnements de l'offre liés notamment à la double gouvernance d'une grande partie du champ médico-social.

Si la totalité des financements ne peut pas reposer exclusivement sur les ressources publiques, il n'en reste pas moins indispensable de construire ce nouveau risque sur un socle élevé de solidarité nationale. Cela suppose d'attribuer au cinquième risque des moyens croissants, en raison de l'augmentation certaine du nombre de bénéficiaires.

Dans la suite du rapport Libault, la FHF souscrit à l'objectif d'une croissance des ressources publiques de 10 Mds€ pour le grand âge à l'horizon 2030 et d'une poursuite des plans de développement et de transformation dans le champ du handicap.

Pour dessiner cette trajectoire, la proposition d'instaurer une cinquième branche de sécurité sociale dédiée à l'autonomie doit nécessairement s'accompagner d'un accroissement des moyens alloués au champ de l'autonomie sans attendre 2024.

NOS OBJECTIFS : SANS PLUS ATTENDRE, DES INVESTISSEMENTS PÉRENNES ET MASSIFS FLÉCHÉS SUR LE SECTEUR PUBLIC

Le secteur privé à un accès illimité aux marchés financiers quand le secteur public a vu se réduire drastiquement les aides à l'investissement. Il est impératif de lancer le grand plan d'investissements fléchés sur le secteur public que préconise le rapport Libault : aide massive à la modernisation architecturale et aux nouvelles technologies en contrepartie du regroupement des acteurs publics, avec une approche en termes de services (« plateforme » de services).

NOS PROPOSITIONS : UNE POLITIQUE PUBLIQUE DU GRAND-ÂGE TRANSVERSALE, ADAPTÉE AUX ENJEUX DU VIEILLISSEMENT ET ARTICULÉE AUTOUR DE LA DIGNITÉ DE L'ACCUEIL ET DE L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS AÎNÉS ◇

RENFORCER LES EFFECTIFS DES EHPAD ET ACCROÎTRE LEUR MÉDICALISATION

La FHF plaide pour l'établissement d'un calendrier pluriannuel d'objectifs progressifs de recrutements paramédicaux supplémentaires financés, ainsi que pour une garantie d'accès à certaines compétences (médecin, IDE de nuit, expertise pharmaceutique).

Un socle minimum de médicalisation des EHPAD est indispensable et le lien avec la filière gériatrique hospitalière doit être renforcé (intervention des équipes mobiles de gériatrie), tout comme la généralisation des infirmières de nuit. Ce renforcement de la médicalisation des EHPAD (qui passe aussi par l'appui de ressources externes, en particulier des dispositifs hospitaliers) ne s'oppose pas à la notion de lieu de vie et peut se combiner avec l'approche domiciliaire. L'évolution du modèle des EHPAD doit associer ces dimensions de soins et d'accompagnement, les objectifs de renforcement du lien social mais aussi de la prise en soin.

Il s'agit aussi de repenser l'EHPAD non pas comme un établissement mais comme un service dans une logique territoriale de proximité comportant des places d'EHPAD, des places de SSIAD, des activités de SAAD permettant et facilitant le maintien à domicile.

Un rapprochement des EHPAD publics entre eux - GCSMS territoriaux avec une gouvernance forte - et un lien obligatoire avec le GHT faciliteront ces éléments RH indispensables.

Afin d'atteindre un objectif raisonnable de renforcement des effectifs de 25% en 5 ans, il convient de créer 25 000 emplois par an dans les EHPAD et les SSIAD. ♦

ALIGNEMENT FISCAL DES EHPAD PUBLICS SUR LES ABATTEMENTS ACCORDÉS AU SECTEUR PRIVÉ

C'est la triple peine pour le secteur public :

- **Les abattements de charges sociales** (7 à 8% de la masse salariales depuis le 1er octobre) sont injustement réservés aux établissements du secteur privé alors que les EHPAD privés commerciaux peuvent librement augmenter leurs tarifs.
- **Le tarif hébergement** acquitté par l'utilisateur chaque mois est en moyenne 500€ moins cher dans le secteur public que dans le secteur privé.
- **Le secteur privé lucratif fixe ses prix** et laisse, dans la majorité des territoires, le secteur public porter seul l'accès aux EHPAD des personnes âgées modestes (aide sociales).

Il est donc impératif de faire bénéficier aux EHPAD publics des mêmes abattements de charges que le secteur privé.

Ces demandes (investissement ; RH ; fiscales) sont une question de vie ou de mort pour les EHPAD publics qui, à défaut, seront privatisés dans les cinq ans avec d'énormes conséquences pour les citoyens les plus modestes. ♦

DÉVELOPPER LE NUMÉRIQUE DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Les initiatives prises par les acteurs, qu'il s'agisse de télémédecine, de contact visio. avec les services du Samu ou les services de gériatrie ou de télé-soin avec les paramédicaux, ou tout simplement de

communication avec les familles, doivent pouvoir être poursuivies et amplifiées via un plan national de déploiement des nouvelles technologies. ♦

SIMPLIFIER ET RENDRE DAVANTAGE COHÉRENTE LA GOUVERNANCE RÉGIONALE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Pour la FHF, le pilotage des ESMS (autorisation, CPOM, planification et tarification des budgets soins et dépendance) ne peut être confié qu'à l'autorité en charge de la santé. A défaut, il est illusoire de vouloir mettre en œuvre une véritable articulation ESMS/Ville/Hôpital si le pilotage est confié à un acteur sans compétence sur le champ hospitalier et ambulatoire. Or les difficultés des services d'urgence notamment sont en lien étroit avec le manque de moyens du secteur Grand-âge.

Le pilotage ARS est aussi la condition pour rendre possible la réduction des inégalités entre départements liées aux différences de la valeur moyenne du point GIR départemental (écarts de 5,68 € à 9,47 € selon les territoires). A cet égard, la réforme du financement de la dépendance a eu le mérite de révéler ces disparités tarifaires injustifiées sur le territoire et d'en mesurer les écarts. Par ailleurs seule une instance régionale pourra mener les péréquations qui s'imposent en terme d'équipement où les écarts d'équipement varient de 1 à 3 entre département les mieux et les moins bien dotés.

Le rattachement à l'ARS permet de disposer d'une planification et d'une programmation régionale. La barrière entre départements est une lourde contrainte pour les usagers en particulier en termes de domicile de secours. Il faut mettre fin à cette incohérence et à ce gaspillage de ressources publiques en confiant clairement cette mission de programmation / planification à l'ARS.

Cela permettrait enfin une plus grande homogénéité dans l'application des règles tarifaires et des gains d'efficacités appréciables pour les opérateurs qui n'auraient plus à subir les contradictions

actuelles entre deux gouvernances (Conseils départementaux / ARS) souvent non coordonnées, voire contradictoires. Les EHPAD comme les SAD / SSIAD y gagneront beaucoup en simplicité de gestion et mutualisation de l'intervention des équipes auprès des personnes âgées. A cet égard, la perspective de la fusion des sections tarifaires soins et dépendance, promue par la FHF, constitue une opportunité de simplification en désignant un financeur unique.

De la même façon, en confiant aux ARS la négociation et la conclusion des Contrats d'Objectifs et de Moyens (CPOM), on réduirait fortement les coûts de transaction et il serait possible de faire émerger des dynamiques régionales pour les groupes de tout statuts exerçant leurs activités sur plusieurs départements. Il n'existe aujourd'hui presque aucun CPOM régional.

Cette position est sans angélisme vis-à-vis des ARS qui devront se réformer (renforcement du lien territorial et recentrage sur les missions de régulation / planification de l'offre) et mettre enfin en place une logique d'accompagnement des acteurs et de négociation des CPOM et non pas une simple logique régaliennne. Cela suppose de doter les délégations territoriales des moyens humains de ces démarches et d'attribuer aux délégués territoriaux une vraie délégation de pouvoir et un mandat de négociation clair.

Par ailleurs, 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, doivent revenir aux collectivités locales (Conseil départemental ou agglomération). ♦

AMÉLIORER LA COORDINATION TERRITORIALE DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ET RENFORCER LES LIENS AVEC LE CHAMP SANITAIRE

La crise du COVID a révélé les difficultés particulières auxquelles peuvent être confrontées les structures médico-sociales non médicalisées, ne dépendant pas d'un centre hospitalier ou n'accueillant que des personnes autonomes. Dans ces établissements, souvent de petite taille, il est parfois difficile de mettre en œuvre les actions de formation qui se révèlent précieuses en temps de

crise ou de mobiliser les ressources en coordination médicale qui sont nécessaires dans ces circonstances. Or, des synergies territoriales permettraient de créer des liens en amont afin d'anticiper ces situations de crise et partager l'expertise comme les ressources spécialisées du secteur sanitaire, notamment des établissements hospitaliers.

Par ailleurs, **un volet « Grand-Âge » du PTS** pourrait s'attacher à identifier les besoins, recenser les acteurs et définir des priorités d'actions et de coordination sur le territoire, comme le fait le PTSM pour le secteur de la santé mentale. Il s'agit d'un enjeu fort pour les années à venir et l'occasion de

renforcer la place des hôpitaux de proximité. On pourrait lier CPTS, hôpitaux de proximité et GHT dans une logique d'offre de proximité dans le champ de la gérontologie, des soins palliatifs et des logiques de prévention et de dépistage qui apparaissent essentielles. ♦

■ RÉDUIRE LE RESTE À CHARGE EN EHPAD POUR ASSURER L'ACCESSIBILITÉ ÉCONOMIQUE POUR LE PLUS GRAND NOMBRE : INSTAURER UN « BOUCLIER HÉBERGEMENT » POUR TOUS

De nombreux rapports l'ont souligné - le dernier en date étant le rapport de Dominique LIBAULT sur l'accompagnement du grand âge - et surtout des millions de Français ont pu en faire l'expérience : le tarif hébergement des EHPAD / USLD dépasse de plus en plus le revenu moyen des personnes hébergées. Ainsi dans les 20 dernières années, le niveau moyen des pensions a progressé de 17 % et les tarifs des EHPAD de 30 %.

Pour mettre fin à cette situation inéquitable, la FHF propose de combiner deux approches :

- **Un premier chantier** de réforme serait ainsi de revisiter la répartition des charges en rattachant au forfait soins / dépendance fusionné, une partie

des charges d'hébergement, étant entendu que la fusion entre soins et dépendance doit par ailleurs être mise en œuvre. Cela se traduira mécaniquement par une réduction du reste à charge.

- **Le deuxième chantier** consisterait à mettre en place une aide différentielle entre le revenu de la personne - composé de l'ensemble de ses ressources, y compris les revenus du patrimoine - et le tarif hébergement. Serait ainsi constitué un véritable « bouclier hébergement. » La question reste ouverte de savoir s'il ne pourrait pas être judicieux de tenir compte du patrimoine à partir d'un certain seuil pour paramétrer le niveau du bouclier hébergement. ♦

5

REFONDER L'OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES SUR LA BASE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

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

NOS OBJECTIFS : DANS CHAQUE TERRITOIRE, DES FILIÈRES DE SOINS MIEUX ARTICULÉES ET CLAIREMENT IDENTIFIÉES PAR LES CITOYENS.

La crise du Covid est d'abord celle d'un système de santé qui a trop reposé sur la capacité d'adaptation exceptionnelle et l'effort de mobilisation sans précédent des professionnels et des structures hospitalières et médico-sociales, qui ont dû affronter les conséquences d'une propagation importante de l'épidémie dont nous connaissions pourtant la gravité. Il importe donc de saluer les initiatives locales et, pour l'avenir de réfléchir aux **moyens d'anticiper et prévenir la propagation de ce type d'infections**.

La crise du COVID révèle également l'importance de mieux définir et renforcer la place de chaque acteur de santé au sein du système, de manière à favoriser un adressage adéquat des patients, permettant d'**assurer l'égalité d'accès aux soins et la lisibilité des parcours et filières**, au bénéfice de la population et des professionnels. Cette clarification permettra notamment d'**éviter les phénomènes délétères de concurrence et le manque de coordination entre les acteurs** et doit se fonder sur une volonté partagée de mieux définir, suivre et évaluer les filières de soins sur le territoire ; **comme le disait Emmanuel Macron dans son adresse aux Français, « Ce que révèle cette pandémie, c'est qu'il est des biens et des services qui doivent être placés en dehors des lois du marché. »**.

Ces filières doivent permettre la définition d'objectifs de santé publique, de la prévention à la prise en charge aiguë et spécialisée, dans le respect des principes de la responsabilité populationnelle.

NOS PROPOSITIONS : UNE TERRITORIALISATION ET UNE COORDINATION ACCRUES DE L'OFFRE DE SOINS DANS UNE APPROCHE DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE.

CONSTRUIRE AU NIVEAU NATIONAL ET SUR LES TERRITOIRES UNE VÉRITABLE POLITIQUE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION, POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ QUI MARCHE SUR SES DEUX JAMBES

Notre système de santé est tourné vers une logique curative et intègre encore peu la dimension préventive des soins permettant d'éviter ou de différer le recours au système de soins. Aujourd'hui, la crise sanitaire du Covid invite à repenser la place de la prévention : gestes barrières, éducation à la

santé, vaccination, dépistage, etc. Elle redonne toute son importance à ce qui n'est pas directement un soin curatif mais peut permettre de préserver/d'améliorer la santé globale de la population. **C'est aussi un sujet majeur de réduction des inégalités.**

La crise actuelle met en avant l'importance de mettre en place une véritable **politique nationale d'éducation à la santé** déclinée dans chaque territoire et portée par les acteurs de la santé mais également plus largement par les collectivités territoriales, les écoles, etc. Il est essentiel de former les citoyens aux bons gestes quotidiens pour préserver leur santé et celle des autres en particulier en cas d'épidémies. Il faut garantir, pour le bien collectif, la diffusion des bonnes pratiques et gestes au quotidien afin de limiter la propagation des virus et préserver notre santé à tous.

Une stratégie prévention doit également être définie au niveau national, déclinée sur le territoire et portée par le projet territorial de santé au travers des différentes filières et objectifs de santé publique qui seront assignés (indicateurs prévention à suivre). C'est en rendant visible et claire la logique préventive par filière que l'on sera en capacité de lui donner une vraie place dans la stratégie des établissements et leur management par la qualité. En particulier, la FHF propose d'intégrer de manière systématiques 1 à 2 indicateur(s) prévention pour chaque filière de soin. La dimension préventive doit innover les pratiques professionnelles et être systématiquement intégrée dans la réflexion stratégique menée pour chacune des filières de soins. Elle devra donc bien faire l'objet d'indicateurs identifiés et entrant dans le financement à la qualité.

Enfin, après l'épisode que nous venons de vivre, une mesure de santé publique urgente s'impose : rendre la vaccination contre la grippe saisonnière obligatoire pour les résidents et les professionnels dans les établissements de santé et médico-sociaux. Il serait incompréhensible d'avoir, à juste titre, mis le pays à l'arrêt contre le coronavirus et d'accepter chaque année que la grippe saisonnière tue des milliers de nos concitoyens par défaut de vaccination des professionnels à l'hôpital et en établissement social et médico-social.

Mais la santé publique c'est aussi la nécessité d'améliorer radicalement la prévention des grandes pathologies et le taux de réalisations des dépistages de base. Il n'est pas normal par exemple des milliers de personnes continuent à mourir faute de dépistages des cancers du sein, du col de l'utérus ou colorectaux. Les taux de dépistage restent très en dessous de 50 % là où ils frôlent les 100 % dans les pays scandinaves. À ce titre, il serait judicieux de prévoir une journée par an (rémunérée pour les actifs et ouverte aux retraités) pour organiser les dépistages systématiques et les actions d'éducation thérapeutique et de sensibilisation à la santé publique. Si on ne souhaite pas rendre cette journée de dépistage et santé publique obligatoire, elle pourrait néanmoins conditionner une suppression totale du ticket modérateur. ♦

■ DÉFINIR ET PERMETTRE L'ACTION ET LA COORDINATION CLINIQUE À CHAQUE ÉCHELLE TERRITORIALE PERTINENTE

Pour éviter les effets pervers du mille-feuille territorial et des chevauchements de compétences entre acteurs, il est absolument nécessaire de penser la congruence entre les territoires.

La stratégie par les territoires commande de ne pas forcément chercher à plaquer le même modèle absolument partout ; cependant, quelques grandes orientations peuvent être dégagées :

Ainsi, quatre échelles se dégagent selon nous :

- L'exercice coordonné autour d'un patient, qui doit promouvoir l'idée **d'équipe pluridisciplinaire** : autour d'une équipe de soins primaires, une maison de santé pluri-professionnelle, un centre de santé, afin d'organiser le parcours patient à l'échelle de la patientèle de l'équipe ;
- L'exercice coordonné dans le **territoire de proximité** autour du bassin de vie, de la commune ou de l'agglomération ou autre EPCI, et organisé autour de la CPTS et du contrat local de santé / contrat local de santé mentale, avec l'organisa-

tion du lien ville-hôpital, l'accès aux soins non programmés, en associant également la santé scolaire et la santé au travail notamment ;

- **Le territoire de santé, qui correspond au territoire de démocratie sanitaire où se décline la responsabilité populationnelle** : une intégration clinique des acteurs de santé qui construisent des programmes cliniques, et dont l'action est présentée pour avis aux membres du conseil territorial de santé : représentants de la ville (notamment dans le cadre des CPTS) ; représentants hospitaliers (notamment dans le cadre des GHT) ; représentants du médico-social (notamment les GCSMS) ; représentants du secteur social ; représentants du secteur de l'aide à domicile ; représentants des usagers ; représentants des collectivités locales ;
- **L'échelle régionale qui sert essentiellement à la planification et à l'organisation du recours spécialisé** : les instances actuelles paraissent suffisantes autour du projet régional de santé.

Il faudra également interroger à chaque échelle la place des dispositifs d'appui à la coordination qui pourront, s'ils sont repensés, être les réels acteurs de l'interfaçage entre les dispositifs, les établissements, les professionnels. Il faudra donc les penser comme la nécessité de développer de véritables nouveaux métiers à réfléchir, en s'appuyant notamment sur le développement des IPA, mais en s'appuyant aussi sur les travailleurs sociaux dans une logique de coordination territoriale pourrait être une piste.

Les ARS doivent conserver un rôle (cf. supra).

La FHF rappelle que **le niveau territorial** est aujourd'hui reconnu dans de très nombreux pays comme le niveau le plus adapté pour mettre sur pied une organisation hautement performante des systèmes de santé. Or c'est précisément le niveau qui est le moins bien organisé aujourd'hui.

Afin de renforcer le soubassement éthique de cette échelle territoriale, la FHF propose que les comités d'éthique des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux dont on a pu mesu-

rer les limites dans des enquêtes qui ont été récemment faites par la FHF elle-même et par certains espaces de réflexion éthique, évoluent vers des comités mobiles et territoriaux intervenant dans des logiques territoriales de manière à appréhender l'éthique des parcours de santé, à créer une interface nouvelle entre les acteurs du champ de la ville et de l'hôpital, du champ médico-social, social et sanitaire... pour appréhender des situations complexes à forte densité éthique. Ces comités et ces formations pourraient être placées sous la responsabilité des espaces régionaux d'éthique qui sont eux-mêmes en lien avec les universités.

Il s'agit donc de poursuivre la révolution de la territorialité et s'engageant dans le principe de responsabilité populationnelle, qui permette de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé d'un territoire autour de leur objectif commun, la santé et le bien-être de la population.

À l'échelle territoriale, la mise en œuvre de ce principe est donc concrétisée dans **les projets territoriaux de santé**. ◇

FAIRE DE LA FILIÈRE LOCALE DE SOINS LA PIERRE ANGULAIRE DU CIRCUIT DE SOINS, DE LA PRÉVENTION À LA PRISE EN CHARGE AIGÛE SPÉCIALISÉE

La FHF est attachée à ce que la crise du COVID soit l'occasion de renforcer l'égalité d'accès aux soins et de **pérenniser les mécanismes coopératifs** qui sont nés de cette crise et qui ont permis **la définition de filières claires et une répartition efficiente des rôles entre acteurs sur le territoire**.

Dans cette perspective, il faut **renforcer la filiarisation de l'offre de soins par territoire afin de graduer de manière pertinente les prises en charge** et d'adresser le bon patient au bon établissement. 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**, pierre angulaire de la régulation de l'offre de soins sur le territoire. Il est essentiel que le travail mené par filière intègre la dimension préventive des soins, trop souvent négligée et qui, aujourd'hui, à l'aune de la crise, prend tout son sens et son efficacité.

Les missions de maillage territorial, de continuité et permanence des soins doivent être partagées par tous les acteurs de santé et confortées par la régulation territoriale de l'offre de soins.

Concrètement, la FHF demande à ce que les projets territoriaux de santé, prévus dans la loi, soient rendus obligatoires pour tous les acteurs de soins, afin de pérenniser les coopérations et les complémentarités nées de la crise du Covid, et pour que ces coopérations puissent bénéficier à tous les patients sur toutes les filières. Ces projets doivent s'inspirer des projets territoriaux de santé mentale qui permettent d'engager cette filiarisation pour les patients atteints de pathologies psychiatriques. Ce projet territorial de santé, rédigé par les acteurs du territoire, dont les usagers et les élus locaux, doit être la formalisation des filières et la déclinaison du PRS à l'échelle territoriale.

Dans ce cadre la place des hôpitaux de proximité est centrale à la fois pour porter des actions de santé publiques que pour impulser la mutualisation des ressources avec les acteurs médicaux sociaux et de la ville. ◇

DONNER UNE VÉRITABLE PLACE AUX HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

En particulier, ces centres hospitaliers devenant centres hospitaliers de proximité doivent pouvoir, dans le cadre de leur transformation, mettre en place des activités ou structures comme :

- Des centres de périnatalité ;
- Des antennes de médecine d'urgence ;
- Des soins de support en appui des établissements de recours en oncologie, dans une logique de projet territorial fonction des besoins de la population ;
- De projets de santé publique et d'éducation thérapeutique (prévention et maîtrise du diabète de l'insuffisance cardiaque, alcoologie et tabacologie...);
- Des projets d'appui au 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).

Ces nouveaux projets vont effectivement nécessiter :

- D'une part, une enveloppe financière dédiée pour que les établissements proposant ces activités ou actions nouvelles ;
- Et, d'autre part, un fléchage d'investissement dans le cadre de la reprise de la dette des hôpitaux.

L'ensemble de ces projets nouveaux nécessitent des **crédits d'amorçage** et participent **aux besoins de santé et à l'aménagement du territoire.** ♦

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

La FHF souhaite que cette régulation territoriale se base sur des objectifs communs de qualité et de sécurité des soins. À cet effet, 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 qualité doit porter les réflexions stratégiques sur les filières de soins et être plus directement en lien avec l'amélioration des pratiques professionnelles et du résultat de soin. Elle est souvent approchée de manière réductrice : soit au travers des évaluations/inspections qui s'imposent aux établissements (certification V2014, accréditation Cofrac, inspection ASN, etc.), soit au travers d'une série d'indicateurs très critiqués visant à allouer une part des financements.

Or l'objectif qualité d'amélioration continue est le vecteur de sens des actions des professionnels de santé au service des besoins des patients. Elle doit innover les pratiques de soins et être le fondement même de l'action hospitalière.

C'est pourquoi la FHF invite à repenser la place donnée à la qualité, à mener une véritable « révolution qualité » afin de lui donner toute sa place dans l'action collective et le management des établissements. Le financement doit venir conforter cette transformation et régulation du système de santé en créant un véritable compartiment tarifaire à la qualité qui s'ajouterait à la tarification à l'activité actuelle.

La régulation doit également s'appuyer sur des objectifs de pertinence.

En effet, la FHF a mis en évidence à plusieurs reprises qu'en suivant les estimations de l'OCDE sur les actes inutiles, il serait théoriquement possible de récupérer 20% du budget de la santé, sans réduire le niveau de service. Cela représente 36 milliards d'euros. S'attaquer de façon résolue à l'immense chantier de la qualité et de la pertinence permettrait de récupérer une partie de cette somme, pour améliorer la qualité des prises en charge et le quotidien des soignants.

Le tournant de la pertinence doit s'appuyer sur l'opportunité de la réforme du financement pour lui fournir un cadre incitatif adapté. (cf. supra).

Il faudra donc dans le cadre de la réforme lier financement au parcours / à l'épisode d'un côté et financement à la qualité et à la pertinence de l'autre et ne pas les dissocier.

La mise en place d'un financement au parcours, multi-intervenants, nécessite en effet un fort intérêt à agir pour que le parcours se passe au mieux, de la façon la plus efficiente possible, en respectant l'enveloppe fermée et forfaitaire. Il faut également que chaque acteur s'y retrouve par rapport aux coûts engagés. Le paiement à la pertinence ou à la qualité peut constituer cet aiguillon.

Par exemple, un financement à l'épisode de soins incluant les complications (sous forme d'un forfait « reprises et complications) a pu diminuer les taux de complication d'après les premières mesures en ce sens mises en œuvre en Suède.

Ainsi, le levier du financement devra être mobilisé afin d'encourager à la pertinence des soins.

Ainsi, la FHF demande une meilleure régulation du système par la qualité et la pertinence plutôt que par des objectifs de dépense et d'économie, et souhaite que les initiatives des acteurs de terrain et des sociétés savantes qui s'approprient les démarches d'amélioration de la pertinence soient encouragées par les pouvoirs publics. ♦

RENFORCER L'AUTONOMIE DES ACTEURS RÉGIONAUX ET TERRITORIAUX

Il apparaît prioritaire de recentrer les ARS sur un modèle de pilotage plus ferme sur les objectifs, plus affirmé dans sa capacité à arbitrer des décisions de recomposition de l'offre mais laissant nettement plus de champ aux acteurs de terrain pour l'exercice de leur mission au quotidien.

CRÉER DES ORDAM POUR RÉGIONALISER LE LEVIER DU FINANCEMENT

Ces structures resserrées assureraient, en outre, pour le compte de la nouvelle instance nationale de pilotage de la santé le suivi de l'ORDAM au niveau régional.

Dans le respect de la solidarité nationale, l'ONDAM pourrait en effet être décliné en objectifs de dépenses régionalisés figurant dans le PLFSS, sur la base d'indicateurs de santé publique spécifiques à chaque région.

Ces objectifs seraient déterminés en appliquant un tendancier d'évolution différencié selon une trajectoire pluriannuelle aux dépenses constatées sur le plan régional des différents secteurs de l'offre de soins (hôpital, médecine de ville et secteur médico-social). Le niveau de ces objectifs aurait pour objet de moduler la contrainte financière en fonction des besoins de rééquilibrage de l'offre de soins régionale entre secteurs, mais aussi entre régions en fixant des objectifs de résorption progressive des inégalités en termes de santé publique et d'accès aux soins qui se constatent aujourd'hui et que la reconduction de financements sur une base essentiellement historique ne permet pas véritablement de corriger.

La FHF propose également que, sur les territoires les plus matures, où la coopération entre tous les

acteurs est suffisamment développée, comme sur les territoires expérimentateurs de la responsabilité populationnelle, des groupements de santé de territoire puissent se constituer afin de définir les moyens d'assurer la réponse aux objectifs de santé publique, et gérer un budget qui serait délégué par les ARS à partir d'une déclinaison territoriale de l'ORDAM.

Ces ORDAM seraient ensuite déclinés, à l'échelle territoriale, dans le cadre du projet territorial de santé, et pourraient être délégués aux groupements de santé de territoire dont nous souhaitons la constitution sur les territoires les plus matures.

RENFORCER LA REPRÉSENTATION DÉMOCRATIQUE PAR UNE RESPONSABILISATION DES COLLECTIVITÉS LOCALES DANS LA SANTÉ

La FHF appelle de ses vœux une responsabilisation et une amélioration du pouvoir d'initiative pour les établissements de santé.

L'initiative des acteurs de terrain demandera bien sûr de renforcer la relation avec les collectivités locales à chaque échelon pertinent (commune, intercommunalité, département, région), qui doivent se voir reconnaître des compétences spécifiques dans l'accompagnement et le soutien aux projets de santé sur le territoire. Ces collectivités ont ainsi toute leur place dans une logique partenariale d'accompagnement des projets portés par les acteurs de santé.

C'est pourquoi nous proposons de donner un rôle aux conseils régionaux dans l'aménagement régional du territoire sanitaire et dans l'investissement hospitalier, en développant par exemple une composante santé dans les contrats de plan État-région.

Ainsi, parce qu'ils interviendraient financièrement par ces contrats de plan, et parce que ces financements auraient un impact majeur sur l'organisation de l'offre de soins, les conseils régionaux pourraient avoir une place reconnue et plus importante dans la construction du projet régional de santé, ainsi qu'une place renforcée au sein du conseil d'administration des ARS.

Au niveau territorial, il faudra affirmer le rôle des élus locaux dans la validation et l'évaluation des projets territoriaux de santé. Cette affirmation passera par les conseils territoriaux de santé, constitués dans chaque territoire de démocratie sanitaire, mais dont le dynamisme est aujourd'hui entravé par le caractère très descendant des travaux qui y sont menés. En outre, l'absence de capacité d'initiative et de projection de l'échelon territorial et de l'instance qui représente les acteurs de cette échelle ont peu à peu transformé cet outil démocratique et opérationnel au potentiel immense en coquille vide ou en chambre d'enregistrement.

Donner de l'autonomie aux territoires demandera donc de revitaliser les conseils territoriaux de santé en leur permettant l'élaboration et le contrôle du diagnostic et du projet territorial de santé, ainsi que la capacité éventuelle à en assurer le soutien financier. Les élus des collectivités locales compétences (EPCI, communes, départements) auront nécessairement une place renforcée dans la gouvernance de ces conseils territoriaux renouvelés, afin d'affirmer leur légitimité démocratique.

RENFORCER LA PLANIFICATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

La planification sanitaire est aujourd'hui essentiellement un outil de régulation de l'offre de soins hospitalière. Il s'agira dans le nouveau système de santé de faire de la planification, à l'échelle régionale et

territoriale, un principe de mise en œuvre de la responsabilité populationnelle. Cela suppose de mettre au service d'objectifs de santé publique les outils de régulation financière (déclinaison territoriale de l'ORDAM), réglementaire (autorisations et régulation de l'installation des acteurs de santé) et évaluative (contrôle de la pertinence, de la qualité et de la sécurité des soins) propres à construire une réelle politique de santé dans chaque région et dans chaque territoire.

Cette planification territoriale, co-construite avec les acteurs locaux en fonction d'impératifs de santé publique constatés par le collectif, devra définir les priorités qui font l'objet d'une planification, qui pourront par exemple être : accès aux soins primaires y compris en horaire de permanence des soins ; santé des enfants et des jeunes ; maladies chroniques ; santé mentale ; personnes âgées et prévention de la perte d'autonomie ; prévention et gestion épidémiologique ; santé publique et prévention populationnelle ; accès aux soins des personnes en situation de handicap.

À la différence des projets régionaux de santé actuels, il s'agira dans la planification que nous demandons de définir sur chaque territoire des objectifs de santé publique, et de demander aux acteurs de s'organiser entre eux pour améliorer la santé de la population. Grâce à un modèle de financement favorisant la coopération et le continuum ville/hôpital/médico-social, un modèle de régulation administrative empêchant les situations de concurrence délétère, et un modèle de contrôle de la qualité et de la pertinence diminuant le recours aux actes inutiles ou néfastes, ce collectif de santé à l'échelle territoriale doit avoir la visibilité financière et organisationnelle pluriannuelle qui permette la mise en œuvre de programmes cliniques à même de répondre aux objectifs de santé publique préalablement définis. ♦

RENFORCER LA PLACE DE LA MÉDECINE DE VILLE, DES PHARMACIENS ET DES PARAMÉDICAUX DE VILLE COMME PREMIÈRE LIGNE DE L'OFFRE DE SOINS

La crise du Covid et les exemples internationaux montrent l'importance de l'accès aux professionnels de ville (médecins, pharmaciens, paramédicaux de ville).

La crise du Covid a également montré l'importance de la cohérence des messages de santé publique sur la manière dont la population doit accéder au système de soins : appel au médecin généraliste, appel au SAMU, venue directe aux urgences.

Dans la gestion de la crise, tous les opérateurs n'étaient pas intégrés dans un dispositif de gestion de crise et n'ont d'ailleurs pas bénéficié suffisamment des équipements de protection. On pense ici aux médecins de ville, aux paramédicaux et aux pharmaciens. Ce qui permet de reconsidérer le rôle des acteurs médicaux ou paramédicaux qui doivent en mesure de jouer leur rôle de premier recours, et encore plus en cas de dispositifs exceptionnels.

Ce qui se joue, c'est :

- **Pour les professionnels de ville médicaux, paramédicaux et pharmaciens**, le renforcement de leur rôle et l'extension de leurs missions (dépistage par les professionnels paramédicaux, vaccination en pharmacie) en s'appuyant par exemple sur le développement des infirmiers en pratique avancée.
- **Pour l'hôpital** un meilleur travail ensemble et un moindre hospitalo-centrisme du système que, contrairement à ce qu'on lit souvent, n'est pas revendiqué par l'hôpital mais lui est imposé (cf. saturation des urgences).
- **Pour la population**, l'accès aux soins, dans ses trois dimensions : territoriale (déserts médicaux) ; horaire (nuit et week-end), financière, ainsi que des parcours plus fluides notamment pour les pathologies chroniques (et ce d'autant que le Covid génère de l'insuffisance rénale, de l'insuffisance cardiaque, du diabète).

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.

Concernant la régulation de l'installation des médecins libéraux au sein des territoires, la FHF propose de préserver la liberté d'installation en secteur 1 mais en limitant l'installation en secteur 2 dans les zones déjà sur-denses.

Enfin, renforcer la ligne de la ville doit permettre d'assurer son accessibilité dans le temps en établissant une régulation et une 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. ♦

ASSURER UN PILOTAGE COORDONNÉ AU NIVEAU DE CHAQUE TERRITOIRE GRÂCE AU PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

Les projets territoriaux de santé, assis sur le diagnostic territorial partagé, ont pour but pérenniser et de formaliser les coopérations entre tous les acteurs de santé, en dehors des périodes de crise, en organisant l'offre de santé autour de filières appuyées sur le principe de gradation des soins.

Les PTS sont validés par l'Agence régionale de santé compétente. Ils sont formés d'un ensemble de programmes cliniques, qui décrivent précisément les besoins de santé de la population visée, les rôles et les responsabilités de chaque acteur dans le maintien et l'amélioration de la santé de cette population et les moyens mobilisés pour mettre en œuvre le programme. Les Projets territoriaux de santé doivent comprendre au minimum 8 programmes cliniques sur les sujets suivants : accès aux soins primaires y compris en horaire de permanence des soins ; santé des enfants et des jeunes ; maladies chroniques, incluant le cancer ; santé mentale ; personnes âgées et prévention de la perte d'autonomie ; prévention et gestion épidémique ; santé publique et prévention populationnelle ; accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Les programmes cliniques constituent la description opérationnelle des moyens et procédures qui seront mises en œuvre par les acteurs de santé. Ils s'appuient sur : une stratification de la population cible en fonction de ses besoins, des logigrammes de prise en charge décrivant les actions à effectuer, des chemins cliniques et des indicateurs de suivi.

Afin d'assurer la constitution de ces filières indispensables à l'amélioration de la prise en charge des patients, il faut que la participation à ces projets territoriaux de santé soit obligatoire pour tous les acteurs.

La gouvernance de ces projets territoriaux de santé sera également stratégique, car elle devra assurer la représentation des élus locaux, associations d'usagers, GHT, établissements privés, professionnels de santé de ville regroupés dans les CPTS, si besoin fédérées à l'échelle du territoire. Le représentant territorial de l'ARS aura un rôle déterminant de fédérer ces différents acteurs et catalyser leur réflexion. ♦

FAIRE DES PARCOURS DE PSYCHIATRIE ET DE SANTÉ MENTALE UNE PRIORITÉ ET UN EXEMPLE POUR LA COORDINATION DES ACTEURS SUR UN TERRITOIRE

L'engagement des établissements autorisés en psychiatrie et des professionnels de la psychiatrie au plus fort de la crise du Covid a été majeur. Leur sollicitation pour la gestion du stress des soignants et de la population au moment où les soins étaient les plus lourds et le confinement le plus strict a mis en exergue la nécessité de pouvoir s'appuyer sur des équipes de psychiatrie solides et dont le rôle est connu et reconnu sur le territoire.

Il est que la mise en place d'une politique ambitieuse de prise en charge globale des troubles mentaux ou psychique impliquant l'ensemble des acteurs soit une priorité nationale.

En effet, les troubles psychiques concernent 1 Français sur 4 au cours de sa vie et constituent une des premières causes d'hospitalisation. Bien au-delà des grandes pathologies psychiatriques, les répercussions de la souffrance psychique se traduisent par des difficultés majeures d'accès aux soins et une espérance de vie réduite de plus de 10 ans.

Les besoins les plus cruciaux en matière de santé mentale ne sont pas couverts à ce jour, ni dans les établissements de santé mentale ni dans le champ médico-social. Y répondre demande une prise conscience collective des pouvoirs publics.

C'est pourquoi nous portons plusieurs priorités :

- Réflexion sur le périmètre et les missions de la psychiatrie et description du rôle de chaque acteur dans le parcours de santé afin de renforcer le rôle de la psychiatrie dans le traitement des troubles et handicaps mentaux.
- Encouragement de la territorialité en psychiatrie à l'échelle locale (contrats locaux de santé mentale) et territoriale (projets territoriaux de santé mentale), le tout à partir du secteur.
- Valorisation et renforcement du travail collaboratif effectué avec les patients et leurs familles dans la construction des parcours. ♦

POUR SUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE ET FAIRE ÉMERGER UN SYSTÈME D'INFORMATION TERRITORIAL ET POPULATIONNEL

avec laquelle le système de soin s'est adapté en s'appuyant notamment sur la télémédecine. Ces changements seront durables et impacteront les organisations et les attentes des professionnels et des citoyens. C'est une incitation forte à médicaliser plus encore nos SI et à simplifier les outils et processus administratifs, notamment la facturation.

Les courbes d'usages des outils de télémédecine ont connu une hausse exponentielle intéressante à observer mais qu'il conviendra rapidement de compléter par des courbes qualitatives. Pour que le numérique s'ancre dans la pratique, il convient en effet d'observer son usage réel. Concernant la télémédecine, il pourrait être intéressant de suivre par exemple s'il s'agit d'un renouvellement d'ordonnance, d'un avis pour un confrère, d'une urgence, d'une visite planifiée d'un patient chronique, etc.

Le cas de l'exercice coordonné au sein d'un territoire et des nécessaires coopérations ville/hôpital met en lumière la nécessité de **revoir la gouvernance et les financements des SI des acteurs de soins**.

La communication entre les SIH (Hospitaliers) – dont on connaît les difficultés actuelles d'intercommunicabilité, les SIA (ambulatoires), les SIMS (Médico-Sociaux) et les SISo (Sociaux) sur les territoires de santé (territoire de démocratie sanitaire) doit être une priorité.

Les acteurs de soins n'accepteraient pas de voir leur travail en commun freiné par des problèmes techniques. Le déploiement de messageries sécurisées est un premier pas simple et très utile. L'alimentation du DMP est aussi une urgence pour répondre à l'attente des patients. Disposer d'outils de planification des ressources, tel que la gestion intelligente des lits à l'échelle territoriale, allègerait les tâches rébarbatives et chronophages des soignants et faciliterait le lien entre les acteurs de soins entre services hospitaliers d'un même GHT, mais aussi avec la ville.

Le programme qui suivra HOPEN devra intégrer cette dimension territoriale et adapter les financements. Non seulement ceux-ci doivent pouvoir couvrir des entités multiples, mais aussi

s'adapter au paiement à l'usage. En effet, le développement de services à l'usage se développe, permettant ainsi une plus grande rapidité des implémentations.

Afin d'assurer le fonctionnement du projet territorial de santé, le suivi de la prise en charge des patients et le suivi de l'exécution des chemins cliniques, il sera nécessaire que les acteurs puissent s'appuyer sur un système d'information populationnel. Les caractéristiques de ce système d'information sont définies par l'Etat, qui en assure le financement.

Ces systèmes doivent permettre : le repérage des populations et l'affectation des personnes au sein du système de suivi des programmes cliniques ; le soutien à l'exécution des programmes cliniques, le soutien des programmes de dépistage et de prévention à grande échelle, l'évaluation de l'exécution des programmes et d'indicateurs populationnels, la connaissance exhaustive des ressources sanitaires et sociales existantes sur le territoire, la mise à disposition des professionnels des logigrammes et chemins cliniques. ♦

Faire de la santé un élément de la politique industrielle européenne et de l'indépendance européennes

NOS OBJECTIFS : À L'ÉCHELLE DE L'UNION EUROPÉENNE, DES COOPÉRATIONS RENFORCÉES, DES INVESTISSEMENTS ET UNE POLITIQUE INDUSTRIELLE EN MATIÈRE DE SANTÉ.

La FHF formule quatre propositions, sans nécessité de modifier les traités.

NOS PROPOSITIONS : LA SANTÉ PUBLIQUE, PREMIER BIEN PUBLIC COPRODUIT PAR L'ÉCHELON NATIONAL ET L'ÉCHELON EUROPÉEN.

DES RÉPONSES EN TERMES DE VEILLE ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET DE SUIVI DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Des ressources renforcées et une meilleure articulation entre les deux organismes multilatéraux de veille les plus importants (l'OMS et l'ECDC) répondraient au souci d'accroître les moyens de veille, d'analyse et de propositions. 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. Trois organismes travaillent déjà ensemble étroitement (OMS, EUROSTAT et OCDE), leurs travaux devraient être orientés également sur des indicateurs clés nécessaires en période de crise pandémique. ♦

DES RÉPONSES INDUSTRIELLES

La réindustrialisation est nécessaire dans certains secteurs clés de la protection des professionnels, des dispositifs médicaux et médicaments, mais également en matière de digitalisation. Elle nécessite de faire des priorités et donc d'identifier les secteurs clés à protéger. Une vigilance particulière

sera accordée à la stratégie pharmaceutique en cours de rédaction au sein de la Commission européenne.

Elle doit donc s'effectuer dans le cadre du Green Deal, sans oublier le recyclage des dispositifs de protection et dispositifs médicaux. ♦

DES RÉPONSES ÉCONOMIQUES

La logique budgétaire d'une grande partie des fonds européens est de rééquilibrer les écarts de richesse entre régions européennes. Il s'agit d'identifier désormais une logique supplémentaire, celle de précaution pour ce type d'épisode.

Un plan stratégique pour le rétablissement, la revitalisation de l'économie et le retour sur la voie

d'une croissance durable va être préparé par la Commission européenne. S'il s'agit notamment de permettre la transition double vers une société plus verte et numérique et de tirer toutes les leçons de la crise actuelle en ce qui concerne la préparation et la résilience de l'UE, la composante sanitaire devra y trouver sa place. ♦

■ DES RÉPONSES ÉTHIQUES

La France est potentiellement capable, si elle repense son système de santé, d'impulser au niveau de l'Europe une dynamique éthique vers une égalité d'accès aux soins pour tous. Cette conception universaliste de la santé et de l'accès à la santé est un point fort pour notre société issue du siècle des Lumières. ♦



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis – 75993 Paris cedex 14

T. + 33 (0)1 44 06 84 44 – fhf@fhf.fr

www.fhf.fr

