



LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, UNE EXIGENCE POUR LA RÉPUBLIQUE

LA RÉPUBLIQUE, UNE EXIGENCE POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Plateforme de propositions
de la Fédération
hospitalière de France
pour **2017-2022**

L'hôpital et les établissements médico-sociaux
prennent soin de nous, **prenons soin d'eux**



SOMMAIRE

LES 50 CLÉS DE DÉVERROUILLAGE POUR ASSURER L'AVENIR DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	P.5
--	------------

1 LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, UNE EXIGENCE POUR LA RÉPUBLIQUE	P.24
---	-------------

_1.1. Une exigence pour répondre aux défis de santé majeurs	p.25
_1.2. Une exigence d'accessibilité des soins sur le territoire de la République	p.28
_1.3. Une exigence d'accessibilité du secteur médico-social sur le territoire de la République	p.35
_1.4. Une exigence d'innovation pour assurer l'avenir de notre système de santé	p.37
_1.5. Une exigence d'attractivité des métiers pour celles et ceux qui font le choix du service public hospitalier	p.53

2 LA RÉPUBLIQUE, UNE EXIGENCE POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	P.64
---	-------------

_2.1. L'exigence d'incarnation des valeurs républicaines par les établissements du service public hospitalier	p.66
_2.2. L'exigence de la qualité et de la sécurité des soins pour tous	p.69
_2.3. L'exigence de l'autonomie des personnes	p.76
_2.4. L'exigence d'efficacité et de contribution au développement durable	p.78
_2.5. L'exigence de participation à la construction effective des parcours de prise en charge des patients : mettre en œuvre la stratégie de groupe avec une priorité aux projets médicaux partagés et dans un esprit d'ouverture	p.84

ANNEXES	P.94
----------------	-------------

LES 50 CLÉS DE DÉVERROUILLAGE

POUR ASSURER L'AVENIR DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

1

LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, UNE EXIGENCE POUR LA RÉPUBLIQUE

1.1. UNE EXIGENCE POUR RÉPONDRE AUX DÉFIS DE SANTÉ MAJEURS

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°1

Mettre en œuvre les propositions de la FHF pour la psychiatrie et la santé mentale. Engager la réforme du financement de la psychiatrie et de la santé mentale pour permettre de redonner de l'oxygène au développement des projets de la psychiatrie publique. La mise en œuvre de ces propositions pourra être déployée dans le nouveau cadre territorial des activités de psychiatrie et de santé mentale issu des groupements hospitaliers de territoire et des communautés psychiatriques de territoire.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°2

Intégrer la logique et les objectifs de santé publique au cœur des projets des nouveaux groupements hospitaliers de territoire et poursuivre le développement de formats d'action transversale par grandes thématiques de santé publique comme, aujourd'hui, « FHF-Cancer » et, demain, « FHF-Prévention ».

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°3

Mettre en œuvre effectivement la réforme du financement du SSR et poursuivre la montée en charge du nouveau régime jusque 2022.

1.2. UNE EXIGENCE D'ACCESSIBILITÉ DES SOINS SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°4

Promouvoir une approche efficace et pragmatique de la régulation de l'installation des médecins libéraux au sein des territoires en préservant la liberté d'installation en secteur 1 mais en ne rendant plus possible l'installation en secteur 2 dans les zones déjà sur denses.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°5

Revivifier le modèle des hôpitaux de proximité dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé et y faciliter le déploiement de maisons de santé pluridisciplinaires.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°6

Assumer une capacité de substitution de l'hôpital en cas de défaillance de l'offre de soins en ville, dans le cadre d'un conventionnement avec l'URPS et sous réserve d'allocation de moyens humains et financiers adaptés.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°7

Mieux prendre en compte la spécificité insulaire pour accompagner les projets hospitaliers et les actions de renforcement de l'efficacité de notre système de soins en Corse.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°8

Mettre en œuvre les propositions de la FHF sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Ces orientations auront à être prolongées sans tarder par trois démarches complémentaires visant, d'abord, à mieux reconnaître les compétences socio-éducatives au sein des établissements; ensuite, à traiter la problématique des effets de seuil touchant la MIG Précarité; et, enfin, à mettre fin aux situations – très minoritaires – d'abus en termes de dépassements d'honoraires à l'hôpital public.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°9

Soutenir le développement des projets des hôpitaux ultramarins et leur permettre de réaliser des gains d'efficacité en mettant en œuvre un plan de convergence et en reconnaissant en leur faveur un droit d'expérimentations.

1.3. UNE EXIGENCE D'ACCESSIBILITÉ DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°10

Engager le déverrouillage des sections tarifaires hébergement, soins et dépendance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.4. UNE EXIGENCE D'INNOVATION

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°11

Positionner les groupements hospitaliers de territoire en véritables clusters d'innovation en santé en levant les obstacles pratiques à l'innovation, en facilitant les synergies avec les outils territoriaux de développement économique et en les encourageant, dans une seconde phase de développement des groupements, à structurer des projets territoriaux d'innovation en santé.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°12

Consolider notre modèle hospitalo-universitaire en le refondant par une identification des modalités d'adaptation des ordonnances DEBRÉ aux réalités du XXI^e siècle, par un soutien renforcé aux programmes d'excellence mondiale et par une organisation des synergies hospitalo-universitaires dans le périmètre des nouvelles régions. La FHF apporte son soutien complet à la mise en œuvre des 17 propositions issues des assises hospitalo-universitaires de décembre 2016 et dont le contenu est rappelé en annexe à la présente plateforme. Cette dynamique impliquera également la mise en œuvre d'une logique d'équité nationale pour soutenir le développement hospitalo-universitaire de certaines régions, dans l'Hexagone et outre-mer.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°13

Mettre en œuvre les propositions de la commission « FHF - Produits de santé » pour clarifier et relancer le processus d'innovation thérapeutique.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°14

Stimuler l'innovation paramédicale sous toutes ses formes. Pour y parvenir, il convient de déterminer rapidement un régime incitatif pour le déploiement des pratiques avancées et de déverrouiller le régime des protocoles de coopération permettant des délégations et des transferts de compétence entre professionnels de santé (en partant d'un principe d'avis réputés acquis au bout de deux mois, en cas de silence de l'ARS ou de la HAS, pour mettre fin au dispositif actuel de nécessité d'avis formels favorables qui s'est révélé lourd et bloquant en pratique). De manière plus large, la FHF mettra en place, dès les prochaines semaines, une commission « FHF - Innovation paramédicale » destinée à identifier et relayer les initiatives issues du terrain.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°15

Déverrouiller complètement, sur la base d'un modèle de financement à l'activité, le modèle économique des activités de télémedecine, téléconsultation, télé-expertise pour stimuler les dynamiques de recompositions de l'offre de soins dans le cadre des nouveaux territoires de santé.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°16

Créer un fonds de soutien aux projets de développement à l'export des établissements de santé. Ce fonds, qui bénéficierait d'un apport de financement public initial de 20 M€, serait géré par l'AFD et mettrait en œuvre un dispositif de gouvernance associant les représentants de l'ensemble des fédérations hospitalières.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°17

Valoriser concrètement les parcours des professionnels hospitaliers faisant le choix de s'engager dans le cadre de projets intégrés à cette nouvelle stratégie de développement à l'international de notre système de santé.

Ce choix ne doit plus – comme c'est encore trop souvent le cas – être pénalisé mais, au contraire, être encouragé comme une étape utile d'ouverture et de mobilité dans un parcours professionnel.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°18

Soutenir l'innovation dans la construction des parcours de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en développant une offre d'hébergement et de service diversifiée en adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge et en expérimentant, dans 10 territoires de santé pilotes, la mise en place d'un instrument multidimensionnel commun pour évaluer la perte d'autonomie et la fin de la barrière d'âge entre prestations spécifiquement destinées aux personnes âgées (APA) et prestations destinées aux personnes handicapées (AAH).

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°19

Défendre une vision tendant à élargir les financements dévolus au soutien aux missions d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé en mobilisant davantage le programme d'investissements d'avenir en direction de l'innovation hospitalière ou encore en renforçant la capacité collective du système de santé français à bénéficier du soutien des financements européens orientés vers l'innovation. Du point de vue de la gestion interne des établissements, les postes liés à des activités de recherche et d'innovation et bénéficiant de financements fléchés – par exemple dans le cadre d'essais cliniques – doivent pouvoir être sortis des normes de plafonnement appliquées à l'évolution de la masse salariale hospitalière.

1.5. UNE EXIGENCE D'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERES POUR CELLES ET CEUX QUI FONT LE CHOIX DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°20

Généraliser les démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et porter la réflexion sur l'évolution des métiers du service public hospitalier – en particulier sous l'effet des révolutions de la territorialité et du numérique en santé – au niveau d'une priorité stratégique pour l'avenir de notre système de santé.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°21

Continuer à renforcer des mesures de protection des professionnels et de sécurisation des établissements. Les faits de violence et d'incivilité en direction des professionnels sont inacceptables et il est impératif d'y répondre avec la plus grande fermeté. Dans cette perspective, les protocoles hôpital-police-justice qui ont montré leur efficacité sur le terrain doivent pouvoir être généralisés. Par ailleurs, le Fonds d'aide à la sécurisation des établissements, institué suite à une demande de la FHF, doit voir son montant réévalué pour répondre aux besoins et surtout autoriser un mécanisme de déblocage plus rapide des financements pour donner plus de réactivité aux établissements pour se préparer et mieux prévenir les risques.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°22

Engager et mettre en œuvre un Plan national santé au travail et aller au-delà en promouvant les démarches de qualité de vie au travail.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°23

Donner les moyens aux hôpitaux de mettre en place des organisations du temps de travail pensées avec les professionnels et adaptées aux besoins des patients. Il s'agit donc, concernant la réglementation relative au temps de travail non médical, de mettre en œuvre sans délai les recommandations du rapport LAURENT visant une plus grande lisibilité, une plus grande équité entre fonctions publiques mais également entre secteurs d'activité et une plus grande efficacité du système. Concernant le personnel médical, il ne doit pas y avoir de confusion entre la transposition de la directive temps de travail et la définition de normes nationales allant au-delà des attentes communautaires. Il ne faut plus attiser les tensions entre les professionnels attachés à des organisations collectives de travail, mais s'engager au respect des 48 heures hebdomadaires et du repos de sécurité, veiller à l'équité des modalités de gestion du temps entre catégories de médecins et définir des modalités souples, fondées sur l'autonomie et la confiance.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°24

Faire de la mise en œuvre dans la durée d'un plan global de soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier, fondé sur le renforcement du management médical et doté d'un financement dédié, une priorité du prochain quinquennat. Publier le décret d'application sur les obligations de non-concurrence en cas d'évolution professionnelle dans le secteur privé en laissant une marge d'interprétation territoriale sur ses modalités de mise en œuvre.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°25

Soutenir plus fortement les disciplines les plus en crise d'attractivité au sein du service public.

Ce soutien pourra impliquer un plafonnement législatif des rémunérations dans le secteur privé, une obligation de participation des professionnels libéraux à la permanence des soins, ainsi qu'une clarification et une moralisation des conditions de recours à l'intérim notamment par la création d'un opérateur d'intérim parapublic à honoraires maîtrisés.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°26

Mettre en place un dispositif national d'appui aux territoires confrontés aux situations les plus extrêmes en termes de pénurie médicale hospitalière.

Ce dispositif global ferait l'objet d'une déclinaison adaptée à chacun des territoires concernés à l'issue d'une phase de diagnostic sur place associant la FHF et les conférences de présidents de CME.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°27

Organiser, dès 2017, une conférence nationale sur la méthode de dialogue social dans le service public hospitalier afin d'ouvrir de nouveaux espaces d'autonomie pour le dialogue social au niveau territorial et au niveau

des établissements pour aborder les thématiques prioritaires pour l'avenir de métiers en évolution significative dans le cadre de la nouvelle territorialité et de la révolution numérique.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°28

Pour mieux reconnaître la valeur professionnelle des personnels hospitaliers et soutenir leur choix d'engagement pour le service public hospitalier,

il est nécessaire de passer du système de notation administrative à l'évaluation professionnelle. De même, il convient de favoriser le développement d'outils de valorisation de la performance collective et individuelle des professionnels.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°29

Encourager les établissements à déployer des politiques actives de prévention de l'absentéisme.

Ces initiatives de terrain doivent pouvoir être accompagnées par les pouvoirs publics à travers le rétablissement du jour de carence et la mise en œuvre d'une démarche de simplification réglementaire pour favoriser la reprise du travail après une maladie.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°30

Définir rapidement un dispositif garantissant la couverture sociale des professionnels hospitaliers, voire permettant de l'améliorer

comparativement aux offres du secteur privé tout en tenant compte des moyens budgétaires limités des établissements publics sanitaires et médico-sociaux. Il s'agit d'offrir une couverture sociale complémentaire veillant au respect des exigences de solidarité, c'est-à-dire facilitant l'entrée des jeunes dans un dispositif de protection sociale complémentaire, limitant les écarts tarifaires liés à l'âge et offrant un niveau élevé de garanties pour le risque long.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°31

Faire de l'ouverture des œuvres sociales aux personnels médicaux un enjeu national à financer par les pouvoirs publics dans le cadre des mesures de soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°32

Valoriser le rôle de l'encadrement en investissant dans sa formation

et en renforçant les dispositifs lui permettant de participer au management des établissements dans le cadre du déploiement de la nouvelle territorialité en santé.

2

LA RÉPUBLIQUE, UNE EXIGENCE POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

2.1. L'EXIGENCE D'INCARNATION DES VALEURS RÉPUBLICAINES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°33

Mettre en œuvre les orientations proposées par la Commission de la FHF sur la laïcité dans les établissements du service public hospitalier.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°34

Engager une nouvelle étape d'approfondissement de la démocratie sanitaire dans notre pays en :

- > organisant une information des populations concernant toute réforme touchant à l'organisation du système de santé ;
- > amenant les établissements du service public hospitalier à renforcer les conditions d'exercice de la participation des usagers, notamment dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. La FHF valorisera et diffusera les bonnes pratiques en ce domaine notamment en prenant une part active à la montée en charge de l'Institut pour la démocratie en santé ;
- > intégrant la culture relative à la santé publique, au système de santé et à la démocratie dans le cadre d'un parcours éducatif à la santé.

Ce mouvement doit également passer par l'encouragement résolu des démarches d'ouverture de l'hôpital sur la cité avec, en particulier, le soutien aux actions facilitant l'exercice de la citoyenneté dans les établissements mais également visant à y renforcer l'accès à l'art et à la culture.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°35

Poursuivre le mouvement de développement de la réflexion éthique en santé, en particulier en dotant les espaces éthiques régionaux de moyens adaptés pour accompagner des débats majeurs pour l'avenir de notre système de soins.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°36

Mettre en œuvre une démarche d'engagement des établissements publics de santé pour aller vers l'égalité professionnelle réelle entre les hommes et les femmes. Cette démarche pourra, en particulier, viser à : définir des indicateurs de vigilance sur l'attribution des primes ; veiller à informer sur les interruptions de carrière et à préparer le retour et notamment mettre en place un entretien avant le départ en congé parental, et en amont du retour ; améliorer l'accès à la formation professionnelle pour les femmes ; lutter contre la ségrégation verticale, notamment via le développement du mentoring.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°37

Engager un plan d'actions national pour prévenir les risques de discriminations à l'embauche et valoriser la diversité dans les parcours professionnels hospitaliers : conduire un travail de sensibilisation spécifique auprès des professionnels des directions des ressources humaines sur la prévention des risques de discriminations ; proposer aux établissements du service public hospitalier de candidater au label « Diversité » ; s'engager au niveau national sur les questions de diversité via une charte de l'emploi public ; valoriser les parcours d'excellence issus de la diversité.

2.2. L'EXIGENCE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS POUR TOUS

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°38

S'appuyer sur l'émergence de la responsabilité territoriale et populationnelle dans le cadre des nouveaux territoires de santé pour relever le défi de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la pertinence des actes et des activités. Dans ce nouveau cadre territorial, la FHF propose que soit fixé aux acteurs de santé l'objectif d'atteindre la meilleure expérience pour le patient, la meilleure santé pour la population, au meilleur coût.

- Cinq lignes directrices gagneraient à être suivies dans cette perspective :
- > aligner les standards de qualité sur les meilleurs standards mondiaux ;
 - > placer les praticiens et les acteurs de santé au cœur de la démarche ;
 - > intégrer la qualité finale dans les objectifs des territoires de santé ;
 - > développer massivement les recherches médico-économiques territorialisées ;
 - > associer l'ensemble des acteurs aux résultats en déployant, à l'échelon territorial, des outils incitatifs à l'atteinte des objectifs qualité.

2.3. L'EXIGENCE DE L'AUTONOMIE DES PERSONNES

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°39

Instituer enfin le Cinquième risque pour relever le défi de l'autonomie. Cette avancée majeure doit pouvoir être obtenue à partir d'un financement reposant sur un socle essentiellement collectif relevant de la solidarité nationale afin de pouvoir éviter une progression non soutenable du reste à charge pour les personnes âgées et handicapées et leurs familles.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°40

Renforcer l'opposabilité de la charte Romain JACOB pour l'accès aux soins des personnes handicapées en systématisant un dispositif de suivi et en rendant publics les résultats des indicateurs grâce à l'outil *Handifaction*.

2.4. L'EXIGENCE D'EFFICACITÉ ET DE CONTRIBUTION AU DÉVELOPPEMENT DURABLE

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°41

Poursuivre les démarches de recherche de gains d'efficience pour le service public hospitalier, mais en donnant plus de lisibilité et de valorisation aux résultats obtenus et en privilégiant des démarches organisationnelles opérationnelles comme le développement de la chirurgie ambulatoire à des objectifs mécanistes et quantitatifs de fermetures de lits qui n'ont pas de valeur en termes d'évaluation de la performance.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°42

Mettre en œuvre un choc de simplification et de soutien aux expérimentations en faveur des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°43

Permettre aux établissements adhérents d'un groupement hospitalier de territoire de faire le choix d'une autonomie avancée leur donnant plus de souplesse de gestion et proposant un mode d'exercice combinant augmentation de la durée de travail et renforcement de l'attractivité des rémunérations pour les professionnels. Dans le cadre de ces principes généraux, la FHF conduira, d'ici à la fin du premier trimestre 2017, une mission pour examiner les différentes options possibles en termes de modalités opérationnelles et juridiques pour la mise en œuvre de ce dispositif d'autonomie avancée.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°44

Franchir une nouvelle étape de responsabilisation des acteurs locaux au sein de notre système de santé en rétablissant un rattachement local des établissements publics de santé et créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM). Cette avancée dans la responsabilisation locale est cohérente avec un renforcement du pilotage national autour d'une liste limitée de priorités de santé publique suivies par une Agence nationale de santé (ANS) rassemblant des structures et des agences nationales aujourd'hui trop dispersées.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°45

Relancer l'investissement hospitalier et l'investissement dans le secteur médico-social dans une logique d'appui à la recomposition de l'offre de soins dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire. La FHF propose la mise en place de fonds régionalisés de soutien à l'investissement, dédiés à l'accompagnement des opérations majeures s'inscrivant dans un schéma de cohérence régionale, établi en partenariat avec les collectivités territoriales. La FHF engagera dès les prochaines semaines une mission technique destinée à évaluer précisément les besoins d'investissement pour le quinquennat à venir liés au déploiement du numérique et à la mise en œuvre des opérations de recompositions de l'offre de soins dans le cadre du déploiement des groupements hospitaliers de territoire.

2.5. L'EXIGENCE DE PARTICIPATION À LA CONSTRUCTION EFFECTIVE DES PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS : METTRE EN ŒUVRE LA STRATÉGIE DE GROUPE AVEC UNE PRIORITÉ AUX PROJETS MÉDICAUX PARTAGÉS ET DANS UN ESPRIT D'OUVERTURE

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°46

Soutenir l'engagement des établissements du service public hospitalier en faveur du développement durable. Au-delà de la promotion globale du concept d'« Hôpital-citoyen » inscrit dans son territoire, des actions très opérationnelles sont à encourager comme la valorisation des circuits courts en matière d'achats, notamment dans le domaine alimentaire.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°47

Pour les établissements qui le souhaitent, la FHF est favorable à ce qu'un « chemin d'intégration territorial » puisse être rendu possible en levant les obstacles actuels, et notamment ceux qui découlent du modèle de tarification autour de la colonne vertébrale des projets médicaux partagés.

Ces incitations doivent, d'une part, être collectives par un positionnement des autorisations au niveau des groupements et par une refonte du modèle MIGAC pour tenir compte de l'évolution des missions du service public hospitalier. Ces incitations doivent, d'autre part, être individuelles par une valorisation des choix de parcours professionnels s'inscrivant dans la territorialité (constitution des équipes médicales territoriales, mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les personnels de direction et valorisation de leurs déroulements de carrière dans ces nouveaux cadres territoriaux, etc.).

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°48

Recentrer les ARS sur un rôle de pilotage des objectifs de santé publique et de régulation de la stratégie de recomposition de l'offre de soins sur le territoire ou, à défaut, poser la question de l'opportunité de leur maintien.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°49

Prévoir systématiquement un dispositif d'association des médecins libéraux aux groupements hospitaliers de territoire et inciter les établissements du service public hospitalier à se positionner résolument dans un état d'esprit d'ouverture opérationnelle vers la médecine de ville.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°50

Engager une démarche d'ensemble sur le renforcement de l'accessibilité à l'expertise hospitalière depuis le domicile du patient et soutenir résolument le développement de l'hospitalisation à domicile en mettant en œuvre les propositions formulées, à cet égard, par la Fédération hospitalière de France.

Faire le choix du bon sens et de la confiance pour répondre au malaise hospitalier

L'hôpital public n'a jamais été autant sous pression. Avec un plan d'économies d'une ampleur inédite (1 milliard d'euros par an) couplé au transfert sur les budgets hospitaliers d'une série de charges dont certaines permettent d'embellir les comptes de l'assurance maladie, avec une pression sur l'emploi de la part de l'administration loin des engagements gouvernementaux de ne pas toucher aux effectifs hospitaliers, avec une réorganisation territoriale majeure liée à la création des groupements hospitaliers de territoire, sans que n'aient été véritablement ouvertes des réformes structurelles pourtant promises et attendues (par exemple celle du financement ou des temps de travail), l'hôpital est aujourd'hui fragilisé.

Pour autant, les hôpitaux tiennent et les hospitaliers continuent à exercer leurs missions, montrant ainsi qu'ils ne perdent pas leur boussole, ni leurs valeurs, ni le sens de leur action. C'est grâce à eux que l'hôpital est ce qu'il est, c'est grâce à eux qu'il est et demeure un repère pour nos concitoyens. Aussi, dans un contexte de fatigue, parfois d'épuisement, il serait temps de prendre soin d'eux.

La capacité d'adaptation de nos établissements ces dernières années est indéniable. L'hôpital public a su maîtriser ses coûts en dépit de la constante progression de l'activité. Cette contrainte permanente n'est plus soutenable et les pouvoirs publics doivent faire preuve de plus de cohérence et d'équité. Nous ne pouvons plus exiger autant d'efforts auprès des hospitaliers sans les accompagner avec des réformes de fond. Les quelques événements dramatiques de ces derniers mois obligent à une réflexion sur les actions à mettre en œuvre pour prévenir le mal-être au travail. Nous ne pouvons plus attendre !

Il faut arrêter de demander des efforts colossaux sans donner aux responsables ni visibilité, ni moyens de les mettre en œuvre. Dans de nombreux établissements, l'activité explose sans que les financements ne permettent de doter les acteurs de moyens suffisants pour y faire face. Une tendance qui génère découragement et démotivation.

Les agences régionales de santé demandent des plans de suppression d'effectifs sans pour autant s'engager suffisamment dans des réformes courageuses d'évolution de l'organisation de l'offre de soins. Or, rien n'est pire qu'une politique alourdissant les charges des établissements, souvent pour acheter la paix sociale, au détriment des réformes structurelles ; le tout en prônant la poursuite des efforts d'efficience.

a priorité des priorités pour le quinquennat à venir nous semble de prendre un engagement solennel de faire cesser les injonctions contradictoires et favoriser les initiatives de terrain. Il est urgent de faire confiance aux professionnels de santé. Il est indispensable que les réorganisations structurelles ne soient pas imposées, mais pensées par les équipes médico-soignantes sur le terrain, dans le respect du dialogue social et dans un esprit de coconstruction.

Ces projets ne pourront être déployés sereinement que s'ils font sens pour les médecins, les cadres, les soignants et les personnels de gestion. La ministre des Affaires sociales et de la Santé a proposé un plan de soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier. C'est une avancée, mais tous, professionnels et observateurs, ont souligné qu'il serait largement insuffisant – sur le fond et dans son financement qui n'est identifié en l'état... – pour inverser la tendance dans la durée.

Si la poursuite des efforts d'efficience est plus que jamais nécessaire dans un contexte économique national dont chacun connaît les contraintes, l'hôpital ne peut avoir comme seule boussole la maîtrise de ses coûts. Pour cela, nous devons porter haut nos valeurs communes, celles du service public hospitalier, celles du prendre soin (des patients, des résidents, de nos professionnels). Plus que jamais, les Français ont besoin d'un hôpital rempart dans une période troublée pour notre pays.

Parce que les établissements du service public hospitalier prennent soin de nous, nous devons plus que jamais prendre soin de ces établissements et de leurs équipes.

Un nouveau cadre de référence pour faire face à ce malaise et assurer l'avenir de notre système de santé : la révolution de la territorialité et de la responsabilité populationnelle

Dans sa plateforme de propositions présentée avec l'élection présidentielle de 2012, la FHF avait introduit la notion de « *service public de santé* », projetant les établissements du service public hospitalier dans une dimension plus large et plus ouverte sur les autres acteurs de notre système de soins.

À la veille de l'échéance de 2017, cette intuition est désormais devenue une exigence fondamentale de transformation : pour préserver, dans l'avenir, l'excellence de notre système de santé, les établissements du service public hospitalier doivent réussir la révolution de l'émergence de la territorialité et de la responsabilité populationnelle en santé.

Il y a 15 ans, l'Organisation mondiale de la santé classait le système de santé français comme le plus performant du monde. Nous devons avoir aujourd'hui la lucidité de nous demander si c'est bien toujours le cas.

Interrogés dans une enquête réalisée par Odoxa pour la FHF, 83% des Français pensent que l'hôpital public est en danger ; 86% des médecins sont pessimistes quant à l'avenir du système de santé ; 82% d'entre eux estiment que notre système se dégrade depuis 10 ans. Des pans

entiers de notre territoire connaissent de fortes difficultés d'accessibilité médicale alors que de nombreux hôpitaux peinent à recruter des médecins.

Le sentiment est de plus en plus répandu chez les professionnels d'une dégradation de leurs conditions de travail alors même que le système serait piloté l'œil rivé uniquement sur le compteur budgétaire. Les citoyens, de leur côté, se demandent si le système sera toujours capable de les prendre en charge, notamment quand leurs vieux jours seront arrivés. Nombre d'entre eux sont déjà lourdement engagés auprès de leurs proches, palliant de leur mieux un système qui n'est pas encore suffisamment adapté au défi majeur du vieillissement.

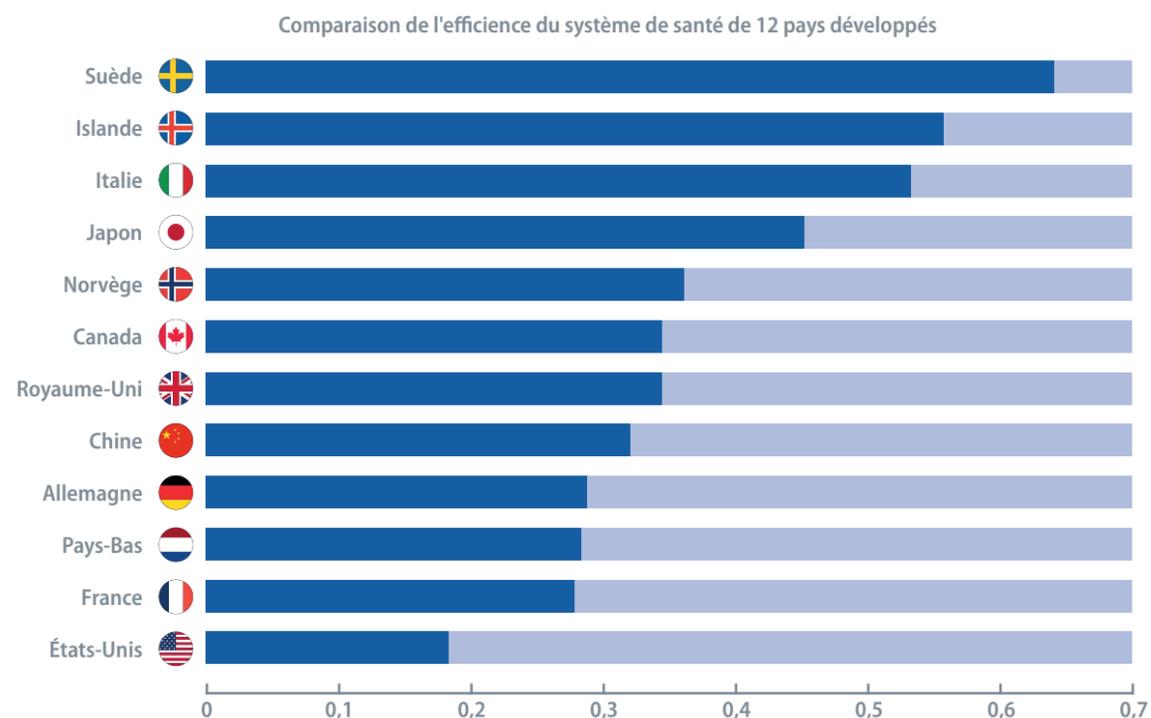
Ces impressions des citoyens, des patients et des acteurs du système de santé trouvent malheureusement écho dans des classements et des comparaisons internationales disponibles qui indiquent des signaux de recul de la performance de notre système de santé.

Ainsi, le *Commonwealth Fund* classe la France neuvième sur 11 pays développés pour la performance de son système de santé.

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
OVERALL RANKING (2013)	4-	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
Quality care	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective care	4-	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe care	3-	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
Access	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
Efficiency	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
Equity	5	9	7	4	8	10	6	1	2	1	11
Healthy Lives	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
Health Expenditures/ Capita, 2011**	\$ 3,800	\$ 4,522	\$ 4,118	\$ 4,495	\$ 5,099	\$ 3,182	\$ 5,669	\$ 3,925	\$ 5,643	\$ 3,405	\$ 8,508

* Includes ties. ** Expenditures shown in \$US PPP (purchasing power parity) ; Australian \$ data are from 2010. Source : Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults ; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians ; 2013 International Health Policy Survey ; Commonwealth Fund National Scorecard 2011 ; World Health Organization ; and Organization for Economic Cooperation and Development, OECD Health Data, 2013 (Paris : OECD, Nov. 2013).

RUMP et SCHOFFSKI (2016) classent la France 11^e sur 12 pays développés en termes d'efficacité de leur système de santé.



PENTER et SHULZE, de leur côté, classent la France neuvième sur 24 pays européens en termes de qualité et d'efficacité¹.

Le panorama de la santé 2015 de l'OCDE distingue la France sur deux aspects seulement : l'espérance de vie à la naissance pour les femmes et l'espérance de vie à 65 ans pour les hommes et les femmes. En ce qui concerne les autres dimensions, la France est soit dans la moyenne, soit mal classée².

Si chacun de ces classements peut être critiqué, il n'en reste pas moins qu'une tendance générale très claire se dégage : le système de santé français, qui fait légitimement aujourd'hui la fierté de nos concitoyens, est confronté à un risque majeur de recul. À l'inverse, des pays qui étaient moins bien classés en 2000 ont su faire les changements nécessaires, et sont repassés devant.

Certains des éléments qui faisaient l'avantage de la France, une très bonne accessibilité de soins et des habitudes de vie somme toute saines, sont remis en cause. La proportion de Français considérée comme obèse a presque doublé ces dernières années et est en progression rapide, avec tout ce que cela implique en termes sanitaires³. Le nombre de fumeurs est en augmentation chez les femmes.

Parallèlement, la France a été incapable de s'attaquer à ce qui constitue sa faiblesse chronique, le peu de moyens accordés à la prévention. Cette faiblesse se répercute ensuite sur l'ensemble des acteurs du système et génère à la fois une dégradation de la qualité de vie pour nos citoyens et des coûts extrêmement importants pour les assurés sociaux et les contribuables.

Un système de plus en plus inadapté

Fondamentalement, notre système de santé, au sein duquel l'hôpital public joue un rôle majeur, a été jusqu'ici incapable de s'adapter aux deux grandes transitions auxquelles font face l'ensemble des sociétés occidentales : la transition démographique et la transition épidémiologique. Ces deux tendances signifient que les Français vivent plus longtemps et vivent plus longtemps avec une, ou parfois plusieurs, pathologies chroniques. En 2014, près de 10 millions de Français vivaient avec une ou plusieurs affections de longue durée⁴ et ils représentent d'ores et déjà une part prépondérante des remboursements de l'Assurance Maladie. Selon les tendances aujourd'hui envisagées, plus d'un Français sur cinq sera considéré en affection de longue durée en 2020⁵.

Parallèlement, notre système est toujours incapable d'apporter des réponses réelles à des problèmes qui ne sont pourtant pas nouveaux, notamment celui des inégalités de santé.

Face à ces transitions, et malgré les très nombreuses initiatives législatives des 20 dernières années, le système est resté fondamentalement le même : l'hôpital d'un côté, la ville de l'autre, le médico-social à part, tout comme le secteur associatif et les patients qui peinent à trouver leurs repères entre tous ces acteurs. L'état s'est contenté de faire ce qu'il a toujours fait : donner un peu à l'un ou à l'autre, « raboter » souvent sans qu'une logique d'ensemble se dégage, accumuler les plans d'économie sans que jamais on ne puisse voir la lumière au bout du tunnel. Enfin et surtout, face à une situation qu'il ne maîtrise plus, il a multiplié les réglementations dans une vaine tentative de piloter le système. En retour, cette accumulation de réglementation tue complètement la capacité du système à générer de l'innovation et surtout à la généraliser.

Quel est l'objectif de notre système de santé ?

Sur le plan des principes, notre système de santé doit viser trois objectifs : la meilleure santé pour la population, la meilleure expérience patient, au meilleur coût possible. Les systèmes de santé les plus performants ont montré que la performance du système de santé dépend étroitement de l'intégration de l'ensemble des acteurs de ce système.

Or, 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. Les bases de ce niveau territorial ont été posées par la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). La mise en place de ces groupements

dans un temps très court et avec un niveau d'accompagnement initialement très perfectible a représenté un véritable exploit des professionnels hospitaliers. Il s'agissait d'une étape majeure pour permettre l'entrée de notre système de soins dans **la révolution de la territorialité**.

Il faut maintenant coupler ce niveau territorial avec un principe unificateur, qui permette de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé et du bien-être d'un territoire autour de leur objectif commun : la santé et le bien-être de la population. Ce principe est celui de **la révolution de la responsabilité populationnelle**.

1 - www.kpmg.com/DE/de/Documents/deutsche-gesundheitssystem-qualitaet-effizienz-2014-kpmg-compressed.pdf

2 - <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177fr/s22177fr.pdf>

3 - www.oecd.org/france/Obesity-Update-2014-FRANCE_FR.pdf

4 - www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2014.php

5 - www.tresor.economie.gouv.fr/File/411847

Ce principe, aujourd'hui largement répandu dans les systèmes de santé les plus performants, « lie les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, sur chaque territoire, pour qu'ils travaillent ensemble à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité ».

> Concrètement, cela signifie créer des territoires de santé qui soient à la fois responsables de la qualité de la prise en charge individuelle de patients, mais aussi responsables de la santé de populations d'un même territoire :

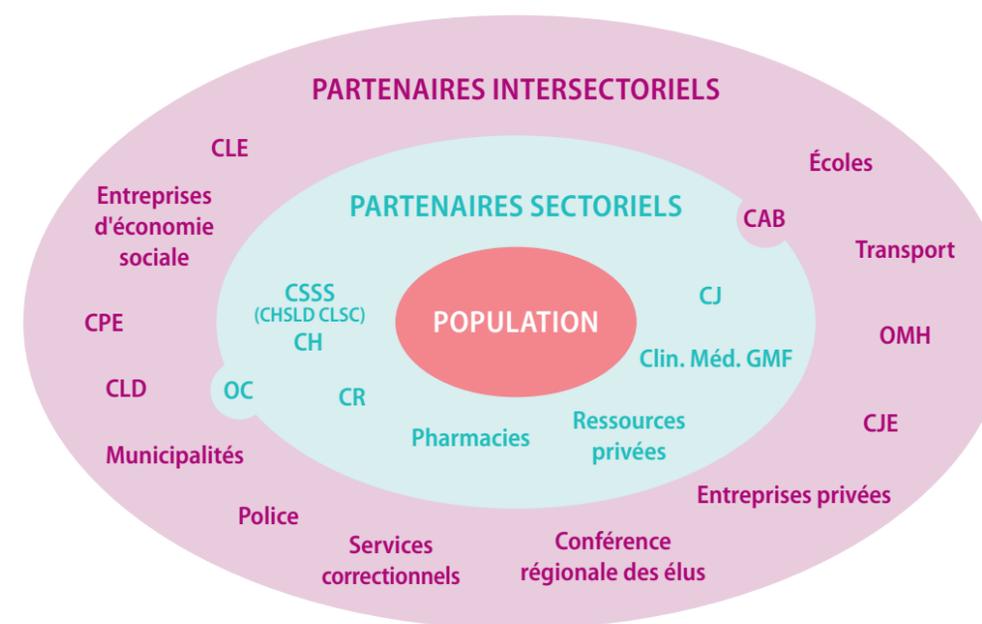
- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents et coordonnés, qui répond de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;
- en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ;
- en agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration étroite entre les acteurs du système de santé et les partenaires socio-économiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ces acteurs mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité.

> Cette évolution profonde par rapport à la situation actuelle de notre système de santé signifie concrètement :

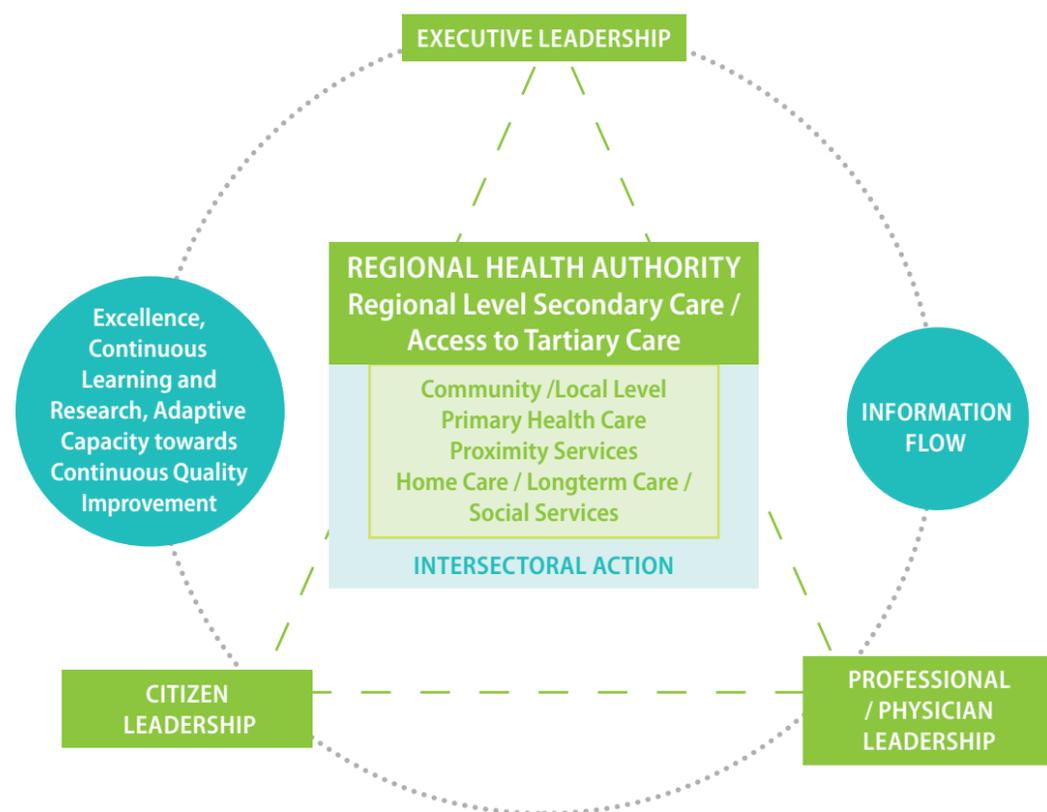
- juger la performance du système de santé sur sa capacité à réellement améliorer la santé, et pas seulement sur sa capacité à réduire les coûts ;
- accorder une très large autonomie aux acteurs de santé d'un territoire ;
- dépasser les clivages artificiels entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire au sein d'un territoire ;
- développer les ententes de services entre la ville et l'Hôpital ;
- piloter de manière stratégique les ressources humaines à l'échelle du territoire ;
- associer l'ensemble des acteurs (sanitaire/médico-social/ville/associatif/santé publique/élus) à l'élaboration d'un projet de santé de territoire.

Les acteurs interpellés par les projets de responsabilité populationnelle



Source : IPCDC 2013

A vision for Regionalized High Performing Health Systems in Canada



La méthode de concertation suivie pour élaborer cette plateforme

Ce contexte de signaux d'alerte sur l'avenir de la performance de notre système de santé et de transformations profondes ne doit pas, pour autant, conduire au pessimisme. Les atouts de notre système de soins restent très nombreux et les acteurs qui le font vivre au quotidien ont démontré à de très nombreuses reprises leur formidable inventivité et leur capacité d'adaptation. En outre, les expériences étrangères réussies montrent que les changements à mener pour assurer dans la durée l'excellence de notre système de santé au plus haut niveau mondial sont à notre portée.

> Pour répondre à ces transformations profondes de notre système de santé, la FHF a fait le choix d'une méthode d'élaboration inédite de sa plateforme de propositions laissant une place très large à l'ouverture et à l'interactivité :

- engagement d'un *Tour de France* pour aller à la rencontre des professionnels hospitaliers, des usagers et de leurs représentants, des élus au cœur des territoires ;
- mise en œuvre de sessions dédiées durant *Hôpital Expo 2016* et organisation d'événements thématiques ;
- engagement d'une concertation numérique très large qui a permis de recueillir plus de 4 000 contributions ;
- rencontres avec de nombreux acteurs de notre système de santé ;
- réalisation d'enquêtes d'opinion sur le regard porté par les Français sur l'hôpital public et sur les ressources humaines.

La synthèse de ce matériau très dense ainsi recueilli est présentée en annexe à cette plateforme.

Les principes-clés pour aborder l'avenir

Dans ce contexte en évolutions très profondes, source de risques mais également d'opportunités, la FHF croit fondamentalement que les valeurs du service public hospitalier demeurent une ligne directrice essentielle pour guider l'action collective. De ce point de vue, le retour du service public hospitalier dans la loi, en janvier 2016, constitue un acte majeur.

Cette conviction profonde que les valeurs du service public doivent continuer à constituer un axe central pour guider l'avenir ne doit pas empêcher – bien au contraire – de défendre une vision d'évolution de notre organisation actuelle pour répondre et anticiper les exigences du XXI^e siècle.

> Dans cette perspective, la FHF prend le parti :

— de renforcer ses efforts de conviction pour expliquer aux décideurs et à l'opinion publique ce que représentent les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux en matière d'emploi et de création de valeur pour notre pays. Le secteur de la santé ne doit plus seulement être

vu comme un foyer de dépenses publiques mais également comme un levier pour la croissance de la France ;
 — de fonder ses propositions sur une revitalisation du principe d'autonomie des établissements. Celui-ci est, en pratique, aujourd'hui très largement battu en brèche sous le poids des tutelles et des réglementations et rigidités multiples. Les révolutions de la territorialité et de l'approche populationnelle donnent une opportunité majeure pour redonner vie à ce principe dans un nouveau cadre. C'est aussi un enjeu essentiel pour la prise en charge des patients. Toutes les expériences de terrain collectées nous montrent qu'assurer l'effectivité de l'autonomie des établissements est la meilleure manière pour stimuler la force d'innovation des acteurs du service public hospitalier et ainsi mieux assurer l'autonomie des personnes elles-mêmes ;
 — de mieux prendre en compte les expériences réussies à l'étranger en faisant du *benchmark* international une méthodologie permanente d'appui à la conduite du changement en santé.

Pour parvenir à tracer ces perspectives pour l'avenir, la FHF croit en une méthode permanente de dialogue et d'ouverture avec les usagers et leurs représentants. La commission des usagers de la fédération – qui joue un rôle essentiel au sein de la FHF – a rendu une contribution annexée à la présente plateforme et dont plusieurs propositions sont reprises dans le corps de ce document.

De ces différents canaux et des rencontres faites sur le terrain remontent une idée centrale, **un principe-clé, celui de la confiance dans les acteurs du service public hospitalier** – professionnels, patients – pour faire évoluer le système et l'adapter pour l'avenir. Les initiatives qui remontent du terrain sont aujourd'hui trop bridées, trop verrouillées. Il nous apparaît nécessaire de partir d'un *a priori* inverse, un *a priori* de confiance permettant de stimuler l'envie de faire et la force d'initiatives des acteurs en leur reconnaissant un droit à l'expérimentation.

Cette demande générale de confiance dans les acteurs du service public hospitalier a amené la FHF à présenter chacune des propositions formulées dans la présente plateforme comme des « **clés de déverrouillage** » destinées à libérer les énergies.

Ce principe de confiance doit être mis en œuvre à un moment bien déterminé, dans une période marquée par des risques majeurs et une inquiétude profonde de concitoyens sur notre avenir collectif.

Pour répondre à ce questionnement, il nous semble que seul le rappel d'une nécessaire logique de droits et de devoirs entre la République et le service public hospitalier est à la hauteur des enjeux. Exigence républicaine, le service public hospitalier doit, en effet, également s'adapter et évoluer pour répondre aux exigences de la République d'aujourd'hui et de demain



L'impact économique des établissements du service public hospitalier

DONNÉES GLOBALES

Les établissements publics de santé et médico-sociaux sont des acteurs économiques majeurs sur les territoires où ils sont enracinés.

Les établissements publics de santé et médico-sociaux représentent :

- > 7,1 millions de patients pris en charge dans les établissements publics de santé* ;
- > 292 000 lits et places en établissements de santé* ; 312 367 lits d'EHPAD**** ; 490 000 places pour personnes handicapées***** ;
- > 1,18 millions de professionnels** ;
- > Une masse salariale totale de 47,5 Md€*** ;
- > Un montant des investissements de 5 à 6 Md€ par an.

UN RÔLE POSITIF MAJEUR DANS L'ÉCONOMIE DES TERRITOIRES : L'EXEMPLE DU CHU DE NICE

En 2013, le CHU de Nice et la chambre de commerce et d'industrie Nice Côte d'Azur ont conduit une étude pour évaluer les retombées économiques directes et indirectes, l'impact social et la contribution au développement du territoire du CHU de Nice. Cette étude a révélé que :

- > l'impact économique positif du CHU de Nice sur son territoire est de 1,456 Md€, soit presque trois fois plus que son budget ;
- > plus de 8 600 emplois locaux indirects et induits dépendent du CHU (en plus de son effectif salarié de 8 300 agents) ;
- > 600 entreprises de son département font partie des fournisseurs de l'établissement.

* ATIH, données issues du PMSI 2015. ** DGAFP, L'emploi dans la fonction publique en 2014, juillet 2016.

*** Rapport sur l'état de la fonction publique et les rémunérations en 2014, PLF pour 2016. **** Annuaire lesmaisonsderetraite.fr, 2014.

***** CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2016.

1

**LE SERVICE
PUBLIC
HOSPITALIER,
UNE EXIGENCE
POUR LA
RÉPUBLIQUE**

1.1. Une exigence pour répondre aux défis de santé majeurs

L'hôpital public et ses professionnels ont montré, à l'occasion des attaques terroristes qui ont frappé la France en 2015 et 2016, leur mobilisation et leur efficacité dans la réponse aux crises majeures.

Les Français, interrogés dans le cadre de l'enquête réalisée avec Odoxa sur l'hôpital public, le soulignent : ils sont satisfaits à 95% de la réponse apportée par les hôpitaux et leurs professionnels lors de ces événements. Cet engagement doit pouvoir être accompagné et soutenu sur la durée avec la mise en œuvre d'un programme national de sécurisation des sites hospitaliers mais également, en plus naturellement des dispositifs de soutien aux victimes, d'une action nationale de formation et d'accompagnement psychologique pour les professionnels exposés à ces risques.

Mais cette mobilisation des temps exceptionnels que les pouvoirs publics ont légitimement saluée doit aller de pair avec un soutien à l'engagement de l'hôpital pour répondre, en continu, au quotidien, aux défis de santé publique.

La Fédération hospitalière de France a, ainsi, récemment développé ses méthodologies de travail par grands domaines d'actions.

C'est le cas dans le domaine de la psychiatrie/santé mentale : la FHF a fait connaître, en 2015, un ensemble de propositions qui tardent, en l'état, à être mises en œuvre notamment s'agissant du nécessaire engagement du chantier de la rénovation du financement de la psychiatrie.

Avec l'arrivée de la dotation modulée à l'activité en SSR, la psychiatrie restera le seul champ d'activité sous dotation globale de financement. Les financements par dotation ont été mis à contribution très fortement dans le plan triennal d'économies. La DAF en psychiatrie a évolué de 0,3% en 2016 alors même qu'elle avait baissé de -0,9% en 2015. Parallèlement, les établissements de santé mentale, qui ont une structure de charges en personnel de 80%, sont impactés par l'évolution du point d'indice fonction publique et le protocole PPCR. L'ONDAM étant fermé, la dotation globale risque de devenir la seule variable d'ajustement du système permettant d'équilibrer les compartiments financés à l'activité.

Ces propositions de la commission psychiatrie/santé mentale de la FHF trouvent aujourd'hui de nouveaux espaces territoriaux pour leur mise en œuvre au sein des GHT et des nouvelles communautés psychiatriques de territoire qui doivent permettre de promouvoir une vision transversale, non institutionnelle de consolidation des liens traditionnels de la psychiatrie publique avec les acteurs du secteur médico-social et de la médecine de ville. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N°1

Mettre en œuvre les propositions de la FHF pour la psychiatrie et la santé mentale. Engager la réforme du financement de la psychiatrie et de la santé mentale pour permettre de redonner de l'oxygène au développement des projets de la psychiatrie publique. La mise en œuvre de ces propositions pourra être déployée dans le nouveau cadre territorial des activités de psychiatrie et de santé mentale issu des groupements hospitaliers de territoire et des communautés psychiatriques de territoire.



Les propositions de la commission psychiatrie et santé mentale de la FHF

Présentées et adoptées par le conseil d'administration de la FHF le 11 mars 2015

ENJEUX

Les troubles mentaux se situent au 3^e rang des maladies les plus fréquentes (après le cancer et les maladies cardiovasculaires)

- > 15% des dépenses de santé estimées par l'Assurance Maladie (soit plus de 22 Md€) ;
- > 107 Md€ de coût économique et social (Rapport de la Cour des Comptes – décembre 2011) ;
- > 35 à 45% des causes de l'absentéisme au travail (OMS 2006) ;
- > 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou à un autre de sa vie par un trouble mental, troubles qui seront la 2^e cause de mortalité et de handicap d'ici 2020 ;
- > 35 à 40% de la population européenne relèveraient ainsi de soins psychiatriques – Rapport MILON 2009 ;

- > des inégalités territoriales sans équivalent par rapport à d'autres disciplines avec des écarts majeurs de démographie médicale, de capacités installées et de dotation régionale par habitant (de 50 à 250 € selon le rapport de la Cour des comptes précité).

PROPOSITIONS

Développer la recherche en psychiatrie

- > mise en œuvre de l'initiative annoncée lors de la journée sur la recherche du 29 janvier 2015, d'une organisation régionale et nationale de la recherche en psychiatrie ;
- > augmentation du nombre de postes universitaires très insuffisants dans cette discipline et incitation auprès des jeunes psychiatres à se former à la recherche ;
- > identification et valorisation du travail de recherche dans les modalités d'allocation de ressources.

Soutenir la participation représentative des usagers patients en psychiatrie

- > Soutenir la participation des patients dans l'élaboration des politiques et des projets de soins et de prévention ;
- > représentation des usagers en psychiatrie et santé mentale dans les établissements MCO comportant des services de psychiatrie.

Formation infirmière en psychiatrie

- > Formation de type spécialisation infirmière ;
- > renouvellement des mesures d'adaptation à l'emploi.

Urgences et psychiatrie

- > Formation des urgentistes et IDE dans les SAU à la prise en charge des urgences psychiatriques ;
- > compétence psychiatrique au sein des SAMU ;
- > représentation de la psychiatrie dans les CODAMU ;
- > budget dédié inscrit au projet de territoire et priorisé.

Améliorer les relations entre médecins généralistes et psychiatrie

- > Mise en œuvre de la charte signée entre le président de la conférence des présidents de CME de CHS et le président du collège de la médecine générale.

Améliorer la prise en charge des personnes âgées

- > Développer les interventions des équipes de psychiatrie dans les EHPAD ;
- > Développer les actions de formation à la psychiatrie du sujet âgé ;

Pédopsychiatrie et protection de l'enfance

- > Prise en charge thérapeutique précoce ;
- > pédopsychiatrie de liaison avec les services de protection de l'enfance ;
- > actions de formation auprès des services de protection de l'enfance ;
- > s'assurer des modalités d'accessibilité aux soins et de leur régularité.

Logement

- > Accompagnement global au domicile ;
- > coordination avec les intervenants des domaines médical, médico-social et social.

Valoriser l'activité en psychiatrie

- > Exiger la reprise urgente des travaux du comité de pilotage pour la mise en œuvre de la VAP.

La FHF poursuivra son action pour soutenir la prise en charge globale et décloisonnée du patient à l'échelle du groupement hospitalier de territoire, en cohérence avec son parcours de soins sur le territoire. Le moment est venu de donner un contenu de santé publique aux groupements hospitaliers de territoire.

Dans cette perspective, la FHF renforcera la structuration de ses méthodologies d'intervention transversale par grandes thématiques de santé publique dans une logique visant à placer la logique de santé publique au cœur des nouveaux territoires. La FHF mettra, en particulier, en œuvre cette démarche :

> En consolidant ses actions de valorisation de la cancérologie publique portées par « FHF Cancer » qui assure 57% des hospitalisations de patients atteints du cancer et qui concerne près de 360 établissements et près de 100 000 soignants. Ces actions visent notamment :

- à soutenir une cohérence territoriale de prise en charge globale du cancer, en déterminant des seuils d'activité optimale à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire pour garantir des soins de qualité ;
- à assurer l'accès équitable aux soins pour tout patient atteint du cancer grâce à l'exhaustivité des disciplines médicales pratiquées dans les établissements publics de santé et les structures publiques médico-sociales garantissant la prise en charge de toutes les typologies de cancer ;
- à faire de la cancérologie publique un atout essentiel de l'excellence médicale française reconnue, par l'implication de tous les acteurs ;
- à porter une logique de renforcement des partenariats au niveau territorial, en particulier en généralisant les accords d'association entre les centres de lutte contre le cancer (CLCC) et les groupements hospitaliers de territoire.

> En mettant en place un nouveau dispositif « FHF-Prévention Santé » :

- pour valoriser le rôle joué par l'hôpital en la matière, reconnu par la loi en 2009, mais dans une logique ouverte sur les représentants des usagers, la ville et l'ensemble des acteurs de l'offre de soins pour répondre à l'impératif de construction de parcours de prise en charge des patients lisibles à l'échelle des nouveaux territoires ;
- pour inscrire la prévention, comme un enjeu essentiel de la santé publique à l'échelle du groupement hospitalier de territoire.

Ce nouveau format permettra de souligner les travaux déjà menés par les professionnels hospitaliers sur ces questions et de rappeler régulièrement aux pouvoirs publics l'impérieuse nécessité d'orienter davantage notre système de soins vers la prévention. Ce positionnement clair de la mission opérationnelle de prévention au niveau territorial participe de la logique de responsabilité populationnelle évoquée plus haut et de la nécessité d'intégrer une évaluation de notre système de soins sur les résultats de santé publique obtenus à cette échelle. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 2

Intégrer la logique et les objectifs de santé publique au cœur des projets des nouveaux groupements hospitaliers de territoire et poursuivre le développement de formats d'action transversale par grandes thématiques de santé publique comme, aujourd'hui, « FHF-Cancer » et, demain, « FHF-Prévention ».

Pour répondre à cet objectif de diffusion de la culture de santé publique et de structuration des parcours de prise en charge des patients dans ces nouveaux territoires, le service public hospitalier doit pouvoir structurer et développer ses projets aux différents échelons des filières de prise en charge. Or, cette dynamique reste toujours considérablement freinée en matière de soins de suite et de réadaptation (SSR) en raison d'un régime de financement inadéquat.

Les établissements publics sont financés en dotation globale pour le champ SSR. On ne note aucune évolution des DAF pour l'année 2016, une politique budgétaire conduisant à des baisses importantes de ressources ces dernières années, le champ SSR devenant la variable d'ajustement du système de financement. En conséquence, aucune possibilité de réponse aux besoins de la population n'est possible sur de telles bases pour le secteur public.

Les SSR des établissements publics accueillent beaucoup plus de patients dépendants, âgés et polyopathologiques dont l'activité est plus difficile à décrire et à valoriser correctement dans le système casemix.

Il apparaît donc indispensable aux établissements publics que la réforme se mette en place sous peine de disparaître. Pour autant, il apparaît tout aussi indispensable qu'ils montrent leur volonté de tracer leur activité – la coder – et de la développer autant que possible.

La perspective d'entrée en vigueur, au 1^{er} mars 2017, d'un nouveau de financement du SSR constitue une première étape de concrétisation d'une demande ancienne de la FHF. La montée en charge de ce nouveau régime devra être poursuivie dans la durée pour concrètement lever les obstacles au développement des projets sur le terrain. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 3

Mettre en œuvre effectivement la réforme du financement du SSR et poursuivre la montée en charge du nouveau régime jusqu'en 2022.

1.2. Une exigence d'accessibilité des soins sur le territoire de la République

L'EXIGENCE D'ACCESSIBILITÉ DES SOINS SUR LES DIFFÉRENTS TERRITOIRES DE LA RÉPUBLIQUE

Le service public hospitalier apparaît de plus en plus comme le garant en premier et dernier recours de l'accessibilité des soins sur le territoire de la République.

Cette évolution – qui se retrouve notamment dans la progression d'activité des services d'accueil des urgences qui ont connu une augmentation du nombre de passages de 16% entre 2010 et 2015 – est très largement subie par les hôpitaux publics.

La progression constante constatée de l'activité dans les domaines de la prise en charge de l'urgence et de plus en plus également des soins du quotidien est, au moins en partie, liée à la déprise de la permanence des soins et des consultations de soins non programmés en ville mais également aux mouvements de restructurations de l'offre de soins en établissements privés. Nous ne pourrions plus, en 2017, éviter à nouveau d'aborder le débat sur la juste répartition des médecins libéraux sur le territoire national. Les données issues des Atlas publiés par l'Ordre des médecins montrent très clairement l'inégalité manifeste de leur répartition sur le territoire national.

La fédération propose donc que soit reprise, dans son principe, la proposition formulée dès sa plateforme présidentielle pour 2012. Il s'agit d'une proposition équilibrée préservant le principe de la liberté d'installation des médecins libéraux mais établissant une régulation efficace et pragmatique permettant de graduer le niveau d'intervention des financements de la collectivité dans le remboursement des soins en fonction de la densité médicale constatée sur un territoire donné. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 4

Promouvoir une approche efficace et pragmatique de la régulation l'installation des médecins libéraux au sein des territoires en préservant la liberté d'installation en secteur 1 mais en ne rendant plus possible l'installation en secteur 2 dans les zones déjà surdenses.

Cette accessibilité des soins dans l'espace doit pouvoir également être facilitée, au sein des nouveaux groupements hospitaliers de territoire, **par une revivification du modèle des ex-hôpitaux locaux/hôpitaux de proximité** permettant une association vertueuse, en proximité, de l'hôpital et de la médecine de ville.

Ces établissements connaissent actuellement une transformation de leur modèle de financement basée sur une dotation construite à partir des recettes historiques de l'établissement, des caractéristiques de son territoire et de l'activité produite. Cette évolution répond à un double objectif : d'une part, stabiliser les ressources de ces établissements en leur apportant de la visibilité et, d'autre part, les encourager au développement de leur activité. Le modèle répond également à la contrainte de faire converger des règles de financement différentes (DAF et T2A) au sein d'un même modèle.

La FHF sera très attentive à ce que la mise en œuvre de cette réforme puisse s'effectuer dans des conditions favorables pour les près de 240 établissements concernés, à 64% des établissements « *ex-hôpitaux locaux* ».

> Il s'agit, en effet, d'une condition essentielle pour que ces établissements puissent accomplir deux missions majeures dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé :

— contribuer, par des coopérations avec les structures et les professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, aux soins primaires et à l'offre de soins de premier recours dans le territoire qu'ils desservent et favoriser l'accès à des consultations spécialisées ;

Dans les territoires où l'offre libérale est défaillante, la Commission des usagers de la FHF propose, dans le cadre de la contribution préparée pour la présente Plateforme, **que l'hôpital public puisse assurer sa mission de service public en déléguant, sous réserve que des moyens humains et financiers lui soient alloués, des médecins hospitaliers pour assurer des consultations externalisées.** Cette décision devant se faire en collaboration avec la médecine libérale, par exemple dans le cadre d'un conventionnement avec l'URPS. ■

— assurer un rôle d'orientation pour le patient en jouant un rôle de passerelle vers le deuxième recours et le champ médico-social.

Compte tenu de leur rôle dans l'accès aux soins des populations locales et compte tenu de la proximité avec la médecine de premier recours, il serait souhaitable que les maisons pluridisciplinaires puissent être plus facilement adossées à ces hôpitaux de proximité.

Dans ce contexte de changements majeurs, la FHF considère que l'autonomie des hôpitaux de proximité constitue un atout essentiel. Elle conduira, dans les prochaines semaines, une mission complémentaire pour déterminer les modalités pratiques permettant d'assurer le respect de cette autonomie dans le nouveau contexte des groupements hospitaliers de territoire. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 5

Revivifier le modèle des hôpitaux de proximité dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé et y faciliter le déploiement de maisons de santé pluridisciplinaires.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 6

Assumer une capacité de substitution de l'hôpital en cas de défaillance de l'offre de soins en ville, dans le cadre d'un conventionnement avec l'URPS et sous réserve d'allocation de moyens humains et financiers adaptés.

Cette exigence d'accessibilité des soins sur l'ensemble du territoire de la République implique de **mieux prendre en compte la spécificité insulaire dans le cas de la Corse.** Cette reconnaissance doit pouvoir être mise en œuvre aussi bien dans la déclinaison de la stratégie nationale de santé que dans certaines dispositions techniques et financières appliquées aux établissements publics de santé, pour que soient pris en compte les différents impacts de l'insularité. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 7

Mieux prendre en compte la spécificité insulaire pour accompagner les projets hospitaliers et les actions de renforcement de l'efficacité de notre système de soins en Corse.

L'EXIGENCE D'ACCESSIBILITÉ DES SOINS POUR TOUS

Cette accessibilité des soins doit être garantie dans l'espace mais également en fonction de la situation économique et sociale des patients. **Préserver l'accès de l'hôpital à tous doit demeurer une garantie essentielle dans notre République.**

La FHF souhaite, à cet égard, rappeler, s'agissant de la question sensible des patients en situation irrégulière couverts par l'aide médicale d'État qu'elle considère comme un principe républicain intangible l'accueil de tous les patients à l'hôpital quelle que soit leur origine ou leur condition

socio-économique, à tout le moins pour les cas d'urgence ou de besoins médicaux graves. Une démarche doit, par ailleurs, être engagée sur le soutien financier à apporter aux établissements devant accueillir les patients étrangers en situation irrégulière et portant *in fine* des risques très significatifs de gestion de créances irrécouvrables à admettre en non-valeur.

Plus largement, la FHF souhaite rappeler les propositions qu'elle avait formulées en 2014 sur l'accès aux soins aux personnes en situation de précarité.



Propositions de la FHF sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité : ne pas oublier les plus fragiles

Depuis la loi d'orientation de 1998 relative à la lutte contre les exclusions, de nombreuses mesures législatives ont été engagées et une multitude de rapports ont été publiés. Pourtant, notre système de santé reste traversé par d'importantes inégalités. Les personnes les plus vulnérables sont souvent en moins bonne santé et ont de plus grandes difficultés à accéder aux soins et aux actions de prévention. Sur le terrain, les hôpitaux publics sont souvent seuls, avec quelques associations dont Médecins du monde, à assumer la mission de prise en charge des plus précaires.

La Fédération hospitalière de France a pour ambition d'agir pour préserver un système de santé de qualité, solidaire et ouvert à tous. Pour cela, la FHF souhaite porter quatre priorités pour guider la politique de santé du prochain quinquennat.

Il s'agit d'abord de conforter le rôle de l'hôpital dans l'accueil des plus vulnérables

Tant pour des raisons éthiques que pour répondre, de manière opérationnelle, aux besoins des populations les plus fragiles, il nous faut défendre un service public accessible à tous. Ce service public doit s'appuyer sur la coopération avec l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social. La question du financement public de l'accueil des plus fragiles doit également être posée. La tarification à l'activité n'est pas adaptée à la complexité sociale de certaines prises en charge. L'insuffisance de moyens et l'inadéquation des modes de financement freinent le développement de certaines actions à destination des publics fragiles et pose la question de la pérennité de nombreux dispositifs. Il apparaît nécessaire de soutenir financièrement les établissements publics dans leurs actions en sanctuarisant les moyens alloués et en confortant les financements. ▶

La deuxième priorité doit être de replacer l'hôpital au cœur des territoires

Pour accueillir au mieux les plus fragiles, l'hôpital doit continuer à s'ouvrir à son territoire. Cette ouverture aux autres acteurs, où qu'ils soient et quels que soient leur statut et leur mode d'intervention, est la seule voie qui permette de croiser les regards, de créer des réseaux, de faire émerger des dispositifs innovants et de quitter les référentiels strictement médicaux. Définir une stratégie de soins avec un patient sans domicile fixe ou un patient migrant sans titre de séjour impose de prendre en compte les impasses administratives, les limites des possibilités d'hébergement, et oblige à mobiliser tous les acteurs de proximité. Les contrats locaux de santé constituent un des outils qui doit permettre ces approches collectives et complémentaires.

La troisième priorité est celle de la participation des patients au système de santé

Ce débat dépasse le périmètre de la précarité mais se trouve aiguïté par l'absence de représentation organisée et souvent du rejet des patients en situation d'exclusion sociale. Or, le travail de médiation sanitaire et les connaissances profanes des patients sont des leviers pertinents. Ne pas utiliser ces forces serait une erreur, il y va de notre démocratie en général, de notre démocratie sanitaire en particulier de favoriser une participation active des usagers, et, notamment, de ceux qui connaissent ou ont connu une situation de fragilité ou d'exclusion sociale.

Les modes d'exercice des professionnels doivent également évoluer

Les patients en situation de vulnérabilité sociale sont des patients complexes. Il est nécessaire que les professionnels de santé ne s'en tiennent pas au seul aspect biomédical et prennent le temps d'analyser la trajectoire de ces patients qui cumulent des fragilités. L'enjeu est d'inventer un modèle de coordination entre une médecine standardisée et une pratique médicale personnalisée qui prend en compte l'environnement des personnes. Les permanences d'accès aux soins de santé, les réseaux santé-précarité ou les coopérations entre des services hospitaliers et médico-sociaux, sont autant de dispositifs qui favorisent les soins coordonnés, une approche transversale et qui permettent de développer la recherche et la formation sur les questions de santé et de vulnérabilité sociale. Nous devons nous appuyer sur ces fondations pour construire une offre de soins adaptée aux besoins du patient et conforme à notre exigence de solidarité.

Notre système de santé est à la veille de choix fondamentaux. Contrairement à ce qu'expriment certaines voix qui appellent à une plus forte marchandisation des soins, la santé ne sera jamais un bien comme les autres. Les bases historiques de notre système, les valeurs d'ouverture et de solidarité, font toujours sens et perdureront dans le monde de demain. La future loi de santé ne doit pas oublier les plus fragiles. Plus que jamais, ces patients nous poussent aujourd'hui à nous mobiliser pour construire des réponses de soins solidaires... à hauteur d'homme.

La FHF prolongera, au cours des prochaines semaines, ces travaux en réfléchissant à l'évolution du modèle des MIGAC et notamment aux effets de seuils de la MIG Précarité et à la nécessité de mieux reconnaître les compétences des professionnels socio-éducatifs au sein des établissements.



La problématique des effets de seuil associés à la MIG Précarité

La dotation globale de la MIG Précarité est de 150 M€ en 2015

Depuis 2009, la précarité est financée en MIG selon les critères CMU, CMUC et AME. L'éligibilité à la MIG est conditionnée par un seuil fixé à 10,5% de la patientèle avec un seuil plancher à 40 000 €.

La difficulté réside, d'une part, dans le seuil qui crée une injustice de par sa borne et, d'autre part, dans le choix des critères puisqu'il semblerait que seule la CMUC constitue à présent le seul « vrai » marqueur de précarité, d'autres critères seraient à trouver.

La DGOS avait envisagé un modèle mixte consistant à financer via la MIG l'implantation de l'établissement en zone précaire et via le codage de la précarité dans l'épisode de soins.

Le centre hospitalier de Saint-Denis a travaillé à une évolution structurelle du modèle à partir du suivi des indicateurs socio-économiques dans le cadre des IRIS de l'INSEE. Cette approche permet de mieux identifier les niveaux de précarité socio-économique de la patientèle d'origine de l'hôpital et *in fine* de mieux valoriser leur prise en charge au sein de la MIG. La méthodologie de cette démarche est présentée en annexe à la présente plateforme.

De manière connexe, la FHF souhaite, par ailleurs, que puisse être mieux reconnu le rôle joué par le service public hospitalier pour la prise en charge des patients au sein des quartiers d'intervention de la politique de la ville. Ce travail, par essence pluridisciplinaire et ouvert sur les autres acteurs de quartiers, doit être mieux reconnu et valorisé financièrement.

Cette exigence d'accessibilité sociale implique également, comme le souligne la commission des usagers de la FHF dans le cadre de la contribution préparée pour la présente plateforme, d'aborder la problématique des dépassements d'honoraires à l'hôpital public.

> Cette question doit, tout d'abord, être mise en perspective au regard de son caractère circonscrit à l'hôpital :

- l'activité libérale concerne 4 580 médecins soit 10% des 45 900 médecins éligibles à activité libérale et soit 5% de tous les médecins salariés à titre exclusif de l'hôpital. Seulement un tiers de ces médecins ayant une activité libérale exercent en secteur 2 ;
- si les dépassements représentent 100 M€ à l'hôpital public, ils s'élèvent à 2 Md€ dans les cliniques et en médecine de ville.

Ces éléments de mise en perspective ne doivent pas empêcher la poursuite d'une action résolue pour mettre fin aux situations – minoritaires – d'abus en termes de dépassements d'honoraires.

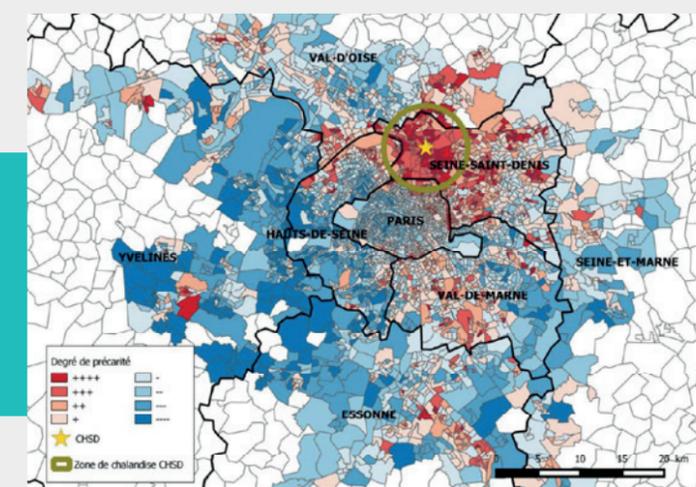
Dès sa plateforme politique de 2012, la FHF proposait aux pouvoirs publics d'encadrer strictement les dépassements d'honoraires et a accueilli avec satisfaction les adaptations en ce sens issues de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

Dans le cadre de la mission LAURENT, la FHF avait formulé une série de propositions opérationnelles dont une large partie reste à mettre en œuvre. Ces orientations sont rappelées en annexe à la présente plateforme et pourraient servir de ligne directrice pour poursuivre l'action en la matière. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 8

Mettre en œuvre les propositions de la FHF sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Ces orientations auront à être prolongées sans tarder par trois démarches complémentaires visant, d'abord, à mieux reconnaître les compétences socio-éducatives au sein des établissements ; ensuite, à traiter la problématique des effets de seuil touchant la MIG Précarité ; et, enfin, à mettre fin aux situations – très minoritaires – d'abus en matière de dépassements d'honoraires à l'hôpital public.

ÉVALUATION DE LA PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE DE LA PATIENTÈLE D'ORIGINE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS (93)



L'EXIGENCE D'ACCESSIBILITÉ DES SOINS OUTRE-MER

La Fédération hospitalière de France et ses fédérations hospitalières ultramarines seront également particulièrement attentives aux défis de l'accessibilité des soins et du soutien au service public hospitalier outre-mer.

Le rapport de la Cour des comptes consacré à *La Santé dans les outre-mer*, en effet, montré que ces territoires connaissent des indicateurs de santé préoccupants et sont souvent confrontés à des épidémies et des crises sanitaires dont l'impact est toujours majoré du fait de la configuration géographique, démographique, sociale et économique. On y relève dans le même temps des retards d'équipement ainsi qu'une grande fragilité des structures et notamment la persistance des difficultés financières des hôpitaux...

La Fédération hospitalière de France s'est fortement mobilisée sur ce dossier en adoptant, en avril 2015, sa **Stratégie de santé outre-mer** à l'issue d'un travail de plusieurs mois mené par l'ensemble de ses fédérations hospitalières régionales ultramarines.

Cette contribution est, d'une part, constituée de **propositions de politique générale** qui a abouti à l'**introduction d'un amendement au projet de loi de santé prévoyant une stratégie nationale de santé pour les outre-mer** et la possibilité d'introduire un amendement pour permettre d'expérimenter, dans les départements d'Outre-mer, des solutions innovantes sur une liste déterminée de thématiques en matière de politique de santé. Elle intègre, d'autre part, des **propositions d'ordre technique** ayant vocation à **s'intégrer dans la future ordonnance d'application du projet de loi de santé outre-mer**.

Il est, en outre, à relever que la loi de santé de 2016 a prévu, conformément à la demande de la FHF, **une habilitation du Gouvernement pour adapter le droit de la santé par**

ordonnance dans les Outre-Mer (Article 56), ce qui doit permettre la mise en œuvre d'expérimentations et d'initiatives pour soutenir les projets hospitaliers ultra marins¹. Pour autant, **une discussion d'ordre juridique existe quant au périmètre de cette ordonnance**. Une lecture *stricto sensu* risquerait, en effet, de circonscrire cette habilitation aux seules matières traitées par la loi de santé elle-même. La FHF plaide, quant à elle, naturellement pour un périmètre large de nature à donner suite aux propositions techniques qu'elle a formulées. Le point clé porte notamment sur la reconnaissance d'un droit à expérimentations pour permettre aux établissements hospitaliers ultramarins de répondre aux difficultés auxquelles ils sont confrontés et encourager leur capacité d'innovation. Une insertion législative directe dans le P.J.L « *égalité réelle* » permettrait de résoudre cette question et d'envoyer un signal fort quant à la volonté politique d'une mise en œuvre effective et rapide de la stratégie de santé pour les outre-mer.

Deux axes de propositions apparaissent prioritaires pour la FHF pour permettre de rendre effectives sur le terrain ces premières avancées restées, à ce stade, à l'état de principes.

> ENGAGER UN PLAN DE CONVERGENCE EN FAVEUR DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ULTRAMARINS

Les établissements hospitaliers ultramarins doivent répondre à des défis sanitaires majeurs et sont aujourd'hui confrontés à des situations économiques et sociales souvent difficiles. Ils se heurtent, par ailleurs, très fréquemment à des défis majeurs en termes d'attractivité médicale. Ils ont encore, en outre, à poursuivre et renforcer leurs dynamiques d'investissements de recomposition de l'offre de soins pour renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Il convient, enfin, d'accompagner leurs efforts d'efficience

par la mobilisation des leviers d'aide au renforcement de la performance. Sur le principe des plans de convergence établis par le projet de loi pour l'égalité réelle outre-mer, une disposition relative à la mise en œuvre d'un plan de convergence en faveur des établissements hospitaliers ultramarins pourrait être introduite².

> AUTORISER UN LARGE DROIT À L'EXPÉRIMENTATION POUR LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ULTRAMARINS

L'engagement, avec notamment le déploiement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) issus de la loi de Santé, des stratégies de recomposition de l'offre de soins dans des contextes économiques et sociaux souvent difficiles nécessite la mise en œuvre d'un droit à l'expérimentation permettant aux établissements hospitaliers ultramarins de promouvoir des initiatives pilotes en matière d'accompagnement à la conduite du changement.

La reconnaissance de cette possibilité d'expérimentations permettrait, en outre, **de faciliter le déploiement du potentiel majeur d'innovations des hôpitaux ultramarins**. Ces innovations sont d'ores et déjà présentes sur les terrains du développement à l'export de l'expertise hospitalière ou encore de l'efficience organisationnelle avec le déploiement de protocoles de coopération entre professionnels de soins permettant notamment les délégations de compétence aux

professionnels paramédicaux pour répondre à des facteurs de contraintes particuliers (ces délégations, introduites par l'article 51 de la loi « *HPST* » de 2009 étant notamment très cohérentes avec une logique de déverrouillage du modèle économique des activités de télémédecine, téléconsultation, télé-expertise)³. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 9

Soutenir le développement des projets des hôpitaux ultramarins et leur permettre de réaliser des gains d'efficience en mettant en œuvre un plan de convergence et en reconnaissant en leur faveur un droit d'expérimentations.

2 - Cette disposition pourrait être rédigée en ces termes :

« Le Gouvernement prépare un plan de convergence sur dix ans en faveur des établissements publics de santé dans les départements d'outre-mer. Ce plan vise notamment à soutenir l'attractivité de l'exercice médical et paramédical hospitalier dans ces établissements, à déployer un accompagnement financier national en soutien aux investissements de recomposition de l'offre de soins et au développement du numérique en santé, à encourager les actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, à soutenir le développement hospitalo-universitaire outre-mer et à permettre la mobilisation de leviers de soutien aux actions d'amélioration de la performance de ces établissements. Sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi annuel sous la forme d'un rapport au Parlement.

Des accords d'association peuvent être conclus avec les collectivités d'outre-mer pour prévoir des démarches équivalentes concernant les établissements de ces territoires. »

3 - Ici encore, une disposition législative pourrait être prévue et rédigée en ces termes :

« L'objectif d'atteinte de l'égalité réelle pour les établissements publics de santé situés dans les départements d'outre-mer fonde la reconnaissance d'un droit à expérimentations.

Ces expérimentations visent notamment à :

- > encourager les démarches innovantes visant au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins ;
- > promouvoir des actions pilotes d'accompagnement aux recompositions de l'offre de soins ;
- > faciliter le déploiement des protocoles de coopération entre professionnels de soins ;
- > encourager le déploiement d'actions de coopération entre offreurs de soins ;
- > engager des actions permettant le rayonnement international du système de soins français.

Ces expérimentations interviennent, dans des conditions définies par ordonnance, sur proposition de l'établissement public de santé et après avis de l'Agence régionale de santé. »

1 - « I. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi :

> 1° Nécessaires à l'adaptation des dispositions de la présente loi aux caractéristiques et contraintes particulières aux collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Saint-Pierre-et-Miquelon, ainsi qu'à leur extension et à leur adaptation aux Terres australes et antarctiques françaises et, en tant qu'elles relèvent des compétences de l'État, à Wallis-et-Futuna, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française ;

> 2° Visant à modifier les dispositions du code de la santé publique pour les étendre et les adapter, compte tenu des caractéristiques et contraintes particulières, à Mayotte et, le cas échéant, à La Réunion.

II. – Le Gouvernement est autorisé, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi :

> 2° À rapprocher le droit applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon de la législation applicable en métropole ou dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution en matière de sécurité sociale.

III. – Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chacune des ordonnances prévues aux I et II. »

1.3. Une exigence d'accessibilité du secteur médico-social sur le territoire de la République

La reconnaissance d'une responsabilité territoriale du service public hospitalier conduit à devoir réinterroger le sens du principe de séparation entre droit sanitaire et droit médico-social. La question n'est d'ailleurs pas forcément celle des statuts des établissements eux-mêmes mais plutôt celle des obstacles pratiques à la continuité des parcours de prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées liés à cette séparation.

La contrainte économique – et en particulier les difficultés financières rencontrées par un certain nombre de collectivités départementales – conduit, dans les faits, à une mise en cause de l'accessibilité des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).



Les départements et le financement des EHPAD

Depuis la parution du décret du 30 décembre 2015 prévoyant une liste minimale de prestations incluses dans le tarif d'hébergement des établissements, de nouvelles stratégies tarifaires se mettent en place dans les départements. Cette liste, initialement présentée comme le gage d'une plus grande transparence et lisibilité des prix pour le grand public, a en réalité induit des effets délétères.

Les conseils départementaux sont en effet tentés de ne retenir que ce socle minimal de prestations pour constituer le tarif d'hébergement des établissements habilités à l'aide sociale, tout autre service devenant une prestation potentielle à surfacturer au résident. Le débat se cristallise plus particulièrement autour de la prestation blanchissage du linge du résident. Alors que 97% des établissements publics intègrent cette prestation dans leur tarif d'hébergement, cette prestation n'a pas été retenue dans le socle minimal prévu par décret. Le risque est grand que les départements sortent la prestation du règlement départemental d'aide sociale, avec pour conséquence un transfert significatif de la charge

financière sur les personnes accueillies et leurs familles, ce sans compter la situation intenable des bénéficiaires de l'aide sociale. Une partie de la charge d'aide sociale reviendrait finalement à peser sur les établissements eux-mêmes.

Le désengagement de certains départements du budget des établissements publics d'hébergement de personnes âgées est aujourd'hui multiforme. Alors que les établissements privés ont la possibilité de faire évoluer positivement leur tarif, les établissements publics voient leur tarif stagner ou même baisser. La seule alternative présentée par les conseils départementaux pour échapper à cette contrainte financière est la déshabilitation. Cette proposition extrême remet en cause les principes et les valeurs portés par le service public. La FHF réaffirme que l'accessibilité est une valeur cardinale du service public et que les marges de gestion sont à rechercher ailleurs que dans la libéralisation des prix ou la surfacturation. Notre modèle de financement nécessite à ce titre d'être repensé de manière globale.

La FHF est convaincue qu'il faut désormais sortir des étagés et scissions artificiellement induites par la tarification ternaire des EHPAD. La reconnaissance d'une section « dépendance » partait, à l'origine, d'une bonne intention pour faire reconnaître une réalité et permettre de nouveaux modes de prise en charge. Dix-sept ans après la première réforme de la tarification des EHPAD, le moment est venu de passer à une nouvelle étape reposant sur le principe de confiance dans les professionnels.

Repenser notre modèle tarifaire c'est ainsi mettre un terme à une répartition inéquitable et figée des charges entre les trois sections tarifaires (hébergement, soins et dépendance). La FHF estime en effet qu'une modification des répartitions des dépenses entre sections tarifaires est indispensable. Certaines dépenses ne doivent plus être incluses dans le prix de l'hébergement tandis que les sections soins et dépendance doivent fusionner.

En effet, si les charges liées aux aides-soignants et aux accompagnants éducatifs et sociaux (AES) (ex - AMP) se répartissent entre la section tarifaire dépendance (30%) et la section tarifaire soins (70%), les agents de service (ASH) affectés aux fonctions de nettoyage des locaux d'hébergement et au blanchissage sont, eux, affectés à 70% sur la section d'imputation tarifaire hébergement et à 30% sur la section d'imputation tarifaire dépendance. Ces agents interviennent pourtant tout autant dans l'aide à l'alimentation, la toilette, l'habillement et les déplacements des résidents.

On retrouve pourtant, au détour de ces règles comptables, la réalité des besoins du terrain et de l'exercice des personnels. À ce titre, les charges de rémunération des personnels faisant fonction d'aides-soignants mais ni diplômés, ni sélectionnés dans une école s'imputent à 70% sur l'hébergement et à 30% sur la dépendance. De même, aujourd'hui, les charges d'une aide-soignante diplômée, détachée à temps plein sur des fonctions d'animation, seront imputées à la section tarifaire « hébergement », tout comme les charges liées à

l'emploi d'un diététicien dont le besoin pour des raisons de santé plutôt que de confort hôtelier est pourtant indéniable. Les clés de répartition actuelles créent un système éloigné des besoins de prise en charge de la perte d'autonomie et extrêmement rigide financièrement.

Cette modification des clés de répartition des dépenses entre les trois sections tarifaires permettrait aux familles de réduire leur reste à charge et aux établissements de répondre aux besoins des personnes accueillies sans que les tarifs fixés par les conseils départementaux ne soient un frein à la qualité de la prise en charge. La FHF réaffirme que les établissements ne doivent en aucun cas avoir à choisir entre qualité de prise en charge et accessibilité financière. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 10

Engager le déverrouillage des sections tarifaires hébergement, soins et dépendance dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.4. Une exigence d'innovation pour assurer l'avenir de notre système de santé

La FHF a fortement structuré, au cours des derniers mois, sa matrice d'action pour soutenir l'innovation du service public hospitalier sous toutes ses formes. Elle porte désormais cette thématique comme une priorité absolue dans ses initiatives nationales et s'est dotée, d'un point de vue opérationnel, d'un fonds de soutien à l'innovation pour encourager les initiatives qui émergent du terrain.

Ici encore, les nouveaux territoires de santé doivent pouvoir constituer un vecteur de stimulation et de diffusion de l'innovation en santé. La FHF défend, ainsi, l'idée de « Groupements hospitaliers de territoires – Clusters d'innovation ».

D'un point de vue plus global, la FHF a constaté que cette orientation vers le soutien à l'innovation en santé avait pris davantage d'espace dans le discours des pouvoirs publics. Tout en saluant cette évolution, il est nécessaire, dans le même mouvement, d'émettre un vif signal d'alerte compte tenu du risque de stérilisation de modèles ou d'initiatives concrètes constituant les leviers réels d'innovation. Pour faire

entrer l'innovation en santé dans les faits, des actions très fortes doivent pouvoir être engagées et mises en œuvre au cours du quinquennat à venir. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 11

Positionner les groupements hospitaliers de territoire en véritable clusters d'innovation en santé en levant les obstacles pratiques à l'innovation, en facilitant les synergies avec les outils territoriaux de développement économique et en les encourageant, dans une deuxième phase de développement des groupements, à structurer des projets territoriaux d'innovation en santé.



Faire du service public hospitalier un levier d'innovation pour la France

Aujourd'hui, une grande partie des innovations viennent d'un mouvement que l'on nomme DIY, l'abréviation de *Do It Yourself* qui signifie littéralement « *Faites-le vous-même* ». Identifiée en premier lieu comme un phénomène de société, la tendance du DIY inspire et accompagne aujourd'hui les grandes organisations dans leur transformation. Des petits *Fab labs* de quartiers aux ateliers R & D de grands groupes, on relève une effervescence d'initiatives tournées vers l'innovation *Bottom-up* et la micro-industrialisation. Le DIY relève avant tout d'une méthodologie, on ne parle pas d'investissement massif mais plutôt de savoir-faire, d'expériences et surtout d'écosystèmes pour faire émerger des innovations concrètes et mieux pensées. Ainsi, les hôpitaux publics pourraient développer des *Fab labs*, voire des incubateurs et accueillir en leur sein un écosystème propice à l'émergence d'innovation en santé.

L'hôpital public est un terrain d'innovations conséquent, très varié, mais aussi complexe et relativement fermé, notamment aux jeunes sociétés hautement technologiques. Or, ces dernières apportent souvent des solutions intéressantes qu'il est nécessaire de valoriser et de promouvoir. L'hôpital public peut prendre une place intéressante et devenir un « tremplin » pour les innovations en santé françaises et favoriser leur développement économique. En tant que « tremplin » de l'innovation, il pourrait y trouver deux avantages : profiter des dernières technologies de pointes (qu'il évaluerait, voire coconcevrait) et négocier des accords de licences avantageux sur ces innovations et donc limiter leur impact sur son budget.



Positionner les GHT en véritables clusters d'innovation en santé

L'objectif majeur à poursuivre est celui de stimuler une nouvelle dynamique de l'innovation en santé à l'échelle du territoire comme pierre angulaire de la structuration du parcours de soins du patient.

Cette logique visera à impulser une dynamique de l'innovation en santé au niveau le plus pertinent pour prendre en compte à la fois les besoins de terrain des professionnels, les attentes du patient, les spécificités épidémiologiques du territoire et les enjeux locaux de politique de santé publique.

D'un point de vue opérationnel, il s'agira de mieux capter, intégrer et valoriser l'innovation en santé dans une temporalité acceptable pour le patient et les acteurs en positionnant les GHT comme de véritables clusters innovation-santé interfacés avec les autres outils de développement des territoires.

Pour y parvenir, la FHF engagera, dès les prochaines semaines, une mission opérationnelle destinée à identifier l'ensemble des obstacles pratiques à lever pour faciliter l'émergence de cette nouvelle matrice territoriale de l'innovation en santé. De façon très basique, force est aujourd'hui de constater l'absence quasi complète d'indicateurs de développement de l'innovation en santé (soutien aux programmes de recherche, dépôts de brevets, création de valeur économique directe et indirecte induite par les projets hospitaliers, etc.) dans les outils d'évaluation professionnelle des responsables hospitaliers et dans les méthodologies d'analyse des projets d'investissements présentés devant le COPERMO.

La FHF complètera, en outre, les outils cartographiques qu'elle a développés sur les GHT par une cartographie dynamique visant à identifier les points de contacts entre groupements hospitaliers de territoire et outils économiques de soutien à l'innovation présents sur les territoires (technopôles, pôles de compétitivité, pôles d'excellence rurale, etc.).

1.4.1. L'innovation par le renforcement et la rénovation de notre modèle hospitalo-universitaire

La FHF est particulièrement attachée au modèle hospitalo-universitaire français et ses principes fondateurs doivent être préservés.

En particulier, le discours parfois déployé sur le découplage du « H » et du « U » semble très dangereux ; notre excellence hospitalo-universitaire reposant sur un alliage – indissociable – entre le soin, l'enseignement et la recherche.

Comme la FHF l'a souligné lors du dernier salon Hôpital Expo en mai 2016, le moment est venu de prendre une initiative nationale très forte pour renforcer ce modèle et le porter vers l'avenir. Alors que se profile le soixantième anniversaire des ordonnances DEBRÉ, il faut mobiliser toutes les énergies pour donner un nouvel horizon à la dynamique hospitalo-universitaire française.

La FHF apporte son soutien complet à la mise en œuvre des 17 propositions issues des Assises hospitalo-universitaires de décembre 2016 et dont le contenu est rappelé en annexe à la présente plateforme

> Pour réussir cette projection de notre modèle hospitalo-universitaire dans les enjeux de demain, trois chantiers transversaux prioritaires doivent, en outre, être menés au cours du quinquennat à venir :

- **un travail transversal législatif d'adaptation de ces ordonnances aux réalités du XXI^e siècle.** Cette démarche doit permettre de tracer les lignes d'évolution de l'exercice hospitalo-universitaire mais également de mieux s'ancrer dans la nouvelle réalité régionale et territoriale. Deux démarches pourraient ainsi être engagées, sans doute d'abord sous forme expérimentale. La première consisterait en une régionalisation de l'exercice de prospective des effectifs hospitalo-universitaires, aujourd'hui trop centralisé¹. La seconde démarche viserait à porter à l'échelle des nouvelles grandes régions le périmètre des circonscriptions d'internat ;
- **un travail national d'encouragement aux programmes hospitalo-universitaires traduisant une excellence de niveau mondial.** La mobilisation du Programme d'investissements d'avenir (PIA) doit, à cet égard, pouvoir être significativement renforcée en direction du secteur de la santé. Les instituts hospitalo-universitaires (IHU) constituent, à cet égard, un précédent sur lequel capitaliser pour en tirer des enseignements et des améliorations nécessaires en termes de gestion mais également en termes d'effet de levier sur l'évolution du modèle hospitalo-universitaire dans son ensemble ;
- **un travail de réexamen de notre cartographie hospitalo-universitaire dans le périmètre des nouvelles régions issues de la loi NOTRE.** Les synergies hospitalo-universitaires dans ces nouveaux périmètres (répartition des spécialités de recours régional, identification des domaines d'excellence en matière de recherche, etc.) devront être encouragées. Cette refondation de notre modèle hospitalo-universitaire dans la nouvelle réalité territoriale de notre République constitue un enjeu majeur pour le quinquennat à venir. L'exemple québécois des RUIS peut, à cet égard, constituer une illustration.

La revivification de notre modèle hospitalo-universitaire pour soutenir davantage les initiatives d'excellence et l'ancrer plus fortement dans la nouvelle réalité régionale impliquera, par ailleurs, la mise en œuvre d'une **logique d'équité nationale** pour accompagner le développement hospitalo-universitaire de certaines régions.

Cette logique trouve à s'appliquer dans l'Hexagone mais également outre-mer. A la suite des travaux généraux évoqués plus haut sur la stratégie de santé outre-mer, la FHF prendra donc l'initiative d'engager une mission sur la nouvelle étape à atteindre pour l'évolution du modèle hospitalo-universitaire outre-mer. Une logique de recherche de synergies par grandes zones (océan Indien, Caraïbes, etc.) aura ainsi à être suivie pour consolider ce développement hospitalo-universitaire dans un esprit de soutien au rayonnement de l'excellence française en santé dans ces régions du monde. ■

CLÉ DE DÉVERROILLAGE N° 12

Consolider notre modèle hospitalo-universitaire en le refondant par une identification des modalités d'adaptation des ordonnances DEBRÉ aux réalités du XXI^e siècle, par un soutien renforcé aux programmes d'excellence mondiale et par une organisation des synergies hospitalo-universitaires dans le périmètre des nouvelles régions. La FHF apporte son soutien complet à la mise en œuvre des 17 propositions issues des assises hospitalo-universitaires de décembre 2016 et dont le contenu est rappelé en annexe à la présente plateforme. Cette dynamique impliquera également la mise en œuvre d'une logique d'équité nationale pour soutenir le développement hospitalo-universitaire de certaines régions, dans l'hexagone et outre-mer.



Les réseaux universitaires intégrés en santé (RUIS) au Québec

Mémoire des RUIS en commission parlementaire sur l'examen du PL 10, 2014

Le Québec dispose de quatre hôpitaux universitaires (deux à Montréal dont un anglophone, un à Québec, un à Sherbrooke).

1. LA VISION INITIALE

> En 2003, dans le cadre des travaux qui ont conduit à l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux tel qu'il est connu aujourd'hui, le ministre de la Santé et des Services sociaux a créé les RUIS :

« Afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé ayant une désignation universitaire et des universités auxquelles sont affiliés ces établissements pour chaque territoire de desserte que détermine le ministre de concert avec le ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, un réseau universitaire intégré de santé » (art. 436.1).

2. LA CARTE DES RUIS ET SES COMPOSANTES

Quatre réseaux, correspondant aux facultés de médecine du Québec (université Laval, université McGill, université de Montréal, université de Sherbrooke) et leur territoire d'enseignement.

Ils ont, depuis, été mis en œuvre de manière productive et fructueuse par les leaders de chacun de ces RUIS et par l'ensemble des partenaires qui y ont pris part : les facultés de médecine, les établissements de santé, les agences de santé et des services sociaux, ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux.

> Chaque RUIS est donc, à la base, composé de :

« ... tous les établissements de son territoire qui exploitent un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés désigné centre hospitalier universitaire (CHU), institut universitaire (IU) ou centre affilié universitaire (CAU) et qui sont affiliés à l'université associée à ce réseau, ainsi que de tout établissement qui exploite un centre de réadaptation désigné institut universitaire ou centre affilié universitaire » (art. 436.1).

Il est toutefois à noter que tout établissement du territoire d'un RUIS peut être appelé à contribuer à la mission académique – avec ou sans contrat d'affiliation avec une université – par le biais de stages professionnels ou par la présence d'une unité de médecine familiale (UMF) qui accueille des résidents en médecine de famille. Ils font donc partie intégrante des RUIS, bénéficient de leurs activités de développement et contribuent à leurs travaux.

D'un point de vue juridique, les RUIS sont des instances de concertation sans personnalité morale.

3. MISSION ET MANDATS DES RUIS

La mission des RUIS, conformément à l'énoncé de la loi, est de favoriser la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'évaluation au sein des établissements de santé ayant une désignation universitaire, tout en privilégiant la concertation et la collaboration entre les membres partenaires du RUIS.

> Les RUIS n'ont pas le mandat d'organiser les services. Tel que prescrit par la loi, ils ont le mandat d'instaurer une culture de collaboration entre les établissements membres de leur réseau et de formuler des propositions sur des sujets relatifs :

- 1. à l'offre de services, notamment en réponse aux demandes des instances locales, aux préventions de ruptures de services et à l'instauration de corridors de services ;
- 2. à la formation, incluant le transfert des connaissances et l'accès à des programmes favorisant le développement et le maintien des compétences ;
- 3. à la recherche et à l'évaluation.

À titre d'information, voici une liste non exhaustive des mandats auxquels les RUIS ont contribué depuis leur création :

> en adéquation avec les orientations ministérielles, les RUIS ont été sollicités pour formuler des avis concernant des dossiers ou mandats tels : la prévention de la rupture de services à court, moyen ou long terme pour les établissements, les plans régionaux d'effectifs médicaux spécialisés et surspécialisés ; la formation infirmière et l'enjeu des stages des infirmières praticiennes spécialisées ; l'arrimage des services spécialisés avec la première ligne de soins... ;

> ils ont soutenu le transfert des connaissances produites par les activités académiques et la dissémination des meilleures pratiques mises en œuvre par les établissements à vocation tertiaire et quaternaire ;

> ils se sont acquittés de différents mandats ministériels spécifiques en lien avec l'organisation de services tels que les plans d'action ministériels pour la prise en charge des patients aux prises avec la douleur chronique ; la maladie d'Alzheimer ; la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC), en développant un registre des interventions en AVC et en soutenant le développement d'un service de téléthrombolyse pour les patients présentant un AVC en phase aiguë et résidant loin des établissements spécialisés, le déploiement de la télésanté en partenariat avec Inforoute Santé du Canada ; le plan d'action pour l'amélioration du mécanisme d'évaluation éthique des projets de recherche multicentriques.

1 - Cette régionalisation ne porterait pas sur les compétences hospitalo-universitaires elles-mêmes qui continueraient à faire l'objet d'une procédure de reconnaissance nationale faisant notamment intervenir les CNU. Elle viserait à donner aux établissements d'une région donnée, dans une enveloppe budgétaire définie, la liberté de procéder à des choix d'affectation en fonction des priorités de développement hospitalo-universitaire régional qui devront faire l'objet d'une identification préalable.

1.4.2. La clarification et la relance de l'innovation thérapeutique

La FHF souligne, depuis de nombreux mois déjà, les risques majeurs susceptibles d'affecter le processus d'innovation thérapeutique dans notre pays. Ces risques ont été clairement mis en lumière, en 2015, dans le rapport, effectué pour le compte de la fédération, de la commission présidée par le Pr FAGON. Les propositions formulées dans ce cadre restent, à ce stade, toujours d'actualité pour tout à la fois clarifier et relancer ce processus d'innovation thérapeutique. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 13

Mettre en œuvre les propositions de la commission FHF « Produits de santé » pour clarifier et relancer le processus d'innovation thérapeutique.



Les propositions de la FHF sur les produits de santé

Rapport de la commission présidée par le Pr Jean-Yves FAGON (2015)

DONNÉES FINANCIÈRES

Systématiser l'identification claire des sources et définir précisément leurs périmètres.

PRIX DES MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL

Les gains d'achats, résultant des remises faites par les industriels aux établissements sur le tarif CEPS, doivent rester dans les hôpitaux ; le coût (en lien avec les tarifs CEPS) des traitements étant fixé sur le plan national, la régulation imposée aux établissements doit se concentrer sur le bon usage.

ONDAM

Créer une enveloppe « produits de santé » dans chacun des sous-objectifs ; disposer d'une information fiable de l'arrivée sur le marché de produits de santé innovants, particulièrement ceux ayant des impacts sur les organisations hospitalières.

LISTE EN SUS

> a. Avoir une gestion plus dynamique et rigoureuse concernant notamment les radiations et leurs impacts ;
> b. avoir un bilan annuel partagé incluant un bilan financier de la liste en sus et des GHS de rattachement, et un bilan de l'usage ;
> c. intégrer les masses financières correspondantes à réintégrer (de façon pleine et transparente), dans les tarifs des prestations d'hospitalisation concernés en cas de radiation.
À cet égard, le décret du 24 mars 2016 a, d'une part, révisé la *critériologie révisée avec une gestion par indication entraînant des inscriptions/radiations partielles et, d'autre part, encadré les délais d'instruction.*

ACHATS

> a. obligation des hôpitaux de professionnaliser et de dématérialiser les processus d'achats pour les flux logistiques et d'approvisionnement ;
> b. mieux définir et articuler le CBU et la politique d'achat.
Sur cette orientation, un travail a été entrepris par la DGOS auquel la FHF prend part activement.

INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES ET DIAGNOSTIQUES

Informier davantage sur les innovations pour anticiper les impacts (structurels, organisationnels et financiers) pour les intégrer dans la stratégie hospitalière de l'établissement et les prendre en compte dans les modalités de financement et d'investissement.

CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Renforcer la place du pharmacien au plus près des équipes soignantes et du patient comme facteur qualitatif pour améliorer le bon usage des produits de santé et leur optimisation thérapeutique, en s'appuyant par exemple sur des délégations de tâches ou sur les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

CONTRAT DE BON USAGE

Favoriser l'harmonisation et l'échange d'informations d'ordre national et régional ; intégrer la politique d'établissement des produits de santé dans les contrats de pôle de chacun des pôles.

SYSTÈME D'INFORMATION

> a) Avoir un système d'information ville/hôpital qui intègre l'ensemble du circuit des produits de santé, notamment des données en lien avec le dossier pharmaceutique ;
> b) enjeu de l'interopérabilité ;
> c) enrichir les bases de données sur les produits de santé (Thériaque, Vidal...) et les intégrer dans un objectif d'aide à la prescription ou à la dispensation.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Développer et/ou pérenniser l'ETP sur la base de la définition de bonnes pratiques, d'une prise en charge financière non aléatoire, d'une évaluation en termes d'efficacité et d'efficience et d'une offre pluridisciplinaire coordonnée sur un territoire est indispensable pour favoriser cohérence et accessibilité.

PARCOURS DE SOINS

Identifier les modalités de financements adaptées à l'organisation de l'intégralité d'un parcours sécurisé et efficient.

TERRITOIRE

Proposer une prise en charge thérapeutique cohérente, mettre en place la stratégie inter-établissements et les liens ville/hôpital ; améliorer l'accès des patients aux traitements onéreux.
La prise en charge cohérente et globale « de territoire » fait l'objet d'une réflexion importante dans le cadre du contexte de déploiement des groupements hospitaliers de territoire notamment au travers des projets médicaux partagés, de « FHF Cancer » et de la télémédecine.

DISPOSITIFS MÉDICAUX

Donner une place accrue à l'hôpital dans l'évaluation des dispositifs médicaux, développer les évaluations « techniques » et médico-économiques avec des moyens appropriés ; respecter le libre choix du patient concernant son distributeur ; encadrer l'accès des prestataires à l'hôpital.

RECHERCHE CLINIQUE

Regrouper les forces hospitalières ; évaluer systématiquement les innovations afin de renforcer la place de la recherche clinique et garantir le bon usage des produits de santé. Les systèmes d'information doivent intégrer l'activité de recherche ; développer la mise en place et la participation aux registres ; accélérer les délais administratifs des études cliniques, rendre lisibles les modalités de financement ; renforcer la coopération de tous les acteurs (CHU, CLCC, CH...) dans le contexte des GHT ; création de plateformes d'expertises ouvertes à tous les chercheurs.

ÉVALUATION ET SUIVI DES MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX AVANT ET APRÈS LA MISE SUR LE MARCHÉ

> a) Renforcer la place de l'hôpital en la dotant d'outils appropriés et d'un financement dédié ;
> b) mieux organiser et structurer cette évaluation par l'hôpital

1.4.3. Le déblocage de l'innovation paramédicale

Dans cette nouvelle stratégie d'innovation en santé, **un cap majeur doit pouvoir être franchi dans la stimulation du levier de l'innovation paramédicale.**

Il apparaît désormais impératif de déterminer rapidement un régime incitatif pour le déploiement des pratiques avancées et de déverrouiller le régime des protocoles de coopération permettant des délégations et des transferts de compétence entre professionnels de santé.

Ces dispositifs concourent, en effet, à l'atteinte de plusieurs objectifs majeurs :

- optimiser le système de soins en répondant à des besoins locaux et en facilitant l'accès aux soins dans les territoires peu dotés en médecins ;
- régulariser des pratiques pertinentes déjà existantes sur le terrain mais non reconnues à ce stade ;
- apporter une reconnaissance de compétences à certains professionnels paramédicaux ;

— contribuer à la maîtrise des dépenses de santé et à l'efficacité du système de soins, tout en garantissant une qualité de prise en charge sur le territoire national, dans un souci de maintien de la sécurité des soins.

Pour y parvenir, la clé nous semble, ici encore, de partir d'un principe de confiance dans les initiatives émanant des professionnels de terrain.

S'agissant des pratiques avancées, la FHF a soutenu leur insertion dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Il convient désormais de définir dans les meilleurs délais un régime réglementaire incitatif au développement de ces pratiques.

S'agissant des délégations et des transferts de compétence, cette logique de confiance est aujourd'hui entravée par le double verrouillage issu de l'article 51 de la loi HPST. ▶

► Cette disposition rend, en effet, nécessaire une double approbation expresse des projets de délégations issus du terrain par l'ARS puis de la Haute Autorité de santé. Cette double procédure aboutit, en pratique, à un trop faible déploiement de projets de délégations à l'issue de délais d'approbation souvent très longs. **La FHF propose de changer de logique en posant le principe d'un avis favorable réputé acquis de l'ARS puis de la HAS si celles-ci ne se sont pas successivement prononcées sur le projet de délégation de compétence à l'issue, chacune, d'un délai de deux mois.** Cette évolution permettrait d'engager le projet de délégation de compétence dans un délai maximum de quatre mois après sa transmission aux autorités, ce qui représente déjà un délai significatif d'examen.

Pour y parvenir, la FHF mettra en place, dès les prochaines semaines, en partenariat étroit avec les représentants du secteur paramédical et notamment l'Association française des directeurs de soins, une commission « FHF - Innovation paramédicale » pour identifier et soutenir les projets pilotes issus du terrain, tout à la fois dans les domaines du soin, de l'enseignement et de la recherche en matière paramédicale. De ce point de vue, il conviendra d'**encourager, à l'échelle des nouveaux groupements hospitaliers de territoire, des démarches globales de structuration de projets de prise en charge des patients, englobant projet médical partagé et projet de soins partagé.** ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 14

Stimuler l'innovation paramédicale sous toutes ses formes. Pour y parvenir, il convient de déterminer rapidement un régime incitatif pour le déploiement des pratiques avancées et de déverrouiller le régime des protocoles de coopération permettant des délégations et des transferts de compétences entre professionnels de santé (en partant d'un principe d'avis réputés acquis au bout de deux mois, en cas de silence de l'ARS ou de la HAS, pour mettre fin au dispositif actuel de nécessité d'avis formels favorables qui s'est révélé lourd et bloquant en pratique). De manière plus large, la FHF mettra en place, dès les prochaines semaines, une Commission « FHF - Innovation paramédicale » destinée à identifier et relayer les initiatives issues du terrain.

— 1.4.4. L'engagement dans la révolution numérique

La FHF considère que le moment est venu d'accompagner de manière déterminée la transformation numérique de notre système de soins. À défaut, la France risquerait de prendre un retard irrémédiable au regard des « *tournants digitaux* » déjà clairement engagés par les systèmes de soins de nombreux pays.

L'innovation numérique prend des formes multiples et le principe même de cette « *révolution digitale* » est d'être multiforme. Ce processus constitue une opportunité majeure pour la modernisation de notre système de soins même s'il doit être accompagné par une nécessaire réflexion éthique.

Avec un nombre croissant de technologies numériques ayant contribué aux progrès de la médecine, comme les robots en chirurgie de haute précision, les applications

d'éducation thérapeutique, ou encore le suivi à distance de pathologies chroniques, le développement du numérique dans le domaine de la santé est porteur d'espoirs considérables en faveur d'une meilleure prise en charge du patient.

Le numérique constitue également un outil puissant d'amélioration et de renforcement de l'offre hospitalière en renforçant l'opportunité d'engager des transformations organisationnelles, plus ouvertes et plus efficaces avec les autres acteurs du système de santé. En effet, en apportant de la souplesse et de l'optimisation intelligente du temps médical, le numérique ouvre la voie à des organisations nouvelles facilitant les collaborations multidisciplinaires et les coopérations avec la ville, le secteur médico-social et les professionnels paramédicaux.

Le numérique permet aussi des transformations spatio-temporelles de la prise en charge, avec par exemple, des délais plus courts d'obtention de rendez-vous par la mise en commun des agendas, ou une détection plus précoce des signes cliniques via des systèmes de suivi à distance ou encore un raccourcissement des durées d'hospitalisation avec un dispositif de surveillance à distance des soins postopératoires. Les échanges de données permis par les outils numériques permettent d'orienter plus rapidement un patient car la situation clinique, voire le diagnostic, peut être évaluée, ou posé, quel que soit le lieu où ce dernier se trouve et en tout moment. Cette révolution numérique autorise désormais et très concrètement à repenser l'offre de soins hospitalière, hors les murs d'un établissement, tout en assurant un continuum du service public hospitalier au travers d'un parcours de soins désormais portée par la nouvelle territorialité.

Pour autant, l'engagement des hôpitaux dans la révolution numérique nécessite une étape préalable incontournable : celle du déverrouillage du modèle économique de la télémédecine. C'est une condition absolument *sine qua non* pour permettre d'utiliser pleinement ce levier pour accompagner de façon opérationnelle les dynamiques de recomposition de l'offre de soins dans le nouveau cadre des territoires.

Or, la FHF a constaté, en conduisant en 2016 sa campagne « *Déverrouillons la télémédecine !* », à quel point les avancées devaient être durement acquises au regard de filières existant encore dans notre système, notamment s'agissant de la régulation économique de la télémédecine.



Les propositions de la mission « FHF-Télémédecine »

DÉVERROUILLER LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DE LA TÉLÉMÉDECINE COMME OUTIL NUMÉRIQUE EN SOUTIEN AUX DYNAMIQUES DE RECOMPOSITION DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE

Les propositions de la mission « FHF-Télémédecine » conduite, en 2016, par le Dr Pierre SIMON, Élodie HEMERY et Céline WASMER conduisent à proposer de **généraliser un financement de la télémédecine à l'activité, au moins sur la base des tarifs existants pour les actes physiques équivalents, en ville et à l'hôpital :**

> pour mettre fin au hiatus persistant entre un cadre législatif clairement posé (depuis 2009, la loi considère que la télémédecine est un exercice de la médecine à distance et non une forme d'exercice médical à part) et l'absence de modèle économique stable qui empêche tout développement pérenne de la télémédecine ;

> pour engager des remodelages organisationnels innovants et efficaces avec l'émergence de nouveaux métiers en réponse à ces évolutions. Cette dynamique de développement de la télémédecine étant, à cet égard, très cohérente avec le déverrouillage évoqué plus haut des pratiques avancées et de délégations et des transferts de compétences en direction des professionnels paramédicaux ;

> pour soutenir le décroisement et la coopération entre la ville et l'hôpital tant attendus par les acteurs et le patient ;

> pour optimiser l'organisation de la prise en charge (raccourcissement des délais de prise de rendez-vous ou d'attente, suivi à domicile posthospitalisation et prévention secondaire, suivi et surveillance.

La centaine d'expériences de terrain recueillies par la FHF dans le cadre de ses travaux sur la télémédecine montre à quel point ce déverrouillage contribuera à répondre à des enjeux de santé publique majeurs dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé.



« Déverrouillons la télémédecine ! » des expériences innovantes sur le terrain mais bloquées par l'absence de modèle de financement à l'activité

L'opération #DéverrouillonsLaTélémédecine conduite par la mission « FHF-Télémédecine », composée de Pierre Simon, Élodie Hemery et Céline Wasmer*, se traduit depuis cet été par une campagne de communication visant à valoriser les nombreux projets pilotes initiés par les établissements. Déverrouiller le mécanisme de financement actuellement enfermé dans un cadre forfaitaire (FIR), non incitatif et dépassé, empêchant le déploiement stable de la télémédecine que le législateur, depuis la loi Hôpital, santé, patients, territoires de 2009, a pourtant reconnu comme une pratique médicale à part entière. Déterminée à lever ce paradoxe, la FHF souhaite un déverrouillage dès le PLFSS 2017 et a d'ores et déjà recensé plus de 100 dispositifs pilotes développés par les établissements de soins et médico-sociaux. Est ici listé un échantillon de ces projets pilotes identifiés par la FHF.

AUX HOSPICES CIVILS DE LYON : LES CONSULTATIONS PRÉ-ANESTHÉSQUES PAR TÉLÉPHONE (CPAT)

Ces consultations sont organisées auprès des patients connus, volontaires et répondant aux critères d'inclusion, dans le cadre de soins itératifs, sur le créneau 12-14 heures. Ce dispositif permet, outre les coûts évités inhérents aux déplacements aux actifs d'éviter de s'absenter du travail ou aux plus jeunes de s'absenter de l'école. Ce protocole validé par le collège des anesthésistes des HCL, en respect des recommandations de la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR), trouve à ce jour une forte adhésion des patients et apporte pour les médecins un levier d'optimisation de l'organisation médicale dans une spécialité en difficulté notoire en termes de démographie médicale. Au total, 110 consultations par téléphone ont pu être réalisées en un trimestre. L'activité représente actuellement un peu moins de 10% de l'activité totale de la consultation de certaines spécialités (ORL, maxillo-facial, gastro-entérologie, imagerie, ambulatoire) et pourrait facilement être doublée, notamment dans le cadre du virage ambulatoire.

Les freins : en l'absence de valorisation financière, la charge est intégralement portée par l'établissement hospitalier qui ne bénéficie pas des recettes générées alors même que le dispositif contribue à la réalisation d'économies pour l'assurance maladie.

AU CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY : LE DISPOSITIF DE TÉLÉCONSULTATION PSYCHIATRIQUE

Ce dispositif concerne principalement, dans un premier temps, les personnes âgées en EHPAD et sera par la suite plus largement ouvert aux résidents des autres structures médico-sociales. Depuis 2012, 100 téléconsultations étaient réalisées dès 2008 au CH du Rouvray et la montée en charge permet d'atteindre, actuellement, un volume d'activité de 50 à 100 téléconsultations par mois. Fortement plébiscité (88% des patients sont satisfaits, 100% par les professionnels requérants), ce dispositif contribue à préserver l'accès aux soins pour les patients éloignés et/ou en situation de handicap psychique et permet de faire gagner 30% de temps médical, temps auparavant « perdu » en déplacements. Dans le même temps, ce gain de temps a permis d'augmenter de 10% l'offre de soins psychiatrique auprès des résidents en EHPAD (passant de 3 000 à 3 300 lits couverts). La mise en place d'une organisation

standardisée, portée par une équipe mobile spécialisée dans le suivi des personnes âgées avec validation d'un protocole de coopération entre professionnels constitue l'un des facteurs de réussite dans ce programme utilisant la télémédecine. À la fin de 2015, 15% des consultations psychiatriques en EHPAD étaient ainsi réalisées via le dispositif de télémédecine avec, en moyenne, neuf téléconsultations pour une télé-expertise psychiatrique.

Les freins : l'ensemble du dispositif est aujourd'hui essentiellement financé sur les fonds propres de l'établissement. Ce qui soulève la question de sa pérennité : quel sera son avenir, sans la mise au point d'un modèle financier adapté, en soutien à ces pratiques médicales, reconnues depuis 2009 ?

À L'EHPAD DE LA ROCHE-CHALAIS, EN NOUVELLE-AQUITAINE : LA MISE EN ŒUVRE, DEPUIS 2013, DE TÉLÉCONSULTATIONS POUR DES PATIENTS ÂGÉS POLYPATHOLOGIQUES, POUR LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT ET LE RENONCEMENT DES SOINS DES PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU RURAL

Quarante-quatre téléconsultations ont été réalisées avec TéléA sur les 18 derniers mois, sur la base d'une coopération entre le CHU de Bordeaux et le médecin traitant du patient résident d'EHPAD qui peut adapter au besoin son protocole de soins. Devant le succès du dispositif, essentiellement lié à la coopération entre acteurs médicaux et paramédicaux dès le début du projet, les téléconsultations sont désormais proposées à la population extérieure, permettant aux usagers ainsi qu'aux patients hors établissement (du CH et de l'EHPAD) de bénéficier d'actes de téléconsultations depuis le site même de l'EHPAD. La télémédecine est ici déployée comme un réel levier de décloisonnement de l'exercice médical à l'heure où se déploient les groupements hospitaliers de territoire. Elle constitue une réponse fiable et pertinente dans des territoires confrontés à la désertification médicale sur lesquels les personnes âgées n'ont d'autre solution que de multiplier des hospitalisations et des réhospitalisations, souvent évitables, et qui constitue une vraie problématique d'organisation hospitalière pour les « hôpitaux de campagne ».

Les freins : l'absence de valorisation du temps infirmier et de coordination dans un cadre où le modèle économique reste enfermé dans des modalités forfaitaires et ponctuelles.

SUR LES TERRITOIRES DE L'ARTOIS ET DU HAINAUT-CAMBRÉSIS : L'INSTALLATION DU DISPOSITIF DE TÉLÉ-AVC

Ce dispositif a été développé sur la base d'une mutualisation des ressources humaines neurologiques et radiologiques de six établissements, qui permet à chacun des services d'urgence de solliciter sans perte de temps des avis d'experts pour préparer une décision éventuelle de thrombolyse. Ce projet pilote, qui met en avant l'intérêt d'une triple coordination urgentiste, neurologue et radiologue, vient ainsi en réponse à la problématique du risque de perte de chance dans la prise en charge des alertes thrombolytiques dues aux contraintes générées par les déplacements des équipes neurologiques, d'une part, et de l'inégalité d'accès aux soins pour des patients résidant au sein de zones géographiques trop éloignées d'une unité de soins intensifs neurovasculaires (USINV) d'autre part. L'activité de gestion des alertes a été multipliée par huit entre 2011 et 2015 et le nombre de thrombolytiques réalisées a, quant à lui, été multiplié par six. Ce protocole numérique à l'échelle d'un territoire illustre l'impact positif de la télémédecine dans l'organisation de l'offre de soins – ici hospitalière – au bénéfice du patient. Elle permet de gommer, voire de s'affranchir, des murs de l'hôpital pour « rapprocher » les équipes médicales pour une meilleure coopération, une meilleure coordination et donc une meilleure prise en charge du patient.

Les freins : absence de valorisation du financement pour l'activité téléradiologique conduisant à lever une réflexion des établissements impliqués, basée sur le principe d'un mécanisme de répartition financière interétablissements des gardes et des contraintes d'imagerie, et indispensable à la pérennité du projet.

AU CHU DE CAEN, DEPUIS 11 ANS, LE DISPOSITIF DE SUIVI CLINIQUE À DOMICILE (SCAD) POUR LES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES

Ce dispositif permet un accompagnement personnalisé pendant trois mois au retour à domicile du patient après une hospitalisation pour décompensation cardiaque. Ce suivi est assuré par l'équipe médicale et paramédicale SCAD du CHU via un questionnaire interactif adressé quotidiennement sur la tablette du patient. Ce dispositif suscite une réelle interactivité entre le patient et l'hôpital, mais aussi avec la ville (accès possible au médecin traitant ou cardiologue de ville via un site sécurisé). SCAD contribue à l'éducation thérapeutique avec une meilleure reconnaissance des signes d'alerte de l'insuffisance cardiaque par le patient lui-même et le place en acteur proactif de sa maladie avec l'amélioration de ses connaissances sur son traitement, son alimentation et son activité physique. Le taux de ré-hospitalisations est ainsi diminué de moitié¹ alors que, de façon générale, dans 50% des cas, on considère qu'un patient hospitalisé pour insuffisance cardiaque aiguë sera de nouveau hospitalisé dans l'année. On note par ailleurs une diminution de la gravité des réhospitalisations lorsque celles-ci surviennent dans l'année suivant le suivi éducatif à domicile de l'insuffisant cardiaque, grâce à un changement de comportement durable des patients. SCAD assure actuellement le suivi de 200 patients par an dans le périmètre de l'ancienne région Basse-Normandie et sera élargi à d'autres populations de

patients dans les années à venir, la région Normandie souhaitant s'inscrire dans une démarche de pérennisation et d'interrégionalité du dispositif.

Les freins : le SCAD pourrait être développé sur une échelle plus large en incluant un dispositif de valorisation à l'activité.

AU CENTRE HOSPITALIER ARIÈGE-COUSERANS (CHAC) DE SAINT-GIRONS : LE DISPOSITIF DE TÉLÉCONSULTATIONS, DEPUIS 2009, AVEC LES EHPAD VENANT EN RÉPONSE À LA LUTTE CONTRE L'ENCLAVEMENT GÉOGRAPHIQUE DU TERRITOIRE ARIÉGEAIS

Véritable levier innovant d'amélioration de la qualité du soin apporté grâce aux échanges multidisciplinaires désormais simplifiés par les visioconférences, ces téléconsultations ciblent la prise en charge des soins les plus courants des patients âgés polypathologiques, allant de la plaie-cicatrisation aux troubles du comportement et des douleurs. Dans ce dispositif, la relation humaine entre le patient et le médecin est préservée.

Les freins : l'incohérence persistant entre les gisements économiques potentiels de la télémédecine pour le système de santé et les investissements supportés par les établissements, qui n'en récoltent pas les fruits conduisant à un « système à sens unique ». Souhait d'un modèle de financement solide et sécurisant, adapté pour les acteurs, qui se fait toujours attendre.

AU CHRU DE NANCY : LE PROGRAMME DE TÉLÉMÉDECINE « SAMU & EHPAD »

Ce programme s'inscrit comme un atout essentiel dans l'organisation des soins d'urgence des personnes âgées qui a permis de réduire leur nombre d'hospitalisations de moitié. Du fait de l'imprécision de l'information ou d'une méconnaissance des signes de gravité, le résident est transporté, dans près de deux tiers des cas, vers un service d'accueil des urgences pour un examen clinique qui ne justifie pas toujours le recours à une prise en charge par les urgences. En associant l'image et le son obtenus grâce à la télémédecine, une meilleure expertise est enfin possible entre la régulation médicale (SAMU) et les EHPAD et une prise de décision rapide peut être engagée sur la base d'éléments fiables et précis et dans des délais significativement raccourcis. Ce dispositif évite des transports injustifiés pour les patients vulnérables (polypathologiques et souvent atteints de troubles cognitifs), d'une part, et apporte, d'autre part, une expertise médicale optimisée, quelle que soit la distance, et une prise en charge sécurisée liée à un contact enrichi avec le SAMU.

Les freins : ce programme constitue donc un levier d'efficacité apportant, de surcroît, une réponse à la préoccupation d'un parcours coordonné et innovant des patients âgés avec une coopération urgentiste et référent télémédecine. Son développement sur une échelle plus large nécessiterait le déploiement d'un dispositif de valorisation à l'activité.

¹ - L'étude randomisée SEDIC (Suivi éducatif à domicile de l'insuffisant cardiaque), dont le CHU est promoteur, a démontré la pertinence de ce type de prise en charge. Équipe référente placée sous la direction de D^r Annette Belin et du P^r Rémi Sabatier, cardiologues au CHU de Caen.

Ces exemples suffisent à montrer que la télémédecine ne constitue plus aujourd'hui une innovation à proprement parler, mais que le potentiel de transformation du système de soins qu'elle induit est, en l'état, entravé par un modèle économique figé.

Ce constat se retrouve également pour l'outre-mer comme le montre l'exemple du retard pris pour développer la télémédecine entre la Réunion et Mayotte alors même que ce levier est bien identifié comme utile pour aider à répondre à une véritable situation d'urgence sanitaire nationale.



La nécessité de déverrouiller rapidement le modèle de la télémédecine outre-mer

L'exemple du renforcement de l'accessibilité aux soins et aux avis spécialisés entre Mayotte et la Réunion

Le CHU de la Réunion, établissement de recours en raison du développement de son offre de soins en surspécialités, accueille des patients venant de territoires ou pays de l'océan Indien : Mayotte, l'archipel des Comores, l'île Maurice, Madagascar.

Le CHU et le centre hospitalier de Mayotte (CHM) ont développé, depuis 2013, un partenariat très fort destiné à soutenir le CHM à répondre à la véritable situation d'urgence sanitaire nationale liée à l'immigration sanitaire irrégulière venue principalement des Comores. L'activité de prise en charge des étrangers en situation irrégulière représente aujourd'hui plus de la moitié de l'activité totale du CHM.

Deux paramètres expriment tout particulièrement la situation de Mayotte : les indicateurs démographiques d'une part et la sous-dotation de l'offre de soins d'autre part.

Ainsi, le CH de Mayotte (CHM) a comptabilisé, en 2015, 9 000, naissances et 10 500 naissances sont attendues en 2016.

La densité des médecins à Mayotte est trois fois inférieure à celle observée à la Réunion. Les médecins généralistes libéraux sont 10 fois nombreux qu'en métropole et la majorité des 21 médecins généralistes est installée à Mamoudzou. Les médecins spécialistes sont également peu représentés, 45 spécialistes pour 100 000 habitants, contre 176 en métropole.

Le recours à l'offre de soins de la Réunion est donc inéluctable, engendrant une augmentation significative chaque année des évacuations sanitaires des patients vers la Réunion : 934 en 2015 dont 636 vers le CHU et une durée de séjour à l'hôpital en moyenne trois fois supérieure à celle des autres patients.

Ces enjeux ont nécessité des innovations en termes d'organisation pour diversifier et renforcer l'offre de soins à Mayotte, améliorer l'organisation des évacuations sanitaires, organiser l'accès aux avis spécialisés et aux examens complémentaires et soutenir la formation des personnels du CHM.

La convention cadre de partenariat signée en 2013 entre le CHU de la Réunion et le CHM contribue à renforcer la dynamique

des missions médicales¹ et stimule la mobilisation des équipes médicales du CHU dans les spécialités² à promouvoir et à structurer ou non encore représentées à Mayotte.

L'un des points forts de ce partenariat est le déploiement de postes d'assistants médicaux partagés entre le CHU et le CHM. Ce dispositif performant et en constante évolution est soutenu par un financement du Ministère de la Santé et de l'ARS OI. En 2013, on dénombrait quatre assistants partagés, ils sont 15 en 2016.

La télémédecine, en tant qu'organisation médicale innovante au bénéfice de personnes identifiées comme ayant des difficultés d'accès aux soins, trouve toute sa pertinence dans un contexte insulaire et/ou enclavé tant à la Réunion qu'à Mayotte. La télémédecine constitue par ailleurs un véritable outil d'aide à la structuration du projet médical partagé en cours de construction dans le cadre du groupement hospitalier de territoire océan Indien (GHT OI) regroupant le CHU de la Réunion (établissement support), le groupe hospitalier Est Réunion, le centre hospitalier Gabriel Martin, l'établissement public de santé mentale et le centre hospitalier de Mayotte.

La télémédecine est, d'ailleurs, déjà une réalité dans la zone océan Indien, comme en témoigne le dispositif mis en place depuis 2010 dans le cadre de la permanence des soins entre l'hôpital de Cilaos (CHU) et le centre 15 du SAMU 974 ou le recours à des avis spécialisés à distance organisé depuis 2013 entre le CHU de la Réunion et les terres australes et antarctiques françaises (TAAF). D'autres usages sont en production ou en cours de déploiement, tel que le TéléAVC fonctionnant déjà entre le CHU et le groupe hospitalier Est Réunion (GHER) et qui sera très prochainement opérationnel entre le CHU et le CH Mayotte.

Le CHU avait proposé, en 2014, un premier projet d'expérimentation du développement de la télémédecine ville-hôpital Réunion-Mayotte mais celui-ci n'avait pu être retenu en raison du périmètre d'éligibilité très restrictif des expérimentations portées par l'article 36 de la LFSS pour 2014. Suite à une nouvelle proposition des établissements hospitaliers, l'agence de santé a donné son accord, en octobre 2015, ►

pour que soit entreprise une mission régionale d'appui au déploiement des activités de la télémédecine entre la Réunion et Mayotte. Cette mission a été engagée, en phase initiale, sur la base des seuls moyens mis en œuvre pour les établissements hospitaliers.

En collaboration étroite avec les professionnels des établissements publics de santé de la Réunion et de Mayotte, l'équipe projet télémédecine et son comité de pilotage regroupant des représentants des établissements membres du GHT OI ont priorisé 5 filières d'activités³ entre la Réunion et Mayotte pour lesquelles s'engagera un déploiement expérimental de Télémédecine.

1 - Bilan des missions médicales : une progression de + 50% du nombre de jours de missions entre 2014 et 2015 : 2014 : 93; 2015 : 322.

2 - Spécialités concernées par ces missions médicales : gynécologie obstétrique, BACS (Bloc, anesthésie, chirurgie, spécialités), MPRU (médecine, psychiatrie, rééducation, UCSA), URSEC (urgences, réanimation, SMUR, évacuation sanitaire, caisson hyperbare).

Les freins : alors même que les activités de télémédecine ont fait la preuve de l'efficacité dans l'océan Indien depuis de nombreux mois maintenant, un modèle de financement à l'activité n'est toujours pas déployé à ce stade. Ce retard conduit donc à toujours faire supporter par la Sécurité sociale le coût très élevé d'évacuations sanitaires de longue durée qui pourraient être évitées grâce à la télémédecine. Ce blocage du modèle économique constitue également un frein objectif pour le renforcement de l'accessibilité de la population mahoraise aux surspécialités présentes à la Réunion.

3 - Télé-expertises et téléconsultations dans le cadre du diagnostic anténatal (DAN) ;

> lecture et interprétation à distance des lames d'hématologie ;
> télé-expertises et téléconsultations en chirurgie infantile dans le cadre du plan périnatalité ;
> télé-expertises et téléconsultations en chirurgie gynécologique ;
> télé-expertises en oncologie.

La FHF poursuivra donc son travail de sensibilisation pour obtenir le déverrouillage global du modèle économique de la télémédecine, comme enjeu prioritaire d'appui à la structuration des nouveaux territoires de santé. Cette action sera conduite en partenariat étroit avec la Société française de télémédecine (SFT) et dans le cadre d'un dialogue permanent avec les représentants des usagers et l'ensemble des acteurs de l'offre de soins. De ce point de vue, l'article 47 du PLFSS pour 2017 constitue une première avancée avec le portage sur une échelle nationale des expérimentations de développement de la télémédecine précédemment circonscrites à quelques régions. Pour autant, cette disposition n'induit, en l'état, qu'une ouverture restreinte vers un financement à l'activité. Les discussions – en cours – au Parlement permettront peut-être d'assouplir cette disposition. Ce serait bien sûr éminemment souhaitable : à défaut, les acteurs hospitaliers se verraient contraints de finaliser les projets médicaux partagés des nouveaux groupements hospitaliers de territoire sans aucune visibilité quant à la possibilité de s'appuyer sur une possibilité de déploiement large de la télémédecine au service de la structuration des filières de soins.

Un argument complémentaire peut être mobilisé pour justifier un déverrouillage rapide du modèle économique de la télémédecine : celui de l'équité sociale. En effet, la période actuelle est marquée par une efflorescence toujours plus rapide de sites Internet commerciaux développant des prestations de téléconseil médical.

Faute d'ouverture de la télémédecine à une prise en charge adaptée et pérenne par la Sécurité sociale, le risque est grand de voir s'élargir une « fracture sociale du numérique en santé » entre des ménages aisés pouvant payer pour accéder au numérique en santé et des ménages aux ressources plus modestes qui se retrouvent ainsi privés de l'accès à la télémédecine. Compte tenu des gains majeurs pour la qualité de la prise en charge des patients identifiés plus haut, une telle fracture induirait un vrai danger éthique en termes de droits des patients. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 15

Déverrouiller, sur la base d'un modèle de financement à l'activité, le modèle économique des activités de télémédecine, téléconsultation, télé-expertise pour stimuler les dynamiques de recompositions de l'offre de soins dans le cadre des nouveaux territoires de santé.

— 1.4.5. L'innovation par l'accueil des patients étrangers et le développement à l'export

Les potentialités très significatives offertes par le développement de l'accueil des patients étrangers disposant d'une couverture de leurs frais de santé et par le développement à l'export de l'excellence française en santé ont fait l'objet de nombreux travaux et débats.

> Des premières avancées sont intervenues sur la période récente

- sur le plan politique, d'abord, l'encouragement donné aux établissements de santé de se développer à l'international a été clairement porté par les Ministres chargés de la Santé et des Affaires étrangères;
- d'un point de vue législatif, ensuite, deux évolutions notables sont à relever sur la séquence 2011-2015 :
 - la LFSS pour 2012 a autorisé les établissements de santé à pratiquer des facturations « sur devis » pour les patients étrangers ;
 - l'article 177 de la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques dite « loi MACRON » a introduit un régime juridique permettant la création de filiales des CHU pour le développement à l'export.

De leur côté, les acteurs de soins – publics et privés – se sont efforcés de renforcer leur dialogue pour mieux structurer leurs actions et tenter de répondre à la faiblesse pratique – souvent constatée... – d'initiatives françaises trop fragmentées sur le terrain du développement international. Des premiers supports de communication, associant l'ensemble des fédérations hospitalières, ont, ainsi, été élaborés. Les CHU ont également structuré leurs dispositifs d'accueil des patients étrangers. Un dialogue a pu être établi pour que ne soient structurées que deux filiales de développement à l'export : une pour l'AP-HP et une pour l'ensemble des autres CHU ; ce dispositif étant une condition d'efficacité dans la coordination de nos réponses hospitalo-universitaires à l'export.

Ces évolutions positives restent, pour autant, encore trop timides et surtout insuffisamment encouragées. L'objectif de création d'une filiale commune des CHU n'a pas encore été pleinement partagé et soutenu par les pouvoirs publics. Les acteurs hospitaliers ne sont, en outre, pas concrètement incités à se développer à l'international et cet objectif ne fait l'objet d'aucun élément de contractualisation ou d'évaluation aux plans collectif et individuel. Un signal très parlant de cet écart entre les discours et la pratique est l'absence de valorisation effective des parcours d'acteurs hospitaliers faisant le choix, pendant une période de leur vie professionnelle, de s'engager sur des missions de développement à l'international. De même, les moyens – limités – dont dispose le ministère chargé de la santé pour soutenir les actions de développement international ont trop souvent servi de variable d'ajustement budgétaire.

Il apparaît donc plus que jamais nécessaire de proposer et mettre en œuvre dans les meilleurs délais un cadre opérationnel aux professionnels hospitaliers et aux acteurs économiques permettant de structurer la veille sur les opportunités de développement international et de renforcer l'efficacité de la réponse française dans la conquête de ces marchés.

Un des enjeux clés pour y parvenir réside dans notre capacité collective à assumer une dose de prise de risque initiale sur des marchés hospitaliers internationaux en émergence. Les pays développés qui ont réussi à l'export en santé ont su apporter des réponses pragmatiques sur ce point. À cet égard, il est clair que la situation française actuelle – qui revient à faire peser sur les établissements de santé eux-mêmes une partie significative de ce risque – n'est pas satisfaisante. Il nous apparaît donc nécessaire d'élargir et simplifier les dispositifs de fonds de soutien au développement à l'export en santé. Les actions d'ores et déjà lancées par l'Agence française de développement (AFD) constituent, à cet égard, un premier levier opérationnel utile.

La FHF est prête à s'engager encore davantage dans cette direction en participant à la mise en œuvre de ce dispositif d'appui au financement des études de prospection initiale, à la construction de réponses françaises coordonnées aux appels d'offres internationaux ainsi qu'à l'identification et à la formation des profils hospitaliers projetables sur les terrains internationaux une fois les marchés gagnés.

Les moyens publics qui auraient à être injectés dans ce dispositif ne sont pas considérables au regard du potentiel de soutien à la croissance de notre pays et à son rayonnement. Un apport initial de 20 M€ permettrait, à cet égard, d'enclencher concrètement le mouvement. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 16

Créer un fonds de soutien aux projets de développement à l'export des établissements de santé. Ce fonds, qui bénéficierait d'un apport de financement public initial de l'ordre de 20 M€, serait géré par l'AFD et mettrait en œuvre un dispositif de gouvernance associant les représentants de l'ensemble des fédérations hospitalières.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 17

Valoriser concrètement les parcours des professionnels hospitaliers faisant le choix de s'engager dans le cadre de projets intégrés à cette nouvelle stratégie de développement à l'international de notre système de santé. Ce choix ne doit plus – comme c'est encore trop souvent le cas – être pénalisé mais, au contraire, être encouragé comme une étape utile d'ouverture et de mobilité dans un parcours professionnel.

— 1.4.6. Le soutien à l'innovation en matière de prise en charge des personnes âgées et handicapées

La FHF considère que l'orientation de plus en plus forte du discours public sur le soutien au développement de l'innovation en santé doit aussi prioritairement concerner les domaines de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'innovation passe par le développement d'une offre d'hébergement et de service diversifiée en adéquation

avec les besoins des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge. Aussi l'accent doit-il être mis sur l'extension des modes de prise en charge spécifique existant : PASA, UHR, accueil de jour. Le développement de nouveaux modèles doit également être encouragé par des financements spécifiques : unités spécialisées dans la fin de vie, unités de soins prolongées complexes, etc.

Cette diversification de l'offre doit pouvoir concerner tout autant les personnes en situation de handicap qui, de par la diversité de leurs pathologies, demandent des prises en charge particulièrement individualisées. Aussi, les établissements ne doivent-ils pas tant être différenciés par leur mode de financement (MAS-FAM) que par l'offre de service qu'ils proposent. Une réflexion sur le besoin des catégories populationnelles accueillies doit être menée. Les personnes handicapées vieillissantes, les personnes âgées sujettes à des troubles psychiatriques, de nombreuses populations au carrefour de différents modèles de prise en charge doivent être mieux prises en compte. Un accompagnement de qualité passe également par la reconnaissance des spécificités de certains besoins de prise en charge et par la spécialisation des établissements et services (financements dédiés, personnels formés spécifiquement à des modalités précises de prise en charge, établissement dédié aux troubles autistiques, au polyhandicap, etc.).

Cette spécialisation ne doit pas induire un retrait sur elle-même de la structure mais au contraire favoriser la mise en place de partenariats entre équipes sanitaires et médicosociales sur un territoire donné. L'intervention des équipes mobiles d'un territoire (HAD, équipe soins palliatifs, psychiatrie, etc.) doit être facilitée pour décroiser les établissements et permettre le meilleur accompagnement possible.

Pour décroiser, certaines barrières doivent tomber, aujourd'hui une personne de moins de 60 ans souffrant d'une maladie neurodégénérative aura peu de chances d'entrer dans un EHPAD car son degré de perte d'autonomie ne sera pas pris lors de la coupe et donc dans le calcul de la dotation globale. La FHF prône donc la mise en place d'un instrument multidimensionnel commun pour évaluer la perte d'autonomie quelle qu'en soit l'origine (naissance, maladie, accident, avancée en âge) scientifiquement validé. Cet outil pourrait permettre de répondre aux limites identifiées des grilles AGGIR et GEVA tout en permettant aux établissements de disposer d'un même référentiel et de faciliter ainsi des logiques de parcours.

La diversification de l'offre et la facilitation de son accessibilité passent aussi pour la FHF par la fin de la barrière d'âge entre prestations spécifiquement destinées aux personnes âgées (APA) et prestations destinées aux personnes handicapées (AAH).

Ces déverrouillages de nature à faciliter l'émergence de solutions innovantes de maintien en autonomie pourraient, dans un premier temps, être expérimentés dans une dizaine de territoires de santé pilotes. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 18

Soutenir l'innovation dans la construction des parcours de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en développant une offre d'hébergement et de service diversifiée en adéquation avec les besoins des personnes en perte d'autonomie quel que soit leur âge et en expérimentant, dans 10 territoires de santé pilotes, la mise en place d'un instrument multidimensionnel commun pour évaluer la perte d'autonomie et la fin de la barrière d'âge entre prestations spécifiquement destinées aux personnes âgées (APA) et prestations destinées aux personnes handicapées (AAH).

1.4.7. La nécessaire refondation du modèle de soutien financier à l'innovation

Dans la conduite des discussions avec les autorités nationales, la FHF a constamment défendu une vision forte et ambitieuse de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation visant à l'excellence. La recherche hospitalière doit être encouragée tout à la fois à tendre vers le plus haut niveau de reconnaissance internationale et à inciter à une diffusion de l'effort de recherche au niveau national dans le cadre des nouveaux territoires de santé. Il

ne serait pas compréhensible, à cet égard, que s'établisse dans la durée une discordance négative entre les indicateurs de résultats obtenus grâce au travail des équipes et les financements obtenus pour les établissements. Cette discordance est pourtant le constat qu'il faut trop souvent faire aujourd'hui. Le modèle MERRI apparaît, à cet égard, à bout de souffle.



Les limites du modèle MERRI

L'exemple de l'assèchement de la part modulable

> Le financement consacré aux MERRI est de 3,1 Md€ en 2015, ce qui, à périmètre constant, représente une absence d'évolution par rapport à 2014.

Pour mémoire, la part fixe qui était de 644 M€ a été transférée progressivement à partir de 2012 vers la part modulable (1/5 par an). Elle n'existe plus en 2016 ;

> 50% des financements MERRI sont aujourd'hui sur la part modulable qui est déléguée selon des indicateurs (publications scientifiques à 60% ; Enseignement à 25% : Essais cliniques à 5,5% ; Inclusions dans les essais cliniques promus par les établissements à 5,5% et au titre des centres investigateurs à 4%). Le seuil d'entrée dans la part modulable est à 250 000 €.

Cette part modulable a considérablement baissé en 2015 (- 5%) : 67 M€ ont été transférés dans la masse tarifaire de l'activité MCO et 13 M€ ont été retirés dans le cadre du plan triennal d'économies ;

> parallèlement le nombre d'établissements de santé bénéficiant de cette part modulable ne cesse d'augmenter : 79 en 2011, 86 en 2012, 96 en 2013, 102 en 2014, 105 en 2015 et 114 en 2016 ;

> elle est à 88% pour les établissements publics (84% CHU)

Il apparaît donc absolument prioritaire de promouvoir une nouvelle vision du financement des projets dans les domaines de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation en santé pour permettre tout à la fois de promouvoir l'excellence hospitalo-universitaire et d'encourager la participation d'autres acteurs de l'hospitalisation publique et plus largement du système de santé à ces projets.

La FHF défendra donc auprès des pouvoirs publics une vision tendant à élargir les financements dévolus au soutien à ces missions majeures en mobilisant davantage le programme d'investissements d'avenir en direction de l'innovation hospitalière ou encore en renforçant la capacité collective du système de santé français à bénéficier du soutien des financements européens orientés vers l'innovation.

Du point de vue de la gestion interne des établissements, la FHF propose, par ailleurs, que les postes liés à des activités de recherche et bénéficiant de financements fléchés – par exemple dans le cadre d'essais cliniques – puissent être sortis des normes appliquées à l'évolution de la masse salariale hospitalière. Ces postes sont financés et potentiellement créateurs de valeur ajoutée économique pour notre pays ; les mettre sous un plafonnement de masse salariale indistinct relève donc d'un court-termisme régulateur absurde. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 19

Défendre une vision tendant à élargir les financements dévolus au soutien aux missions d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé en mobilisant davantage le programme d'investissements d'avenir en direction de l'innovation hospitalière ou encore en renforçant la capacité collective du système de santé français à bénéficier du soutien des financements européens orientés vers l'innovation.

Du point de vue de la gestion interne des établissements, les postes liés à des activités de recherche et d'innovation et bénéficiant de financements fléchés – par exemple dans le cadre d'essais cliniques – doivent pouvoir être sortis des normes de plafonnement appliquées à l'évolution de la masse salariale hospitalière.

1.5. Une exigence d'attractivité des métiers pour celles et ceux qui font le choix du service public hospitalier

Le choix du service public hospitalier est un choix d'exigence pour les professionnels et, au quotidien, pour leurs proches.

Ce choix professionnel qui est aussi un choix de vie doit pouvoir être résolument soutenu. Les établissements du service public hospitalier sont déjà confrontés fréquemment sur le terrain à une problématique d'attractivité des métiers qu'ils proposent.

Si des orientations fortes ne sont pas prises au cours du quinquennat à venir pour soutenir cette attractivité, ces problématiques deviendront majeures et compromettront lourdement la capacité du service public hospitalier à continuer à remplir les missions que la République lui assigne.

D'un point de vue plus global, le service public hospitalier demeure encore caractérisé par **la très grande faiblesse pratique des démarches de gestion prévisionnelle des**

emplois et des compétences. Ces démarches devraient, au contraire, constituer une priorité essentielle dans un contexte de transformations profondes des métiers sous l'effet, en particulier, des révolutions de la territorialité et de la digitalisation en santé.

Des propositions intéressantes ont d'ores et déjà été portées, à cet égard, par les conférences de présidents de CME sur la GPEC médicale dans le cadre des nouveaux groupements.

Il conviendra, par ailleurs, d'aborder résolument la question de l'anticipation et de la mise en adéquation des perspectives de formations au sein des instituts d'études en santé avec les besoins des établissements employeurs dans le cadre de schémas prévisionnels à cinq et 10 ans. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 20

Généraliser les démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et porter la réflexion sur l'évolution des métiers du service public hospitalier – en particulier sous l'effet des révolutions de la territorialité et du numérique en santé – au niveau d'une priorité stratégique pour l'avenir de notre système de santé.

LA PREMIÈRE CONDITION DE L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS, C'EST D'ABORD D'ASSURER LA SÉCURITÉ DES PROFESSIONNELS DANS LEUR EXERCICE À L'HÔPITAL

La FHF s'est très fortement positionnée pour soutenir les actions de sécurisation des établissements de santé. Le récent rapport de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) a montré que les violences et incivilités touchant les professionnels de santé étaient malheureusement une réalité croissante au quotidien : selon les données de cet observatoire, une personne est victime de violence toutes les 30 minutes en établissement de santé en 2015, chiffre en hausse par rapport à l'année 2014. Dans ce contexte, nous devons réaffirmer avec la plus grande fermeté le caractère inacceptable de ces actes et le devoir de protection de la République envers les professionnels qui œuvrent au service des patients.

Ce devoir s'exprime dans le déploiement de protocoles opérationnels hôpital-police-justice qui ont fait la démonstration de leur efficacité sur le terrain. Ces protocoles doivent pouvoir désormais être généralisés.

C'est également la raison pour laquelle la FHF a demandé, au mois d'août dernier, la création d'un fonds d'aide à la sécurisation des établissements. Le recensement des besoins opéré auprès des établissements a conduit à une estimation globale supérieure à 100 M€ du coût des mesures de sécurisation à compenser pour les établissements (renforcement de la sécurité des accès, déploiement de la vidéoprotection, consolidation des équipes de sécurité, etc.). L'annonce par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, début octobre 2016, de la création d'un fonds d'aide doté au global de 75 M€ constitue une première réponse aux demandes de la FHF. Pour autant, son volume reste

inférieur aux besoins et, surtout, son rythme de déblocage (25 M€ par an en l'état) devrait être accéléré pour donner plus de réactivité aux établissements pour se préparer et mieux prévenir les risques. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 21

La FHF continue d'appeler à un renforcement des mesures de protection des professionnels et de sécurisation des établissements. Les faits de violence et d'incivilité en direction des professionnels sont inacceptables et il est impératif d'y répondre avec la plus grande fermeté. Dans cette perspective, les protocoles hôpital-police-justice qui ont montré leur efficacité sur le terrain doivent pouvoir être généralisés. Par ailleurs, le Fonds d'aide à la sécurisation des établissements, institué suite à une demande de la FHF, doit voir son montant réévalué pour répondre aux besoins et surtout autoriser un mécanisme de déblocage plus rapide des financements pour donner plus de réactivité aux établissements pour se préparer et mieux prévenir les risques.

ENGAGER UN PLAN D'ACTION NATIONAL SUR LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

Si est riche, dense, passionnant, l'exercice professionnel au sein des établissements du service public hospitalier – les hôpitaux publics et les établissements sociaux et médico-sociaux publics – est incontestablement exigeant. La difficulté de l'exercice professionnel hospitalier est une réalité. Nous la constatons chaque jour sur le terrain. Certains médias évoquent cette réalité à travers le prisme de situations individuelles dramatiques en se faisant l'écho de suicides de professionnels. Face à ces drames humains, notre devoir collectif est d'en tirer tous les enseignements dans les établissements, d'analyser les causes très souvent plurielles, mais également d'éviter toute généralisation ou systématisation trop rapides. Pour autant, il est temps de positionner, au niveau national, l'enjeu de la qualité de vie au travail des professionnels comme une priorité.

Le premier baromètre des enjeux RH FHF-OBEA – dont les résultats ont été présentés début octobre 2016 – a permis de mettre en avant une réelle implication de l'encadrement dirigeant des structures sanitaires et médico-sociales en faveur de la prévention des risques professionnels. Ainsi, 84% des sondés ont, par exemple, mis en place des plans de prévention des risques psychosociaux (RPS). Cependant, seule une minorité d'entre eux juge que ces actions ont été, à ce stade, suivies d'effets bénéfiques pour les personnels hospitaliers.

Par ailleurs, les risques psychosociaux ne représentent qu'un segment au sein de l'ensemble plus large des risques professionnels. Ainsi, l'action de l'encadrement en matière de

prévention du risque cancérigène, mutagène, reprotoxique (CMR) doit également être soutenue et accompagnée.

Ces multiples constats plaident en faveur du lancement d'un plan national sur la santé au travail à l'hôpital. La FHF a constaté avec satisfaction que le ministère des Affaires sociales et de la Santé souhaite s'engager dans cette direction au travers de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. La fédération sera très attentive à la concrétisation de cette démarche qui devra faire l'objet d'un accompagnement méthodologique et financier fort au profit des établissements, et aller au-delà en promouvant les démarches de QVT fondées sur l'analyse de l'organisation du travail. Les projets ne pourront être déployés sereinement que s'ils font sens pour les professionnels. Il est donc indispensable que les réorganisations ne soient pas imposées mais réfléchies avec les équipes dans un esprit de co-construction et de dialogue. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 22

Engager et mettre en œuvre un plan national Santé au travail et aller au-delà en promouvant les démarches de qualité de vie au travail.

PORTER UNE VISION DE L'ORGANISATION DES TEMPS DE TRAVAIL PENSÉE AVEC LES PROFESSIONNELS ET ADAPTÉE AUX BESOINS DES PATIENTS

Si la mise en place des 35 heures à l'hôpital est incontestablement à l'origine de difficultés organisationnelles et financières, dont les hôpitaux peinent à se remettre, il apparaît illusoire, plus de 10 ans après, de vouloir normer encore plus et de traiter la question du temps de travail isolément. L'enjeu est aujourd'hui de donner les moyens aux hôpitaux de mettre en place des organisations de travail pensées avec les professionnels et adaptées aux besoins des patients.

L'hôpital public se doit d'être attractif et d'offrir aux professionnels un environnement de travail stimulant. L'amélioration des conditions de travail doit s'inscrire dans une politique globale, qui passe par une révision des organisations pensées autour du soin et veillant à l'articulation de tous les temps médico-soignants : il s'agit de définir les prestations de soins à réaliser, les organisations requises et ensuite organiser les temps de travail nécessaires. Si le meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle des

professionnels est un objectif fondamental, l'organisation hospitalière est avant tout une organisation collective qu'il ne faut pas rigidifier par la sanctuarisation de nouveaux droits individuels.

Aussi les accords nationaux relatifs au temps de travail médical comme les réformes à mener concernant la réglementation du temps de travail des personnels non médicaux ne doivent pas être appréhendés de façon catégorielle ou pointilliste, mais porter l'ambition de répondre au mieux aux besoins de l'hôpital public et ainsi aux aspirations de ses professionnels.

Il s'agit donc, concernant la réglementation relative au temps de travail non médical, de mettre en œuvre sans délai les recommandations du rapport LAURENT visant une plus grande lisibilité, une plus grande équité entre fonctions publiques mais également entre secteurs d'activité et une plus grande efficacité du système.

Concernant le personnel médical, il ne doit pas y avoir de confusion entre la transposition de la directive du temps de travail et la définition de normes nationales allant au-delà des attentes communautaires. Il ne faut plus attiser les tensions entre les professionnels attachés à des organisations collectives de travail, mais s'engager au respect des 48 heures hebdomadaires et du repos de sécurité, veiller à l'équité des modalités de gestion du temps entre catégories de médecins et définir des modalités souples, fondées sur l'autonomie et la confiance. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 23

Donner les moyens aux hôpitaux de mettre en place des organisations du temps de travail pensées avec les professionnels et adaptées aux besoins des patients. Il s'agit donc, concernant la réglementation relative au temps de travail non médical, de mettre en œuvre sans délai les recommandations du rapport LAURENT visant une plus grande lisibilité, une plus grande équité entre fonctions publiques mais également entre secteurs d'activité et une plus grande efficacité du système. Concernant le personnel médical, il ne doit pas y avoir de confusion entre la transposition de la directive du temps de travail et la définition de normes nationales allant au-delà des attentes communautaires. Il ne faut plus attiser les tensions entre les professionnels attachés à des organisations collectives de travail, mais s'engager au respect des 48 heures hebdomadaires et du repos de sécurité, veiller à l'équité des modalités de gestion du temps entre catégories de médecins et définir des modalités souples, fondées sur l'autonomie et la confiance.

SOUTENIR RÉSOLUMENT L'ATTRACTIVITÉ DE L'EXERCICE MÉDICAL HOSPITALIER

La FHF considère que la réponse au défi du soutien à l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public doit constituer le chantier prioritaire pour le quinquennat à venir. Les difficultés de recrutement et de fidélisation sont réelles. Ce constat se retrouve, par exemple, dans un taux de vacance statutaire des postes des praticiens hospitaliers : au 1^{er} janvier 2013, 24% en moyenne pour les temps pleins et 41% pour les temps partiels.

> Les travaux de la commission attractivité médicale de la FHF ont permis d'identifier plusieurs priorités d'action :

- conforter l'autonomie dans la gestion de projets ;
- réguler la formation et l'installation sur le territoire ;
- reconnaître les nouveaux métiers ;
- soutenir l'attractivité des carrières médicales.

La communauté médicale hospitalière est demanderesse d'une autonomie renforcée dans la gestion des projets médicaux et dans la gestion des équipes médicales. Par ailleurs, une réactivité accrue des structures hospitalières est souhaitée, notamment en termes d'achat de matériel de pointe, qui demeure un facteur d'attractivité de l'hôpital public. Les modalités de renouvellement et d'acquisition du matériel médical doivent être modernisées et simplifiées pour plus de réactivité. Pour y parvenir, la sensibilisation des médecins aux enjeux du management dans le cadre de la formation initiale puis de la formation tout au long de la vie doit pouvoir être encouragée.

L'hôpital doit, par ailleurs, se donner les moyens d'attirer les meilleurs professionnels en son sein. Cela signifie améliorer les conditions de travail des jeunes médecins (en leur offrant par exemple l'accès à l'action sociale des hôpitaux), donner de la visibilité sur leur carrière avec la création de véritables parcours professionnels évolutifs, de revaloriser leur rémunération en début de carrière et leur engagement.

Ces orientations ont trouvé un premier début de concrétisation avec l'annonce, début octobre 2016, par la ministre des Affaires sociales et de la Santé d'un plan de soutien à l'attractivité médicale hospitalière. Pour autant, ce plan ne doit être considéré que comme une première étape à élargir et à compléter par la publication – depuis longtemps attendue – du décret d'application relatif aux obligations de non-concurrence en cas d'évolution professionnelle dans le secteur privé.

Cette démarche ne fait l'objet, en l'état, d'aucun financement spécifique ce qui revient à faire porter sa charge sur les établissements eux-mêmes et ainsi, en pratique, accroître une injonction paradoxale entre un discours valorisant sur l'exercice professionnel hospitalier et une application pratique conduisant à encore accroître les efforts d'efficacité attendus des établissements. En outre, si le meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle des médecins est un objectif fondamental, le protocole dans sa rédaction actuelle risque de rigidifier encore les organisations en mettant d'abord l'accent sur des logiques individuelles, alors que l'organisation hospitalière est d'abord collective. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 24

Faire de la mise en œuvre dans la durée d'un plan global de soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier, fondé sur le renforcement du management médical et doté d'un financement dédié, une priorité du prochain quinquennat. Publier le décret d'application sur les obligations de non-concurrence en cas d'évolution professionnelle dans le secteur privé en laissant une marge d'interprétation territoriale sur ses modalités de mise en œuvre.

Cette mobilisation globale en soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier doit être prolongée par deux actions plus ciblées sur des spécialités et des territoires en crise de démographie médicale.

Un point de vigilance majeur doit, en effet, être soulevé s'agissant de certaines spécialités, en l'état, très peu attractives à l'hôpital public. À l'heure où, par exemple, 37% des postes de radiologues hospitaliers sont vacants, avec plus de 220 départs en retraite estimés d'ici 2020, les établissements publics ont besoin de pouvoir se battre à armes égales pour maintenir une offre publique d'imagerie.

> Dans ces spécialités confrontées à un risque d'attractivité majeur, se battre à armes égales, c'est :

- plafonner par la voie législative les écarts de rémunération entre le secteur privé à but lucratif et le service public hospitalier ;
- faire participer les professionnels libéraux à la permanence des soins. Dans le secteur de l'imagerie, aucune nouvelle autorisation d'équipement ne devrait pouvoir être donnée dans le secteur privé sans formalisation d'un engagement de participation des professionnels libéraux à la permanence des soins ;
- clarifier et moraliser les conditions de recours à l'intérim en définissant des honoraires *maxima* applicables et en mettant en place un dispositif d'intérim parapublic à honoraires modérés (la participation à ce dispositif de professionnels en début de carrière ou de jeunes retraités pourrait être encouragée, le cas échéant, par l'application d'un régime fiscal plus favorable pour les rémunérations en question). ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 25

Soutenir plus fortement les disciplines les plus en crise d'attractivité au sein du service public. Ce soutien pourra impliquer un plafonnement législatif des rémunérations dans le secteur privé, une obligation de participation des professionnels libéraux à la permanence des soins, ainsi qu'une clarification et une moralisation des conditions de recours à l'intérim notamment par la création d'un opérateur d'intérim parapublic à honoraires maîtrisés.

Sur un plan géographique, il convient également de prendre en compte des situations particulièrement aiguës de crise de démographie médicale dans certains territoires. Ces situations se retrouvent dans certains territoires de l'Hexagone mais aussi outre-mer. Elles appellent des réponses fortes et adaptées mettant en jeu une mobilisation de la solidarité nationale aux côtés de ces territoires particulièrement exigeants pour l'exercice du service public hospitalier. C'est dans cette perspective que la FHF et les conférences de présidents de CME ont mené, fin août 2016, une mission thématique sur la question de l'exercice médical à Mayotte. Cette mission a donné lieu à la proposition d'un plan d'action présenté en annexe à la présente plateforme. Cette méthodologie d'intervention pourrait être déployée, avec le soutien des autorités nationales et régionales, pour d'autres territoires en crise aiguë de démographie médicale. ■

L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS NE POURRA ÊTRE ASSURÉE DANS LA DURÉE QUE PAR UNE ÉVOLUTION DE LA MÉTHODE DE DIALOGUE SOCIAL À L'HÔPITAL

La FHF croit profondément au dialogue social comme condition essentielle pour un accompagnement réussi à la conduite des changements profonds que connaît le service public hospitalier.

Pour autant, le dialogue social, tel qu'il est mené aujourd'hui dans les établissements, souffre encore à la fois d'un excès de formalisme et d'un manque d'autonomie qui ne permet pas d'adapter des décisions prises au niveau national à l'échelle locale ou d'innover. Il en ressort un dialogue social parfois appauvri à la fois dans la forme (multiplication des instances, périodicité importante de celles-ci) et dans le fond (faiblesse des marges de manœuvre laissées aux acteurs locaux pour innover à partir du terrain).

Ainsi, pour redonner du sens au dialogue social, il pourrait être proposé l'organisation, dès 2017, d'une conférence nationale sur la méthode de dialogue social dans le service public hospitalier afin d'ouvrir de nouveaux espaces d'autonomie au dialogue social au niveau territorial et au niveau des établissements pour aborder les thématiques prioritaires pour l'avenir de métiers en évolution significative dans le cadre de la nouvelle territorialité et de la révolution numérique. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 26

Mettre en place un dispositif national d'appui aux territoires confrontés aux situations les plus extrêmes en termes de pénurie médicale hospitalière. Ce dispositif global ferait l'objet d'une déclinaison adaptée à chacun des territoires concernés à l'issue d'une phase de diagnostic sur place associant la FHF et les conférences de présidents de CME.

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 27

Organiser, dès 2017, une conférence nationale sur la méthode de dialogue social dans le service public hospitalier afin d'ouvrir de nouveaux espaces d'autonomie pour le dialogue social au niveau territorial et au niveau des établissements pour aborder les thématiques prioritaires pour l'avenir de métiers en évolution significative dans le cadre de la nouvelle territorialité et de la révolution numérique.

RECONNAÎTRE LA VALEUR PROFESSIONNELLE DES PERSONNELS HOSPITALIERS AFIN DE SOUTENIR LEUR CHOIX D'ENGAGEMENT POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La reconnaissance de la valeur professionnelle des agents constitue un volet essentiel du management et un puissant levier d'accompagnement du changement. Or les managers hospitaliers ne disposent quasiment d'aucun outil pour reconnaître cette valeur professionnelle. Seuls 26% des professionnels interrogés dans le cadre du baromètre RH FHF-OBEA déclarent disposer des moyens pour reconnaître l'engagement de leurs collaborateurs, dont les leviers de reconnaissance relèvent de la formation, des entretiens annuels et de la participation institutionnelle.

> Cette situation n'est acceptable ni pour les personnels, qui attendent de voir leurs efforts récompensés, ni pour les managers qui ne disposent pas des outils pour répondre à cette demande. Aussi, pourraient être proposées :

- une réforme du système de notation. Si les établissements ont déployé depuis plusieurs années l'entretien annuel d'évaluation, celui-ci ne se substitue pas à la notation mentionnée par la loi de 1986. Or, la notation obéit à un barème le plus souvent lié à l'ancienneté et constitue encore le principal critère de répartition de la prime de service et d'avancement. Il conviendrait donc de déployer l'entretien professionnel dans la FPH pour mieux évaluer et valoriser les performances des agents.
- la création d'outils de valorisation de la performance collective et individuelle des agents, sur le modèle d'une prime de fonctions et de résultats sur le plan de la rémunération ou de réductions d'ancienneté sur le plan du déroulement de la carrière. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 28

Pour mieux reconnaître la valeur professionnelle des personnels hospitalier et soutenir leur choix d'engagement pour le service public hospitalier, il est nécessaire de passer du système de notation administrative à l'évaluation professionnelle. De même, il convient de favoriser le développement d'outils de valorisation de la performance collective et individuelle des professionnels.

DÉPLOYER UNE POLITIQUE ACTIVE DE PRÉVENTION DE L'ABSENTÉISME

La question de l'absentéisme dans la fonction publique hospitalière doit, tout d'abord, être mise en perspective. Le taux d'absentéisme pour motif médical et non médical atteint 3,4% pour le personnel médical et 8% pour le personnel non médical. Il s'agit d'un niveau équivalent toutes causes confondues avec le secteur de l'hospitalisation privée et inférieur à l'absentéisme constaté dans la fonction publique territoriale (8,4%). La probabilité d'avoir un arrêt dans l'année est plus faible dans la fonction publique hospitalière que dans la fonction publique d'état et la fonction publique territoriale (enquête Conditions de travail 2013).

Pour 20%, l'absentéisme est lié à la parentalité ce qui s'explique par la part élevée de personnel féminin (73%). Pour 30%, il s'agit d'absentéisme longue maladie/longue durée ou accident du travail/maladie professionnelle. Les autres 50% d'absentéisme concernent des motifs de maladie ordinaire et c'est sur cette part que peut reposer la marge de manœuvre des établissements pour soutenir le présentéisme.

De plus en plus, les établissements ont déployé des politiques de prévention, basées sur la formation des professionnels visant à favoriser la manutention des patients par

l'utilisation de dispositifs plus ergonomiques. En 2015, la FHF a conçu et déployé auprès de ses adhérents boîte à outils, le kit Phares, avec pour objectif de faire de la prévention de l'absentéisme le levier.

Ces dispositifs de prévention, pour être efficaces, doivent être complétés de possibilités d'un soutien des pouvoirs publics par une évolution de la réglementation. De ce point de vue, la FHF rappelle sa demande insistante de revenir sur la suppression du jour de carence. La mise en œuvre du jour de carence avait, en effet, permis l'équivalent de 90 M€ d'économies en termes d'absentéisme évité.

La FHF souligne également le besoin de simplification réglementaire pour favoriser la reprise du travail après une maladie. Aujourd'hui, il est nécessaire d'attendre l'avis du comité médical départemental pour qu'un professionnel puisse reprendre le travail après un arrêt de plus de six mois, une maladie de longue durée ou une longue maladie. Or, ces comités étant dans certains départements débordés, les délais d'examen des situations individuelles sont extrêmement longs, ce qui retarde d'autant la reprise du travail, même lorsque l'agent, son médecin et le médecin

du travail y sont favorables. Il est donc urgent de revoir ce mécanisme qui augmente mécaniquement les durées d'absence alors même que les agents sont aptes au travail et souhaitent reprendre. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 29

Encourager les établissements à déployer des politiques actives de prévention de l'absentéisme. Ces initiatives de terrain doivent pouvoir être accompagnées par les pouvoirs publics à travers le rétablissement du jour de carence et la mise en œuvre d'une démarche de simplification réglementaire pour favoriser la reprise du travail après une maladie.

FAIRE ÉVOLUER LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE POUR LES PROFESSIONNELS HOSPITALIERS POUR EN FAIRE UN VÉRITABLE LEVIER D'ATTRACTIVITÉ

La loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique a introduit l'article 22 bis au sein du titre 1 du statut général des fonctionnaires, qui dispose :

« I. - Les personnes publiques mentionnées à l'article 2 peuvent contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent.

II. - La participation des personnes publiques est réservée aux contrats ou règlements **garantissant la mise en œuvre de dispositifs de solidarité** entre les bénéficiaires, actifs et retraités.

III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées **par décrets en Conseil d'État.** »

Le décret du 19 septembre 2007 et le décret du 8 novembre 2011 définissent pour la fonction publique d'État et la

fonction publique territoriale les types de risques ouvrant droit à la participation ainsi que les personnels bénéficiaires du dispositif d'aide.

Les fonctionnaires hospitaliers bénéficient, quant à eux, du dispositif de soins gratuits (article 44 du statut de la fonction publique hospitalière) et de la prestation maladie du CGOS. Or, presque 10 ans après la loi de 2007, aucun décret d'application n'a été publié pour la fonction publique hospitalière.

Pour la FHF, il est désormais nécessaire de définir rapidement un dispositif garantissant la couverture sociale des professionnels hospitaliers, voire permettant de l'améliorer comparativement aux offres du secteur privé tout en tenant compte des moyens budgétaires limités des établissements publics sanitaires et médico-sociaux.

> Il s'agit d'offrir une couverture sociale complémentaire veillant au respect des exigences de solidarité, c'est-à-dire :

- facilitant l'entrée des jeunes dans un dispositif de protection sociale complémentaire ;
- limitant les écarts tarifaires liés à l'âge ;
- et offrant un niveau élevé de garanties pour le risque long.

Des formules innovantes de gestion de cette protection sociale complémentaire pourront être examinées comme celle de la création d'un institut de prévoyance intégrant un principe de gestion paritaire avec les partenaires sociaux. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 30

Définir rapidement un dispositif garantissant la couverture sociale des professionnels hospitaliers, voire permettant de l'améliorer comparativement aux offres du secteur privé tout en tenant compte des moyens budgétaires limités des établissements publics sanitaires et médico-sociaux. Il s'agit d'offrir une couverture sociale complémentaire veillant au respect des exigences de solidarité, c'est-à-dire facilitant l'entrée des jeunes dans un dispositif de protection sociale complémentaire, limitant les écarts tarifaires liés à l'âge et offrant un niveau élevé de garanties pour le risque long.

En outre, l'ouverture des œuvres sociales hospitalières aux professionnels médicaux représente un enjeu significatif d'attractivité. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 31

Faire de l'ouverture des œuvres sociales aux personnels médicaux un enjeu national à financer par les pouvoirs publics dans le cadre des mesures de soutien à l'attractivité de l'exercice médical hospitalier.



L'ouverture des œuvres sociales aux personnels médicaux : un enjeu d'attractivité

Le CGOS a lancé un questionnaire diffusé par les présidents de CME aux médecins hospitaliers entre le 13/04 et le 13/05/2016 pour connaître leur demande en matière d'action sociale. Les résultats (exploitation de 1 400 réponses) ont été présentés lors d'un symposium pendant Hôpital Expo le 24 mai dernier.

> Les principales attentes portent sur le secteur des loisirs/culture (24%), des vacances (24%), le sport (12%). Les aides sociales ne sont citées que pour moins de 10% : aide aux gardes d'enfant (10%), aides domestiques-aide à la personne (8%), prestation famille naissance-adoption (7%), aide à l'éducation et scolarité des enfants (5%), aides au logement (3%).

> 76% des répondants considèrent que l'accès aux prestations du CGOS a un impact certain sur l'attractivité et la fidélisation des médecins à l'hôpital et 56% souhaiteraient bénéficier d'actions spécifiques. Le coût de l'ouverture des œuvres sociales aux personnels médicaux a été évalué à 23 M€ en année pleine pour les CHU.

VALORISER LE RÔLE DE L'ENCADREMENT

Fortement mobilisés au quotidien près de leurs équipes, investis pour améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients, acteurs clés des changements organisationnels majeurs qui sortent l'hôpital de ses murs pour l'inscrire dans des parcours coordonnés et personnalisés de soins et de services, les cadres hospitaliers n'ont pas bénéficié ces dernières années des évolutions attendues et notamment dans deux domaines, leur formation et leur positionnement dans le management de l'hôpital.

> Formation : investir dans la formation au management des pôles

Si la formation initiale des cadres de santé a connu une première harmonisation pour les paramédicaux par le décret de 1995 et s'est enrichie de partenariats universitaires autorisés par ce même texte, l'ingénierie d'ensemble de cette formation n'a pas évolué depuis cette date pas plus que la généralisation harmonisée des liens universitaires de cette formation.

Et, par ailleurs, avec la nouvelle gouvernance dès 2005 et la loi HPST, la mise en place des pôles a conduit au positionnement de cadres de santé, le plus souvent cadres supérieurs de santé comme cadres de pôle avec des responsabilités larges sur des équipes nombreuses ; elle a aussi amené en responsabilités managériales des médecins chefs de pôle ainsi que des cadres administratifs de pôles.

> Trois questions majeures sont posées aujourd'hui à la formation des cadres hospitaliers :

- comment faire de la formation de cadre de santé un atout pour une mobilité réussie dans le système de santé et au-delà ?
- comment renforcer la formation des cadres supérieurs pour leur donner tous les atouts pour réussir notamment dans leurs responsabilités de cadres supérieurs de pôle ?
- comment, dans le domaine de la formation, sortir du cloisonnement entre différents encadrants qu'ils soient de filière soins, médicale, administrative, sociale, technique et logistique, notamment pour les préparer à assumer ensemble le management hospitalier ?

La FHF rappelle son attachement à la mise en œuvre des propositions sur la formation des cadres formulées dans le cadre de la mission portée par Chantal DE SINGLY. Nous proposons, en outre, d'investir fortement dans la formation au management par les pôles en permettant à chaque établissement d'organiser une formation managériale pour

les cadres supérieurs de santé de pôle, pour les cadres administratifs et pour les médecins chefs de pôle, qui aujourd'hui ne bénéficient pas systématiquement de formations spécifiques alors qu'ils encadrent des équipes nombreuses réunies au sein des pôles.

Les regroupements des régions ainsi que la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire constituent des opportunités d'instiller une nouvelle culture plus ambitieuse sur le registre des coopérations interprofessionnelles et intercatégorielles en matière managériale. Les universités devraient être des partenaires incontournables d'instituts régionaux pour développer le management des pôles avec l'objectif de viser des reconnaissances de niveaux masters professionnels/MBA en santé.

> Renforcer la participation des cadres au management des établissements

Les cadres restent, à ce stade, formellement peu représentés dans les instances de gouvernance et de management des hôpitaux : ils peuvent être présents via leurs syndicats dans les CTE, dans la commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques en ce qui concerne les cadres de santé. Les tentatives de créer un collège cadre dans les instances hospitalières n'ont, à ce stade, pas abouti.

Dans cette situation et dans le contexte du déploiement de la nouvelle territorialité en santé qui va notamment entraîner la constitution de pôles interétablissements, il convient, dès à présent, de renforcer les dispositifs de participation de l'encadrement au management des hôpitaux. Nous proposons que puisse être organisée, sur une base annuelle, à l'échelle de chaque groupement, une « conférence des pôles » réunissant les trios de pôle et le conseil stratégique afin de faciliter l'émergence d'un maillage qui allie qualité/sécurité des soins pour les personnes soignées, et qualité de vie au travail pour les professionnels. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 32

Valoriser le rôle de l'encadrement en investissant dans sa formation et en renforçant les dispositifs lui permettant de participer au management des établissements dans le cadre du déploiement de la nouvelle territorialité en santé.

2

LA RÉPUBLIQUE, UNE EXIGENCE POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

DANS UN CONTEXTE NATIONAL PARTICULIÈREMENT DIFFICILE DANS LEQUEL NOMBRE DE REPÈRES SOCIÉTAUX SONT QUESTIONNÉS, LA RÉPUBLIQUE ET SES PRINCIPES CONSTITUENT, PLUS QUE JAMAIS, UNE EXIGENCE FONDAMENTALE POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

> Permanente, cette exigence se retranscrit, dans ses modalités, dans une logique d'adaptation continue pouvant se décliner autour de cinq lignes directrices :

- l'exigence d'incarnation des valeurs républicaines par les établissements du service public hospitalier ;
- l'exigence de la qualité et de la sécurité des soins pour tous ;
- l'exigence de l'autonomie des personnes ;
- l'exigence d'efficacité et de contribution au développement durable ;
- l'exigence de participation à la construction effective des parcours de prise en charge des patients en mettant en œuvre la stratégie de groupe dans un esprit d'ouverture.

2.1. L'exigence d'incarnation des valeurs républicaines par les établissements du service public hospitalier

Dans une période troublée, les établissements du service public hospitalier continuent à représenter, au quotidien, un lieu essentiel d'incarnation des valeurs républicaines. L'effectivité de la mise en œuvre de ces valeurs n'est, cependant, pas un acquis mais un impératif de chaque jour qui appelle la mobilisation de tous.

CONTINUER À VEILLER AU RESPECT DU PRINCIPE DE LAÏCITÉ AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS

La FHF s'est positionnée très en amont dans ce débat et la commission de la FHF sur la laïcité, présidée par Nicolas BRUN, a présenté, en 2015, des propositions fortes et réalistes.

Expliquer, promouvoir et faire respecter le principe de laïcité constitue une réalité permanente dans les établissements du service public hospitalier. Accueillir et soigner sans discrimination et dans le respect des convictions des usagers,

en tant que celles-ci sont compatibles avec les grands principes du service public, sont des valeurs centrales pour les professionnels de santé. Les établissements continuent de rencontrer des difficultés dans cette voie : un tiers d'entre eux font remonter des situations problématiques avec des usagers et un cinquième avec des professionnels de l'établissement selon une enquête réalisée en partenariat avec l'Observatoire de la laïcité.



Les propositions de la commission de la FHF sur la laïcité

Dans ce rapport, les solutions suivantes étaient proposées :

- > renforcer la capacité des établissements à observer les situations, notamment en confiant, à cet égard, un rôle accru aux commissions des usagers ;
- > améliorer la communication vers les professionnels et les usagers ;

- > mieux former les acteurs du soin et de l'accueil, en particulier en partant de cas réels et fréquents, notamment la gestion de moments spécifiques de la vie (naissance, fin de vie) et certaines situations spécifiques (transfusion, césariennes, etc.) ;
- > promouvoir le partage de bonnes pratiques (gestion des lieux de recueillement, des relations avec les aumôniers, etc.).

Au regard des derniers développements du débat public sur ces questions, la FHF juge utile de rappeler la position prise sur la question du port des signes religieux ostensibles dans le cadre d'activités de stages s'inscrivant dans le cadre de cursus de formation à caractère universitaire. Sans intervenir directement sur la question du débat sur le port des signes religieux ostensibles dans les périmètres universitaires qui ne relève pas de son ressort, la fédération rappelle qu'une application stricte du principe d'interdiction de port de ces signes ostensibles doit être mise en œuvre au sein des établissements du service public hospitalier y compris pour des activités de stages s'inscrivant dans le cadre de cursus universitaires. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 33

Mettre en œuvre les orientations proposées par la commission de la FHF sur la laïcité dans les établissements du service public hospitalier.

POUR SUIVRE L'APPROFONDISSEMENT DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS

La loi de modernisation de notre système de santé a réaffirmé l'importance du développement d'une démocratie sanitaire dans notre pays, s'inscrivant ainsi dans la philosophie des lois de 2002.

Dans les faits, cette implication reste largement perfectible. Dans sa contribution établie pour la préparation de la présente plateforme, la commission des usagers de la FHF considère que « la mise en place des GHT en est un exemple puisque la démocratie participative n'a été que très rarement activée ». Il convient de rappeler, sur ce point, que cette commission de la FHF est également à l'origine de la proposition ayant conduit à prévoir la systématisation de la création d'une commission des usagers dans chaque groupement hospitalier de territoire.

Pour parvenir à « déverrouiller » la démocratie sanitaire, lui permettre de franchir une nouvelle étape, la commission des usagers de la FHF propose trois axes de propositions :

1/ Toute réforme touchant à l'organisation du système de santé doit faire l'objet d'une information des populations, afin que celles-ci puissent appréhender à la fois les enjeux que sous-tendent ces réformes, les missions des différents acteurs et structures et les impacts sur leur recours quotidien à l'offre de soins. Les établissements publics de santé doivent contribuer à cette information.

2/ Les établissements publics de santé doivent s'engager à renforcer les conditions d'exercice de la participation des usagers. La FHF, tant au niveau national qu'au niveau régional, et en collaboration avec sa commission des usagers et l'Institut pour la démocratie en santé (IPDS), s'engage à valoriser les bonnes pratiques en ce domaine¹. Les établissements du service public hospitalier doivent, en particulier, veiller à associer les patients ou leurs associations à la déclinaison des filières et des parcours et, par là même, en particulier à la définition des projets médicaux partagés dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire.

3/ La culture relative à la santé publique, au système de santé et à la démocratie sanitaire doit être, plus largement, intégrée dans le cadre d'un parcours éducatif à la santé prévu à la fois par la loi sur la refonte de l'école et celle de modernisation de notre système de santé.

Ce mouvement doit également passer par l'encouragement résolu des démarches d'ouverture de l'hôpital sur la cité avec, en particulier, le soutien aux actions facilitant l'exercice de la citoyenneté dans les établissements mais également visant à y renforcer l'accès à l'art et à la culture. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 34

Engager une nouvelle étape d'approfondissement de la démocratie sanitaire dans notre pays en :

- organisant une information des populations concernant toute réforme touchant à l'organisation du système de santé ;
- amenant les établissements du service public hospitalier à renforcer les conditions d'exercice de la participation des usagers, notamment dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. La FHF valorisera et diffusera les bonnes pratiques en ce domaine notamment en prenant une part active à la montée en charge de l'Institut pour la démocratie en santé ;
- intégrant la culture relative à la santé publique, au système de santé et à la démocratie dans le cadre d'un parcours éducatif à la santé.

Ce mouvement doit également passer par l'encouragement résolu des démarches d'ouverture de l'hôpital sur la cité avec, en particulier, le soutien aux actions facilitant l'exercice de la citoyenneté dans les établissements mais également visant à y renforcer l'accès à l'art et à la culture.

¹ - Il est à relever, sur ce point, que l'IPDS a engagé, en 2016, un programme pilote d'identification et d'accompagnement des bonnes pratiques de participation des usagers au sein des groupements hospitaliers de territoire.

RENFORCER LA RÉFLEXION ÉTHIQUE EN SANTÉ

Le renforcement du champ de la réflexion éthique en santé constitue un impératif essentiel pour l'avenir de notre système de soins. La FHF y a apporté une première contribution avec la structuration d'un « espace éthique » présidé par le Pr Régis AUBRY et qui a déjà eu l'occasion d'intervenir notamment sur le sujet des directives anticipées pour la fin de la vie. Il a choisi de faire de la réflexion sur le vieillissement et ses enjeux pour l'avenir de notre système de soins une thématique prioritaire de son cycle de travail. La contribution de l'espace éthique de la FHF pour l'élaboration de la présente plateforme est portée dans son intégralité en annexe.

Dans les régions, ce développement de la place laissée à la réflexion éthique doit aussi être souligné avec le déploiement progressif d'espaces éthiques régionaux. Pour autant, les moyens dévolus à l'éthique en santé apparaissent très insuffisants au regard de l'ampleur des enjeux en

cause. L'essor du numérique en santé, le poids croissant des contraintes économiques qui soulèvent des enjeux éthiques pour le management en santé sont autant de problématiques essentielles qui doivent pouvoir être débattues et réfléchies dans des cadres dotés de moyens adaptés. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 35

Poursuivre le mouvement de développement de la réflexion éthique en santé, en particulier en dotant les espaces éthiques régionaux de moyens adaptés pour accompagner des débats majeurs pour l'avenir de notre système de soins.

ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE : VERS L'ÉGALITÉ RÉELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES ET POUR UNE VALORISATION DE LA DIVERSITÉ DANS LES PARCOURS PROFESSIONNELS AU SEIN DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Dans la fonction publique, le statut et des règles strictes pour recruter et rémunérer les agents publics ont semblé longtemps une garantie suffisante contre le risque d'inégalité et d'arbitraire dans le déroulement des carrières. Cependant, certaines données mènent au constat que l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes n'est pas encore garantie dans la fonction publique hospitalière. Ainsi, au sein du personnel non médical à temps plein, les femmes sont moins bien rémunérées que les hommes en moyenne, quelle que soit la catégorie d'établissement (écart de 3,2%). On constate également, au sein même des métiers, une sorte de ségrégation verticale. Alors que les femmes sont largement majoritaires (77%), leur part dans les emplois de direction s'élève à seulement 45% dans la FPH.

> Afin de remédier à cette situation, il pourrait être proposé de :

- définir des indicateurs de vigilance sur l'attribution des primes ;
- veiller à informer sur les interruptions de carrière et à préparer le retour et notamment mettre en place un entretien avant le départ en congé parental, et en amont du retour ;
- améliorer l'accès à la formation professionnelle pour les femmes ;
- lutter contre la ségrégation verticale, notamment via le développement du mentoring. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 36

Mettre en œuvre une démarche d'engagement des établissements publics de santé pour aller vers l'égalité professionnelle réelle entre les hommes et les femmes. Cette démarche pourra, en particulier, viser à :

- définir des indicateurs de vigilance sur l'attribution des primes ;
- veiller à informer sur les interruptions de carrière et à préparer le retour et notamment mettre en place un entretien avant le départ en congé parental, et en amont du retour ;
- améliorer l'accès à la formation professionnelle pour les femmes ;
- lutter contre la ségrégation verticale, notamment via le développement du mentoring.

La fonction publique s'est longtemps estimée prémunie des discriminations liées au recrutement car elle considérait que le mode de recrutement par concours constituait une barrière contre ces discriminations.

Ce mode de recrutement se doit, en effet, de respecter les grands principes d'égalité d'accès aux emplois publics définis par le droit et la jurisprudence. L'absence de contentieux pour motif de discrimination dans les processus de recrutement renforçait les gestionnaires dans cette opinion.

Les conclusions de la mission confiée par les pouvoirs publics au Pr Yannick L'HORTY vont à l'encontre de ces présupposés. Les résultats des travaux conduits aboutissent ainsi à la constatation de phénomènes de discriminations liées à l'origine du patronyme dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière. À titre d'exemple, une aide-soignante d'origine maghrébine a en moyenne, dans la fonction publique, un taux d'accès aux entretiens d'embauche inférieur de 12% à celle d'origine française et résidant dans un quartier neutre (16% dans le secteur privé, 14,2% dans la fonction publique hospitalière). ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 37

Un plan d'action national pourrait être engagé pour prévenir les risques de discriminations à l'embauche et valoriser la diversité dans les parcours professionnels hospitaliers :

- conduire un travail de sensibilisation spécifique auprès des professionnels des directions des ressources humaines sur la prévention des risques de discriminations ;
- proposer aux établissements du service public hospitalier de candidater au label « Diversité » ;
- s'engager au niveau national sur les questions de diversité via une charte de l'emploi public ;
- valoriser les parcours d'excellence issus de la diversité.

2.2. L'exigence de la qualité et de la sécurité des soins pour tous

Garantir la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour tous constitue, sans doute plus que jamais, un défi majeur pour le service public hospitalier.

De même qu'elle avait su faire passer, en 2016, son appel à la mise en œuvre d'une « stratégie de groupe » dans les faits avec la structuration des groupements hospitaliers de territoire, la FHF considère que la concrétisation d'une démarche forte sur la pertinence des actes doit constituer un chantier prioritaire du quinquennat à venir.

En l'état, les initiatives prises sur cette question – alors même que les enjeux en cause sont absolument majeurs – sont trop dispersées ou insuffisamment lisibles et réactives.

L'émergence de la responsabilité territoriale et populationnelle dans le cadre des nouveaux territoires de santé donne, à cet égard, une opportunité majeure pour relever le défi de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la pertinence des actes. Dans ce nouveau cadre territorial, la FHF propose que soit fixé aux acteurs de santé l'objectif d'atteindre la meilleure expérience pour le patient, la meilleure santé pour la population, au meilleur coût.

> Cinq lignes directrices gagneraient à être suivies dans cette perspective :

- 1 aligner les standards de qualité sur les meilleurs standards mondiaux ;
- 2 placer les praticiens et les acteurs de santé au cœur de la démarche ;
- 3 intégrer la qualité finale dans les objectifs des territoires de santé ;
- 4 développer massivement les recherches médico-économiques territorialisées ;
- 5 associer l'ensemble des acteurs aux résultats en déployant, à l'échelon territorial, des outils incitatifs à l'atteinte des objectifs qualité.



Un programme efficace de qualité des soins et de pertinence des actes dans un cadre territorial

L'exemple d'*Intermountain Healthcare*

Intermountain Healthcare, l'un des systèmes de santé considéré comme les plus performants au monde, a construit l'ensemble de sa stratégie d'offre de service autour de la notion d'amélioration continue de la qualité. Pour eux, « tendre vers la qualité produit mécaniquement des économies »¹. Pour *Intermountain*, cela signifie orienter résolument leur système vers trois objectifs : la meilleure expérience pour le patient, la meilleure santé pour la population, au meilleur coût. Chaque équipe de soins est ainsi responsabilisée et développe elle-même, avec le soutien de l'organisation, des stratégies pour améliorer la prise en charge, la qualité et le coût des interventions.

Pour appuyer ses efforts d'amélioration, *Intermountain* a mis sur pied son propre institut de recherche et de formation, qui s'adresse à l'ensemble de son personnel, aussi bien médical qu'administratif.

Cette démarche d'amélioration continue a été récompensée par de nombreux prix. Ainsi, *Intermountain* a été classé parmi les meilleurs employeurs aux États-Unis en 2016, par le magazine *Forbes*. Elle a aussi été classée parmi les cinq organisations de la santé les plus innovantes aux États-Unis².

1 - *Le Point*, 11 août 2016.

2 - <https://www.peer60.com/wp-content/uploads/2015/01/Into-the-Minds-of-the-C-Suite-Quick-Report-by-peer60.pdf>

Malgré de nombreux efforts mis en œuvre depuis plusieurs années, la France semble incapable de mettre la qualité et la pertinence au cœur de son système de santé et de services médico-sociaux. Pourtant, de très nombreux exemples étrangers montrent que la qualité et la pertinence peuvent devenir les moteurs d'une transformation systémique, qui place le patient et les populations au cœur de sa démarche.

L'approche traditionnelle, en France, a été de traiter celle-ci en silos, en se focalisant sur des éléments intermédiaires ou de petits morceaux de l'épisode de soins. Ainsi, la qualité devient une « tâche » supplémentaire, qui s'ajoute à toutes les autres, au lieu d'être constitutive de la démarche de prise en charge. Dans ce contexte, les notions de qualité et de pertinence deviennent vite synonymes de procédures bureaucratiques.

UNE DÉMARCHE QUALITÉ TROP ÉLOIGNÉE DE LA RÉALITÉ CLINIQUE

Au lieu de s'orienter sur des indicateurs directs portant sur le résultat des soins, la HAS a produit des indicateurs intermédiaires, indirects de la qualité des soins dont elle se sert pour la certification des établissements et dont la DGOS se sert pour le financement à la qualité des établissements.

Pour donner sa pleine efficacité aux démarches qualité, il convient de rechercher, dans toute la mesure du possible, le suivi d'indicateurs finaux et non d'intrants intermédiaires. Mesurer la qualité de cette façon conduit à multiplier les indicateurs, la charge de travail pour renseigner ces indicateurs, et à rigidifier le fonctionnement des hôpitaux, sans gains notables en matière de qualité.



Un exemple d'indicateur qualité « fausse bonne idée » : le suivi en valeur absolue de la consommation de produits hydroalcooliques par l'établissement

Cet indicateur est un marqueur indirect de la mise en œuvre effective de l'hygiène des mains. L'utilisation des produits hydroalcooliques améliore la mise en pratique de l'hygiène des mains et contribue à la diminution des infections nosocomiales.

Plus le résultat de cet indicateur est élevé, plus les solutions hydroalcooliques devraient être utilisées par les professionnels de santé. En conséquence, plus grandes seraient les chances de prévenir la transmission manuportée des micro-organismes et ainsi faire baisser les infections contractées dans l'établissement.

Le problème, c'est que, là encore, c'est un intrant qui est mesuré, pas le résultat final. Un établissement pourrait très bien acheter de la solution hydroalcoolique, puis la vider dans l'égoût, pour obtenir un excellent score en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

D'ailleurs, comme la HAS l'indique elle-même, elle exclut du périmètre les centres de post cure alcoolique exclusifs qui pourraient effectivement trop consommer en volume... Le même effet pourrait aussi exister dans tous les centres hospitaliers qui ont un centre de post cure alcoolique !

Au final, ce qui intéresse le patient, l'établissement, les autorités sanitaires et les assurés sociaux, c'est qu'il y ait le moins d'infections nosocomiales possible, pas de savoir si un établissement consomme beaucoup de solutions hydroalcooliques !

ALIGNER LES STANDARDS DE QUALITÉ SUR LES MEILLEURS STANDARDS MONDIAUX

La quasi-totalité des systèmes de santé avancés appuient leur démarche de qualité sur le suivi strict, à intervalle rapproché et accessible au grand public, de quelques indicateurs de résultats finaux. Ces indicateurs sont par exemple les décès évitables, la mortalité globale, périnatale et maternelle, la mortalité ou encore les événements indésirables graves, le temps d'attente aux urgences et le taux de roulement du personnel au sein des hôpitaux.

La France dispose de très peu d'indicateurs de résultats finaux publiés. Par exemple, l'ensemble des taux de mortalité (mortalité, mortalité maternelle et mortalité globale) ne sont pas facilement accessibles. Pour ce qui concerne le taux de mortalité maternelle pour la période couvrant la grossesse, l'accouchement et les suites de cet accouchement (de 42 jours voire 1 an), le taux est disponible auprès de l'INSERM qui affiche des résultats pour la période 2007-2009

et qui renvoie à un article scientifique dont l'accès en ligne nécessite le paiement de 36 dollars. Ce type d'opération est à répéter pour un ensemble d'indicateurs de qualité, qui sont pourtant disponibles, publics, et largement diffusés à l'étranger.

Dans ces conditions, il devient à peu près impossible de piloter des organisations de santé en se basant sur la qualité. À titre de comparaison, le King's Fund publie un suivi complet d'un ensemble d'indicateurs de qualité (par exemple le temps d'attente aux urgences, ou les infections nosocomiales) sur une base trimestrielle¹. Le NHS England fait de même, certains indicateurs étant même suivis sur une base mensuelle².

Or, c'est précisément ce qui intéresse le patient, les professionnels de santé et, en dernière analyse, les financeurs et les pouvoirs publics.

Cette approche renouvelée doit pouvoir permettre d'intégrer, dans une logique élargie, à la stratégie de pertinence non seulement la question des actes médicaux mais également celle des seuils d'activité. Dans cette optique, les démarches de qualité et d'évaluation de la pertinence permettront de porter un regard global sur les actes et les activités et permettront d'appuyer les stratégies de re-composition de l'offre de soins dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé.

PLACER LES PRATICIENS ET LES ACTEURS DE SANTÉ AU CŒUR DE LA DÉMARCHE

Pour être crédibles et efficaces, les démarches d'amélioration de la qualité doivent dès le départ intégrer étroitement les professionnels qui seront amenés à les mettre en œuvre. Cela implique de s'appuyer sur leur capacité d'organisation.

La FHF s'est de son côté engagée dans cette voie, avec la signature de la charte « Choisir avec soin », une démarche internationale portée par les professionnels de soins, qui s'appuie sur leur savoir-faire, reconnaît leur compétence et implique les patients dans la démarche.



Le programme « Choisir avec soin », levier d'appropriation des démarches de pertinence des actes par les professionnels

LA DÉMARCHE « CHOISIR AVEC SOIN »

« Choisir avec soin » est la version francophone de la campagne internationale *Choosing Wisely*. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements inutiles et à les aider à faire des choix judicieux et efficaces en vue d'assurer des soins de qualité.

La démarche s'appuie sur les professionnels, notamment sur les sociétés savantes, en les engageant à élaborer une liste de cinq examens et traitements propres à leur spécialité que les professionnels de la santé et les patients devraient

remettre en question. Ces listes indiquent des tests et des traitements couramment utilisés dans chaque spécialité, mais qui ne sont pas appuyés par des preuves de leur nécessité et qui pourraient exposer les patients à des risques inutiles. La campagne « Choisir avec soin » s'appuie aussi sur un dialogue constant avec les patients.

Aujourd'hui, « Choisir avec soin » est une campagne mondiale à laquelle participent 15 pays, du Royaume-Uni au Japon, en passant par le Canada et l'Allemagne. Au sein de ces pays, ce sont des centaines de sociétés savantes et d'associations de professionnels et de patients qui élaborent des listes et améliorent la qualité des prises en charge.

1 - <http://qmr.kingsfund.org.uk/2016/20/>

2 - <https://www.england.nhs.uk/statistics/>

ARTICULER CIBLES NATIONALES ET POPULATIONNELLES

Certaines cibles de qualité doivent être définies au niveau national. Par exemple, il n'est pas normal que la proportion de décès évitables varie d'un établissement à l'autre, ou d'un territoire à l'autre.

D'autres cibles doivent être adaptées au territoire et être basées sur une approche populationnelle. Les problèmes de santé publique ne sont pas les mêmes dans les Antilles ou en Bretagne. Une approche populationnelle permet de

développer, au niveau territorial, des approches de prises en charge qui intègrent l'ensemble des acteurs de santé du territoire.

Mais, dans l'ensemble, ces cibles doivent demeurer en nombre relativement restreint. Il est totalement irréaliste de vouloir piloter une politique de santé avec 100 objectifs de santé publics¹.

INTÉGRER LA QUALITÉ FINALE DANS LES OBJECTIFS DES TERRITOIRES DE SOINS

L'expérience des meilleurs systèmes de santé indique clairement que l'optimisation de la qualité se fait au niveau du terrain et doit s'ajuster à chaque territoire, tout en permettant de poursuivre des objectifs nationaux de santé publique.

Cela implique de pouvoir donner une feuille de route claire aux territoires de santé. Cette feuille de route doit articuler « cibles » nationales et territoriales.

Par ailleurs, le développement de ces cibles doit pouvoir se faire simultanément sur une base horizontale (entre les territoires à un moment X), et longitudinale (évolution dans le temps au sein d'un territoire).

Nous proposons que chaque territoire se voie assigner une feuille de route avec sept cibles nationales claires, et 10 cibles populationnelles. Parmi ces dernières, quatre devraient obligatoirement faire l'objet d'un projet de prise en charge spécifique : le développement de programme à destination des populations précaires, le développement d'une stratégie territoriale de santé mentale et le développement de stratégies territoriales de prise en charge des personnes handicapées et des personnes âgées.

Les sept autres cibles populationnelles seraient choisies par les territoires de soins, en fonction des spécificités de chaque territoire au niveau morbidité, mortalité.

Le choix de ces cibles aura naturellement à être opéré en articulation étroite avec le processus d'élaboration des projets médicaux et des projets de soins partagés dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

L'ensemble des résultats de ces indicateurs devrait être rendu public et, surtout, devrait être facilement accessible à tous. L'expérience démontre, en effet, que la publicité des indicateurs de qualité est un facteur puissant d'amélioration du système². La production régulière, à un niveau territorial, de données lisibles et appropriables par le grand public doit également permettre de contribuer à la progression et à la maturité du débat public sur les questions de santé.



Exemples d'indicateurs de qualité pour un territoire donné

CIBLES NATIONALES

- > Mortalité globale, périnatale, mortalité maternelle ;
- > décès évitables ;
- > événements indésirables graves ;
- > temps d'attente aux urgences ;
- > temps d'accès à un spécialiste ;
- > taux de satisfaction des patients ;
- > taux de roulement du personnel ;

CIBLES POPULATIONNELLES SPÉCIFIQUES À CHAQUE TERRITOIRE (PAS PLUS DE 10, DONT QUATRE OBLIGATOIRES)

- > Populations précaires ;
- > santé mentale ;
- > personnes handicapées ;
- > personnes âgées ;
- > prévention du suicide ;
- > alcoolisation des jeunes ;
- > obésité ;
- > maladies chroniques ;
- > maladies cardio-vasculaires ;
- > maladies tumorales ;
- > perte d'autonomie et personnes âgées ;
- > accidents du travail, accidents de la route, accidents domestiques ;
- > etc.

DÉVELOPPER MASSIVEMENT LES RECHERCHES MÉDICO-ÉCONOMIQUES TERRITORIALISÉES

Pour le moment, il est très difficile de déterminer ce qui constitue une prise en charge efficiente, encore plus lorsqu'il s'agit d'une personne en ALD souffrant de pathologies multiples et chroniques.

La raison expliquant cet état de fait est simple : la France manque cruellement d'études médico-économiques. Ce manque rend impossible l'élaboration de modes de prises en charge de qualité qui soient reproductibles dans le temps.

Il est essentiel que l'ensemble des parties prenantes, qui auront à mettre en œuvre dans *la vraie vie* les modèles efficaces et efficaces de prise en charge, soit associé à la démarche de recherche de la qualité.

C'est pourquoi il est crucial d'accorder aux territoires de santé des crédits significatifs pour développer et mettre en œuvre des projets de recherches médico-économiques. C'est un savoir qui doit être organiquement lié aux territoires où il sera mis en œuvre en visant un effet de levier puissant sur l'efficience d'ensemble de notre système de soins.

1 - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf

2 - *Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before-after analysis based on secondary data* Rike Antje Kraska*, Frank Krummenauer¹, Max Geraedtsa, Institute, Health Policy, 120(2016)

ASSOCIER L'ENSEMBLE DES ACTEURS AUX RÉSULTATS

Les différents modes de financement, fonctionnant par silos ou basés sur le volume, ne permettent pas, pour le moment, d'intégrer réellement la qualité au cœur d'un projet de santé. Les quelques modèles de financement explicitement basés sur celle-ci, tel l'FAQ, sont trop marginaux pour réellement orienter le système.

Par ailleurs, ces modes privilégient généralement une vision en silo : tel ou tel service ou action doit être efficace ou efficient. Or, et cela est démontré par les succès à l'étranger, c'est l'ensemble d'une organisation qui produit de la qualité, de l'aide-soignante jusqu'au chef de pôle et au directeur. À l'inverse, « saucissonner » les incitations risque de détruire la cohésion des structures de santé et des services sociaux, en dressant les services les uns contre les autres.

En conséquence, il s'agit de concevoir un dispositif qui permette à l'ensemble de l'organisation de profiter des gains – notamment financiers – réalisés en matière de qualité.

> **Ce changement profond de logique peut s'appuyer sur plusieurs vecteurs techniques :**

- développement de tarifications aux parcours ;
- mise en œuvre d'incitations sous forme de dotations complémentaires pour les établissements en cas d'atteinte des objectifs de qualité ;
- déploiement d'outils d'intéressement collectif en direction des professionnels en cas d'atteinte des objectifs qualité.

Le rapport de la commission présidée par le Dr Olivier VERAN sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé a notamment formulé des axes de propositions pour le développement de nouveaux modes de tarifications aux parcours et intégrant des critères de qualité des soins.

Quelle que soit leur concrétisation opérationnelle, il apparaît essentiel de pouvoir déployer ces outils d'incitation à la qualité à l'échelle des nouveaux territoires de santé. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 38

L'émergence de la responsabilité territoriale et populationnelle dans le cadre des nouveaux territoires de santé donne une opportunité majeure pour relever le défi de l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la pertinence des actes. Dans ce nouveau cadre territorial, la FHF propose que soit fixé aux acteurs de santé l'objectif d'atteindre la meilleure expérience pour le patient, la meilleure santé pour la population, au meilleur coût.

Cinq lignes directrices gagneraient à être suivies dans cette perspective :

- 1/ aligner les standards de qualité sur les meilleurs standards mondiaux ;
- 2/ placer les praticiens et les acteurs de santé au cœur de la démarche ;
- 3/ intégrer la qualité finale dans les objectifs des territoires de santé ;
- 4/ développer massivement les recherches médico-économiques territorialisées ;
- 5/ associer l'ensemble des acteurs aux résultats en déployant, à l'échelon territorial, des outils incitatifs à l'atteinte des objectifs qualité.

2.3. L'exigence de l'autonomie des personnes

S'il doit donc être placé au cœur des priorités pour la qualité de la prise en charge des personnes dans chaque territoire, le défi de l'autonomie implique, pour être relevé, de véritables choix collectifs à l'échelle de la nation.

INSTITUER ENFIN LE CINQUIÈME RISQUE POUR RELEVER LE DÉFI DE L'AUTONOMIE

Les projections démographiques font état d'une augmentation de 25% des personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2025 (6,6 millions). La perte d'autonomie touche aujourd'hui environ 11,2% de la population au-delà de 82 ans et sa durée est de l'ordre de quatre ans en moyenne. À plus long terme, la progression de l'espérance de vie en bonne santé est incertaine du fait de l'interaction possible de facteurs négatifs, en particulier la progression des maladies chroniques invalidantes.

En 2014, les dépenses liées à la perte d'autonomie ont d'ores et déjà dépassé les 34 Md€, dont 10,5 Md€ pour la seule prise en charge de la perte d'autonomie, 11,5 Md€ pour l'hébergement et 12,2 Md€ pour la santé. Représentatif de 1,6% du PIB hors valorisation de l'intervention des aidants familiaux, ce coût a augmenté de 0,1 point de PIB depuis 2010, cette évolution étant principalement induite par le secteur hébergement. Les personnes dépendantes et leurs familles supportent déjà des dépenses directes de plus de 10 Md€. Le reste à charge des familles peut s'avérer très élevé en particulier pour les revenus intermédiaires qui ne bénéficient ni de l'aide sociale ni de réductions fiscales. Les départements, quant à eux, connaissent des difficultés de financement de l'APA et de l'aide sociale. Plus que leur montant global, c'est la dynamique, la qualité et la répartition des financements qui imposent des ajustements.

Si le chantier du Cinquième risque n'était pas engagé au cours du quinquennat à venir, notre pays serait donc confronté à un risque majeur d'écroulement financier des dispositifs mis en œuvre pour répondre au défi de l'autonomie et, partant, à une brusque montée d'un reste à charge déjà très difficilement soutenable pour un grand nombre de familles.

Depuis 2008, la FHF estime nécessaire d'ouvrir le champ de la protection sociale à la perte d'autonomie pour les personnes âgées et/ou handicapées. Toute personne en manque d'autonomie quel que soit son âge ou son handicap

doit pouvoir trouver une réponse adaptée à ses besoins. Cette nouvelle modalité de financement de la prise en charge doit aller dans le sens d'une plus grande accessibilité et d'une meilleure égalité des soins. Elle permettra par ailleurs de prendre en compte les différents enjeux du secteur médico-social, à savoir l'évolution du système de tarification, l'allocation de moyens à la ressource pour les établissements et une augmentation du niveau de l'ONDAM médico-social.

La FHF, considérant que la perte d'autonomie constitue un risque encouru par chacun, estime que son financement doit continuer à reposer sur un socle essentiellement collectif et qu'il revient donc principalement à la solidarité nationale de l'assumer.

Ce socle national devrait permettre d'éviter une progression non soutenable du reste à charge tant à domicile qu'en établissement pour les personnes âgées et handicapées et leurs familles et la mise en place d'un système d'aides plus redistributif que le système d'aide social actuel. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 39

Instituer enfin le Cinquième risque pour relever le défi de l'autonomie. Cette avancée majeure doit pouvoir être obtenue à partir d'un financement reposant sur un socle essentiellement collectif relevant de la solidarité nationale afin de pouvoir éviter une progression non soutenable du reste à charge pour les personnes âgées et handicapées et leurs familles.

RENFORCER LA PRIORITÉ DONNÉE À LA FACILITATION DE L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES HANDICAPÉES

Le rapport JACOB-JOUSSERANDOT sur l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées, commandé par le ministère des Affaires sociales et de la Santé et publié en avril 2013, a permis d'identifier les facteurs de blocage dans l'accès aux soins des personnes handicapées (obstacles géographiques, manque d'accessibilité des locaux, préparation et formation insuffisantes des professionnels de santé, moyens financiers limités) et de formuler des préconisations avec la présentation d'outils mis à disposition des établissements. Dans la droite ligne de ce rapport, Pascal JACOB a créé l'association Handidactique en août 2013, avec pour but de conseiller, de concevoir et de soutenir tous projets pédagogiques visant à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées et des personnes qui interagissent avec elles.

Dans l'esprit de cette démarche, la charte Romain JACOB a vu le jour, dans sa version nationale, le 16 décembre 2014, fédérant l'ensemble des acteurs nationaux et régionaux autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées.

Les urgences ont fait par ailleurs l'objet d'une charte spécifique signée par plus de 24 structures de santé le 26 avril 2016 à Chartres. Il en a été de même dans le secteur de la santé bucco-dentaire avec la signature d'une charte spécifiquement dédiée en 2015.

Une impulsion forte doit être donnée pour que la mise en œuvre du programme d'amélioration de l'accès aux soins pour ces personnes soit accélérée. Il convient donc d'envisager la déclinaison dans tous les établissements de santé de la charte déjà signée à l'échelon régional.

La FHF, qui est engagée depuis les débuts de la charte, continuera de soutenir sa mise en œuvre dans les établissements. Le volontariat des établissements doit aujourd'hui se traduire par un engagement fort et tangible en acceptant l'opposabilité des principes de la charte par un renforcement du dispositif de suivi et une publication des résultats obtenus grâce à l'outil *Handifaction*. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 40

Renforcer l'opposabilité de la charte Romain JACOB pour l'accès aux soins des personnes handicapées en systématisant un dispositif de suivi et en rendant publics les résultats des indicateurs grâce à l'outil *Handifaction*.

2.4. L'exigence d'efficacité et de contribution au développement durable

Notre République attend, dans un contexte économique dont chacun connaît les contraintes, des acteurs exerçant leurs activités sur des financements collectifs qu'ils puissent répondre à une nécessaire logique d'efficacité. La FHF a assumé et continuera d'assumer ce choix de responsabilité. Pour autant, afin de mettre les

acteurs du service public hospitalier en capacité de répondre à ces efforts, des réformes de structure doivent pouvoir être mises en œuvre. À défaut, le découragement gagnera à n'en pas douter des professionnels hospitaliers qui, aujourd'hui, doutent du sens donné aux efforts réels qu'ils déploient sur le terrain.

POUR SUIVRE LES EFFORTS D'EFFICACITÉ MAIS EN LEUR REDONNANT DU SENS

Les établissements du service public hospitalier et leurs professionnels ont très fortement contribué aux efforts d'efficacité demandés par les pouvoirs publics, notamment, sur la période la plus récente, dans le cadre de la mise en œuvre des orientations du « *Plan ONDAM* ». Ces « *efforts de productivité* » peuvent s'observer en rapportant

l'évolution des effectifs à l'évolution de leur activité. Le gain d'efficacité ainsi mesuré sur la période 2007-2014 est de l'ordre de 1,3% par an au global sur le secteur MCO (+ 0,4% par an sur les ETP de personnel médical et non médical *versus* + 1,7% par an en termes de progression d'activité). ▶



Le « virage ambulatoire » : un tournant stratégique effectivement pris par le service public hospitalier

Sous le vocable générique de « *virage ambulatoire* », il s'agit, en réalité, d'atteindre plusieurs objectifs d'efficacité organisationnelle : répondre à la demande du patient de passer moins de temps en établissement de santé (plus d'actes externes, une DMS plus courte) ; recentrer les recettes de l'établissement sur l'acte de soins plutôt que sur l'hébergement ; densifier les soins.

Le virage de l'ambulatoire consiste, en pratique, à la fois, en l'accélération de la chirurgie ambulatoire, le développement de l'hospitalisation à domicile, la réduction de la durée moyenne de séjour, le développement de l'ambulatoire intra- et extra-muros dans les champs de la médecine, du SSR et de la psychiatrie (il faut d'ailleurs noter que la psychiatrie est le domaine qui a le plus et le plus tôt expérimenté ce « *virage ambulatoire* », avec une forte désinstitutionnalisation). Avec le développement de la

chirurgie ambulatoire, se dessinent ainsi les hôpitaux et les cliniques d'aujourd'hui et de demain « *hors les murs* ».

Les établissements du service public hospitalier – qui se sont engagés plus tardivement dans l'ambulatoire – sont désormais résolument engagés dans ce tournant stratégique. Pour ne prendre que le seul exemple de la chirurgie ambulatoire, la part des interventions chirurgicales réalisées dans le secteur public en ambulatoire est passée de 33,8% en 2010 à 40,1% en 2014 (de 43,3% à 50% au niveau national sur la même période). À ce rythme, l'atteinte des objectifs de taux cibles nationaux fixés à 54,7% et 2016 et 66,2% en 2020 est possible. Dans le même temps, les hôpitaux publics ont réduit significativement leur nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie : de 42 400 en 2007 à 38 500 en 2010 et 34 500 en 2014.

► > En parallèle :

- les tarifs MCO n'ont cessé de diminuer : - 0.20% en 2012 ; - 0.86% en 2013 ; - 0.01% en 2014 ; - 0.65% en 2015 ; - 1% en 2016 ;
- le plan triennal d'économies a renforcé ses exigences d'année en année : 730 M€ en 2015 ; 995 M€ en 2016 ; 1.3 Md€ attendus pour 2017. C'est dans ce cadre que des gains sur les achats hospitaliers (programme PHARE) étaient notamment attendus et effectivement obtenus : 420 M€ en 2015 et 480 M€ en 2016 ;
- les établissements du service public hospitaliers ont subi une très forte régulation économique de leurs activités sur financements forfaitaires (psychiatrie, activités financées sur MIG et MERRI).

Cette logique d'efficience voit aujourd'hui son sens de plus en plus remis en cause sur le terrain. Il apparaît, en particulier, essentiel de mettre en œuvre des mécanismes permettant de valoriser les trajectoires réussies d'atteinte des objectifs et de retour à l'équilibre.

Des démarches plus accompagnées de soutien aux programmes d'efficience gagneraient, de plus, à être mises en œuvre s'agissant des établissements ultramarins.

Dans la mise en œuvre du plan ONDAM, la FHF s'est, en outre, fortement opposée à un discours mécanique sur des objectifs quantitatifs globaux de fermetures de lits. Cette réduction capacitaire est pertinente dans le cadre du « virage ambulatoire » impliquant, en particulier, un basculement

d'une part très significative de l'activité chirurgicale sur un mode d'exercice en ambulatoire.

Un discours mécanique sur des objectifs quantitatifs de fermetures de lits serait, en revanche, inadapté et dangereux dans le cas de la médecine. En effet, notre système a besoin de préserver ses capacités de lits de médecine pour affronter le défi majeur du vieillissement et du développement des pathologies chroniques, dans le cadre de démarches visant à mieux positionner ces capacités au plus proche des besoins au sein des nouveaux territoires de santé. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 41

Poursuivre les démarches de recherche de gains d'efficience pour le service public hospitalier mais en donnant plus de lisibilité et de valorisation aux résultats obtenus et en privilégiant des démarches organisationnelles opérationnelles comme le développement de la chirurgie ambulatoire à des objectifs mécanistes et quantitatifs de fermetures de lits qui n'ont pas de valeur en termes d'évaluation de la performance.

ENGAGER ENFIN LE CHANTIER DE LA SIMPLIFICATION ET DU SOUTIEN À L'EXPÉRIMENTATION

La FHF ne cesse d'appeler de ses vœux l'extension du « choc de simplification » au secteur hospitalier qui reste curieusement à l'écart de la plupart des démarches de simplification administrative engagées par les pouvoirs publics. Cette situation aboutit à des retards parfaitement incompréhensibles. Pour prendre le seul exemple de la gestion des ressources humaines, la fonction publique hospitalière est aujourd'hui la seule à ne pas avoir vu l'évaluation professionnelle remplacer la notation administrative. De même, le déploiement du vote électronique pour les élections professionnelles induirait des gains significatifs en termes de temps et de coût.

De manière plus générale, faire confiance aux acteurs hospitaliers implique de passer à un parti pris de suppression

des formalités et des complications évitables et, à l'inverse, de soutien à des méthodologies d'encouragement de l'innovation organisationnelle par l'expérimentation et la diffusion des bonnes pratiques issues du terrain. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 42

Mettre en œuvre un choc de simplification et de soutien aux expérimentations en faveur des hôpitaux et des établissements médico-sociaux publics.

PERMETTRE AUX GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE DE FAIRE LE CHOIX DE L'AUTONOMIE AVANCÉE

Dans le cadre de son dispositif d'accompagnement à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, de très nombreuses remontées de terrain ont été reçues pour mettre en exergue les points de blocage au déploiement de la réforme liés à des rigidités excessives du mode de fonctionnement actuel des hôpitaux :

- les extensions de systèmes d'information et de dossiers patients informatisés à l'échelle du groupement se heurtent à des obligations de remise en concurrence préalables issues du Code des marchés publics, ce qui représente un obstacle pratique significatif à la construction des parcours de prise en charge des patients. Cette rigidité liée à l'assujettissement au Code des marchés empêche, en outre, la mobilisation de gains d'efficience importants par la mise en œuvre d'extensions de prestations à l'échelle des groupements ;
- l'incitation à l'engagement des professionnels dans des missions conduites à ces nouvelles échelles territoriales entre en contradiction avec certains schémas actuels d'organisation du travail – et notamment du temps de travail – et certaines dispositions du statut de la fonction publique hospitalière et du statut de praticien hospitalier.

C'est pourquoi il est proposé d'introduire au niveau législatif un dispositif d'autonomie avancée permettant aux établissements adhérents d'un groupement hospitalier de territoire de faire le choix d'un mode de fonctionnement assoupli. Cette option permettrait aux établissements du groupement de bénéficier de facilités de gestion équivalentes à celles des centres de lutte contre le cancer ou des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier.

Sur le fond, ce choix permettrait aux professionnels de s'engager sur un mode d'exercice combinant augmentation de la durée de travail – pour partie, le cas échéant, sur des missions territoriales – et renforcement de l'attractivité des rémunérations.

En terme de méthode de conduite du changement, ce dispositif reviendrait à introduire, à un niveau collectif, un « droit d'option » sur l'exemple de ce qui a déjà pu être fait pour le droit d'option infirmier. Cette option collective se combinerait avec une option individuelle permettant à chaque professionnel de décider de rester sous son statut d'exercice antérieur et d'y poursuivre son déroulement de carrière ou d'opter pour l'exercice en mode d'autonomie avancée.

Dans le cadre de ces principes généraux, la FHF conduira, d'ici à la fin du premier trimestre 2017, une mission pour examiner les différentes options possibles en termes de modalités opérationnelles et juridiques pour la mise en œuvre de ce dispositif d'autonomie avancée. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 43

Permettre aux établissements adhérents d'un groupement hospitalier de territoire de faire le choix d'une autonomie avancée leur donnant plus de souplesse de gestion et proposant un mode d'exercice combinant augmentation de la durée de travail et renforcement de l'attractivité des rémunérations pour les professionnels. Dans le cadre de ces principes généraux, la FHF conduira, d'ici à la fin du premier trimestre 2017, une mission pour examiner les différentes options possibles en termes de modalités opérationnelles et juridiques de ce dispositif d'autonomie avancée.

ENGAGER UNE NOUVELLE ÉTAPE DE RESPONSABILISATION DES ACTEURS LOCAUX AU SEIN DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

La FHF a depuis longtemps soutenu un mouvement de responsabilisation des acteurs locaux au sein de notre système de santé pour rapprocher le pilotage des réalités du terrain et donner plus de marges d'action aux acteurs locaux.

Face à une tentation permanente de recentralisation du système que nous avons souvent retrouvée dans les témoignages des acteurs de terrain, il nous apparaît nécessaire de franchir de nouvelles étapes de responsabilisation locale.

Deux évolutions principales nous semblent devoir être engagées dans cette perspective :

> en premier lieu, la FHF rappelle son souhait de voir rétablir un rattachement juridique local des établissements publics

de santé. Le rattachement national depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 n'a pas eu de portée opérationnelle positive pour les hôpitaux et a pu être réinterprété *a posteriori*, sur un plan symbolique, comme un signal de recentralisation nationale. Pour autant, une discussion peut être ouverte quant au choix du niveau de ce rattachement local dans le nouveau contexte des territoires de santé. Suivant le positionnement de l'établissement, une possibilité de rattachement régional, intercommunal ou communal pourrait être ouverte ;

> en second lieu, la FHF considère que le moment est venu pour franchir une nouvelle étape de régionalisation de notre système de santé en créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM).



Franchir une nouvelle étape de régionalisation de notre système de santé avec la création d'objectifs régionaux d'assurance maladie (ORDAM)

Dans le respect de la solidarité nationale, l'ONDAM pourrait 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 création de ces ORDAM aura un effet positif dans la recherche de gains d'efficacité pour notre système de santé. Ces objectifs permettront, en effet, d'une part, d'amplifier la dynamique de fongibilité des crédits de l'Assurance Maladie, et, d'autre part, une meilleure maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie, au plus près du territoire, à travers une déclinaison régionale de l'ONDAM.

La mise en œuvre de cette avancée majeure dans la régionalisation de notre système de santé ne doit pas, cependant, aboutir à un démembrement de notre Assurance Maladie dont l'unité constitue une force pour notre système de santé.

Ce mouvement vers la régionalisation est, au contraire, très cohérent avec le renforcement d'un pilotage national du système aujourd'hui trop dispersé entre des structures et agences multiples. La création d'une Agence nationale de santé (ANS), intégrant ces structures à une Caisse nationale d'assurance maladie aux compétences élargies, permettrait d'ouvrir la voie à un véritable pilotage en fonction d'une liste limitée de priorités nationales de santé publique. Ce renforcement de la lisibilité du pilotage national permettrait, dans le même mouvement, de restituer un maximum de marges de manœuvre aux acteurs locaux dans le cadre des nouveaux territoires de santé. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 44

Franchir une nouvelle étape de responsabilisation des acteurs locaux au sein de notre système de santé en rétablissant un rattachement local des établissements publics de santé et créant des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM). Cette avancée dans la responsabilisation locale est cohérente avec un renforcement du pilotage national autour d'une liste limitée de priorités de santé publique suivies par une Agence nationale de santé (ANS) rassemblant des structures et des agences nationales aujourd'hui trop dispersées.

RELANCER L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER DANS UNE LOGIQUE DE SOUTIEN AUX RECOMPOSITIONS DE L'OFFRE DE SOINS DANS LE CADRE DES NOUVEAUX TERRITOIRES DE SANTÉ

Le financement de l'investissement des établissements publics de santé constitue sans doute la principale faille du modèle économique actuel des établissements publics de santé. Il ne garantit pas, sauf aux établissements dégageant une forte marge et capables de la maintenir sur une longue période, les investissements nécessaires au progrès médical et aux restructurations nécessaires (virage ambulatoire, soutien aux recompositions dans le cadre du déploiement des groupements hospitaliers de territoire, etc.).

En témoigne la chute rapide de l'investissement réel après la fin des deux plans de relance, et notamment la baisse très sensible des investissements lourds, la dégradation des ratios d'endettement et la croissance du recours aux solutions alternatives pour les équipements lourds. Le besoin de financement est à l'heure actuelle estimé à 45 Md€ sur 10 ans pour le secteur sanitaire auxquels il faut ajouter 15 Md€ pour le secteur médico-social.

Pour ce faire, il importe de garantir dans les tarifs et dans les dotations MIG le financement de l'investissement courant, qui représente 3 à 4% du total des recettes selon la vétusté des immobilisations et les priorités d'équipements, étant donné la plus forte intensité des plateaux médico-techniques et des équipements innovants.

S'agissant des investissements majeurs, ils doivent pouvoir bénéficier de modalités de financement spécifiques, ne mettant pas en péril la liquidité de l'établissement concerné. Les sources d'emprunt institutionnelles bonifiées et intermédiaires dans des conditions qui permettent le contrôle effectif de la puissance publique doivent pouvoir continuer à être encouragées (Banque européenne d'investissement, Caisse des dépôts et consignations, agence France Locale, AFD pour l'outre-mer, autres médiateurs de qualité similaire).

Il est, en outre, indispensable que la décision d'attribution des aides publiques au soutien à l'investissement soit régionalisée, qu'elle implique les acteurs locaux au plus proche de la réalité des nouveaux territoires de santé. ►

À cet égard, la FHF propose la mise en place de fonds régionalisés de soutien à l'investissement, dédié à l'accompagnement des opérations majeures s'inscrivant dans un schéma de cohérence régionale, établi en partenariat avec les collectivités territoriales.

L'opportunité d'instituer, en lieu et place du COPERMO actuel, une instance nationale – non plus d'instruction et d'arbitrage des projets – de suivi de l'effort d'investissement en santé devrait être examinée. Associant les représentants des différents secteurs, elle pourrait avoir, en particulier, pour mission de porter un regard d'ensemble sur le déploiement des programmes de soutien au numérique et sur les effets de la mise en œuvre des investissements de recomposition de l'offre de soins dans le cadre de la nouvelle territorialité en santé. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 45

Relancer l'investissement hospitalier et l'investissement dans le secteur médico-social dans une logique d'appui à la recomposition de l'offre de soins dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire. La FHF propose la mise en place de fonds régionalisés de soutien à l'investissement, dédiés à l'accompagnement des opérations majeures s'inscrivant dans un schéma de cohérence régionale, établi en partenariat avec les collectivités territoriales. La FHF engagera dès les prochaines semaines une mission technique destinée à évaluer précisément les besoins d'investissement pour le quinquennat à venir liés au déploiement du numérique et à la mise en œuvre des opérations de recompositions de l'offre de soins dans le cadre du déploiement des groupements hospitaliers de territoire.

SOUTENIR L'ENGAGEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DANS DES DÉMARCHES DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

Avant tout soucieux du bien-être de la collectivité et de toutes ses parties prenantes, l'hôpital citoyen doit se construire sur les « piliers de la responsabilité » et notamment celui de la responsabilité sociétale et environnementale, en conduisant ses activités tout en préservant les générations futures.

La FHF s'est depuis longtemps engagée en faveur du développement durable et il s'agit toujours d'un enjeu majeur pour lequel les établissements doivent être incités à s'engager.

Les établissements de santé représentent, en effet, 15% de la consommation énergétique du secteur tertiaire en France. Ils représentent 3,5% de la production nationale de déchets chaque année (700 000 tonnes). Pour développer la responsabilité environnementale des établissements, il est nécessaire d'agir sur plusieurs leviers, tant au niveau institutionnel qu'au niveau local : cela doit permettre à tous les établissements, quelle que soit leur taille, quelles que soient leurs ressources humaines et financières, de s'engager en faveur du développement durable.

Il s'agit aujourd'hui de favoriser la mise en réseau des actions engagées, de les mettre en cohérence afin d'inciter les plus

petites structures à se lancer dans la démarche, tout en ayant une force de frappe plus importante au niveau national pour demander des changements dans la réglementation et souligner les injonctions paradoxales qui se révèlent sur le terrain. C'est le cas notamment du hiatus souvent souligné entre la promotion des achats durables et des circuits courts et les objectifs d'économies de court terme qui incitent à la massification dans le cadre des orientations du plan ONDAM. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 46

Soutenir l'engagement des établissements du service public hospitalier en faveur du développement durable. Au-delà de la promotion globale du concept d'« Hôpital-citoyen » inscrit dans son territoire, des actions très opérationnelles sont à encourager comme la valorisation des circuits courts en matière d'achats, notamment dans le domaine alimentaire.



Les axes de travail de la FHF en matière de développement durable

> **Énergie et bâtiments** : soutien aux programmes de rénovation énergétique des établissements ; un travail étant, en particulier, conduit avec la Caisse des dépôts et consignations ;

> **déplacements, transports** : diffusion des plans de déplacement d'établissement ;

> **achats** : mise en œuvre d'un Plan national d'action pour les achats publics durables, valorisant les circuits courts d'approvisionnement ;

> **déchets** : démarche sur la valorisation de l'économie circulaire engagée avec l'ADEME ;

> *valorisation plus large de la thématique de la responsabilité sociétale autour du concept d'« Hôpital-citoyen », inscrit dans son territoire.*

2.5. L'exigence de participation à la construction effective des parcours de prise en charge des patients : mettre en œuvre la stratégie de groupe avec une priorité aux projets médicaux partagés et dans un esprit d'ouverture

Il directeur de cette plateforme, l'émergence d'une responsabilité territoriale et populationnelle en santé doit nous conduire à penser le « temps deux » des groupements hospitaliers de territoire.

Dans cette nouvelle étape, **les projets médicaux partagés doivent plus que jamais être la colonne vertébrale de ces nouveaux groupements**. L'objectif est, en effet, de structurer des filières de prise en charge des patients lisibles et cohérentes à l'échelle de cette nouvelle territorialité en santé.

> **Pour y parvenir, il faut tout d'abord bien clarifier les choses en soulignant le fait que les groupements doivent poursuivre, en réalité, un double objectif :**

— un objectif de recomposition de l'offre de soins publique dans ce nouveau cadre territorial. L'analyse, annexée à la présente plateforme, développée en comparaison internationale par François LANGEVIN, montre la nécessité de poursuivre dans la durée cet objectif si l'on veut obtenir des résultats concrets en terme, de gains d'efficacité et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Il apparaît donc impératif de ne surtout pas déséquilibrer le cadre juridique des GHT et de laisser le temps aux acteurs hospitaliers de s'en saisir pour conduire efficacement leurs programmes d'adaptation de l'offre ;

— un objectif d'ouverture du service public hospitalier à la construction des parcours de prise en charge des patients dans ces nouveaux cadres territoriaux en articulation étroite avec la médecine de ville et les autres partenaires de l'offre de soins. ▶

Pour que cette seconde étape des GHT soit réussie et que ces deux objectifs puissent être poursuivis en même temps, quatre lignes de réorientation de la démarche GHT nous semblent devoir être poursuivies :

- inciter les établissements à s'engager dans la territorialité et sur la voie d'un « *chemin d'intégration territoriale* » ;
- repositionner le rôle des agences régionales de santé ;
- faire résolument le choix de l'ouverture sur la médecine de ville ;
- repenser le rapport du service public hospitalier au domicile dans le cadre de cette nouvelle territorialité.

Ces objectifs de réorientation sont de nature à permettre une transformation progressive et graduelle de notre système de soins pour évoluer vers la responsabilité territoriale et populationnelle. Si ce tournant n'était pas pris de manière résolue au cours du quinquennat à venir, le risque serait alors de devoir basculer sur des stratégies de radicalité dans la conduite du changement comme ce fut le cas au Québec.

La FHF considère que le choix de la progressivité et de la gradualité doit être préféré, à ce stade, pour notre pays. Cette stratégie de conduite du changement est, en effet, induite par la nécessité de prévoir une démarche soutenue de pédagogie et d'accompagnement à la conduite du

changement au regard de l'ampleur des évolutions opérées. Or, cette démarche n'a été construite, en l'état, qu'avec retard et « *en marchant* », suite à l'insistance soutenue de la FHF.

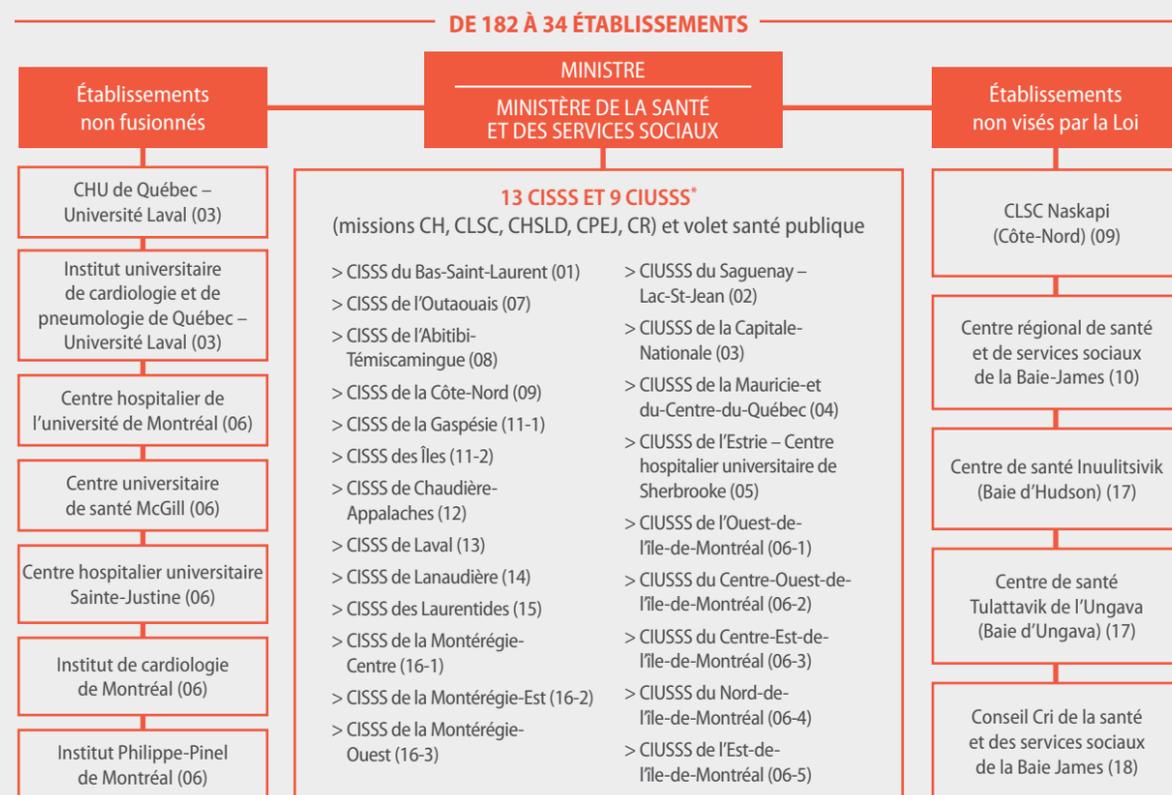
En outre, une stratégie plus brutale se heurterait rapidement aux blocages et aux freins structurels existant, à ce stade, dans la transformation de notre système de santé et qui ont été identifiés tout au long de cette plateforme. Il convient, dès lors, de « *marcher sur ses deux jambes* » en activant les clés de déverrouillage proposées tout en mettant en œuvre ce « *temps deux* » des groupements qui ancrera la stratégie de groupe du service public hospitalier dans la nouvelle réalité des parcours de prise en charge des patients.



Une conversion radicale à la responsabilité territoriale et populationnelle : les projets de lois 10 et 20 au Québec

Le 25 septembre 2014, le ministre chargé de la Santé dépose le projet de loi 10, qui prévoit la suppression des agences régionales de la santé et la réduction du nombre d'établissements de 182 à 34. Parmi ceux-ci, 22 centres

intégrés de santé et de services sociaux. Le territoire de ces CISSS recoupe *grosso modo* celui des régions administratives, sauf dans les régions très fortement peuplées : île de Montréal – qui compte cinq CISSS, la banlieue de Montréal, etc.

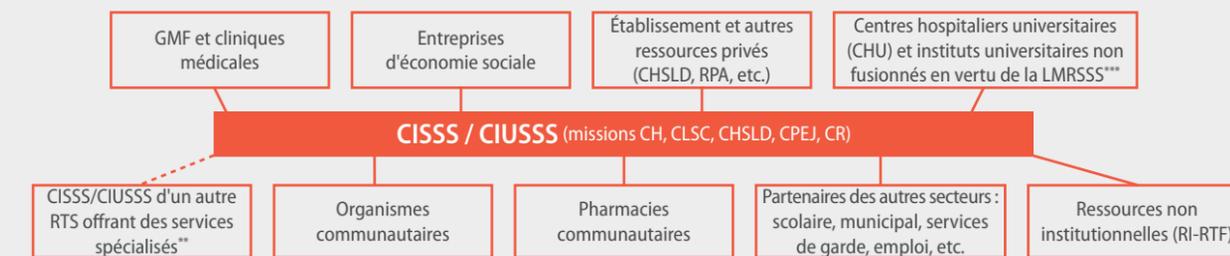


* Les 13 CISSS se trouvent dans chacune des régions sociosanitaires autres que celles de Montréal, de Québec, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean dans lesquelles on trouve les neuf CIUSSS (cinq dans la région de Montréal, un dans la région de la Capitale-Nationale, un dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, un dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean et un dans la région de l'Estrie).

Toujours sur la base de la responsabilité populationnelle, ces nouveaux CISSS poussent la logique intégrative jusqu'à l'extrême : ils regroupent l'ensemble des structures de leur territoire, soit un ou des hôpitaux, les centres locaux de services communautaires, les EHPAD, les centres de protection de la jeunesse, les centres de réadaptation, éventuellement un hôpital psychiatrique, les missions des ARS et les missions

de santé publique. Cela permet d'offrir, au sein d'un même établissement, l'ensemble de la gamme des services : la santé physique, la santé mentale, la santé publique, des services généraux, le soutien à l'autonomie des personnes âgées, la prise en charge des jeunes en difficulté, le soutien aux personnes souffrant de déficiences physiques ou mentales et enfin le traitement des addictions.

PRINCIPAUX ACTEURS D'UN RÉSEAU TERRITORIAL OU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX*



* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires. ** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire. *** La LMRSSS réfère à la Loi modifiant l'organisation et la gestion du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

> **Enfin, le projet de loi 10 prévoit une augmentation considérable des pouvoirs du ministre** : il est désormais chargé de l'allocation des budgets aux établissements, de la coordination des activités des établissements, de la supervision des ententes de services entre établissements et professionnels de santé, de l'établissement et l'application des plans régionaux d'effectifs médicaux, entre autres. Le ministre pourra désormais fusionner des établissements, contraindre les établissements à établir des corridors de santé et sera chargé de développer et de superviser la mise en œuvre d'outils d'information et de gestion. La loi prévoit en outre que le ministre puisse prendre directement part à la gestion d'établissement, par exemple en obligeant des établissements à « *faire usage commun de certains biens ou services qu'il détermine* ».

la première fois, ce projet de loi prévoit de lourdes sanctions financières à l'égard des médecins s'ils n'atteignent pas un ensemble de cibles, notamment en termes de suivi de patients et de nombre d'heures passées en établissement. En outre, le projet de loi introduit un nouveau concept, celui de « *taux d'assiduité* » : ce taux doit être interprété comme le pourcentage de visites effectuées par un patient auprès de son médecin de famille ou de son GMF d'appartenance sur le nombre total de visites en première ligne, incluant aux urgences. Ainsi, les médecins de première ligne seraient tenus d'atteindre une cible de 80% de taux d'assiduité ou s'exposeraient à des pénalités financières.

Discuté au Parlement sous procédure d'urgence, le projet de loi 10 est adopté le 7 février 2015.

Finalement, les fédérations de médecins parviennent à négocier la suspension de ces pénalités, en échange d'un engagement à atteindre l'ensemble des cibles d'ici au 1^{er} janvier 2018. Dans le cas inverse, les pénalités prévues par la loi s'appliqueront.

Parallèlement à ces chamboulements de structures, le ministre dépose aussi le projet de loi 20, qui vise celui-là directement à régler les problèmes d'accès à la première ligne de soins. Pour

UNE VALORISATION DE L'ENGAGEMENT DE LA TERRITORIALITÉ ET UNE INCITATION À PARCOURIR LE « CHEMIN D'INTÉGRATION TERRITORIAL »

L'engagement des établissements dans la dynamique de territorialité ne fait l'objet, en l'état, que de très peu d'incitations positives.

Le sens de la réforme vise, pourtant, à conduire les établissements à s'engager sur un « chemin d'intégration territorial » permettant de recomposer l'offre de soins publique et mieux structurer les parcours de prise en charge des patients.

La FHF réaffirme, sur ce point, que le terme de cheminement ne doit pas être présumé et que la fusion des structures ne doit pas être considérée comme un but à terme devant être uniformément atteint.

Il convient, au contraire, de faire confiance aux acteurs pour s'engager avec responsabilité dans la territorialité tout en déployant une série d'incitations positives pour encourager les établissements qui feront ce choix résolu.

> **Ces incitations doivent, d'abord, être déployées au niveau collectif. Plusieurs leviers pourraient être, ainsi, utilement mobilisés :**

- porter la gestion des autorisations au niveau des territoires en faisant coïncider les territoires des autorisations et les territoires des groupements ;
- réformer le modèle MIGAC pour y introduire une incitation financière à l'engagement dans la territorialité.

Cette logique d'incitation à l'intégration doit également pouvoir être déployée sur un plan individuel. De manière générale, le choix de parcours professionnels s'inscrivant dans la territorialité doit pouvoir être reconnu et valorisé. C'est le cas de manière plus spécifique s'agissant de la structuration des équipes médicales de territoire. C'est le cas également pour les fonctions de direction : un chef d'établissement non-support faisant le choix de s'inscrire dans un dispositif de direction commune associé à un groupement ne doit pas être pénalisé. Au contraire, ce choix fait au nom de l'intérêt général doit pouvoir être reconnu comme un facteur valorisant dans son déroulement de carrière. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 47

Pour les établissements qui le souhaitent, la FHF est favorable à ce qu'un « chemin d'intégration territorial » puisse être rendu possible en levant les obstacles actuels, et notamment ceux qui découlent du modèle de tarification autour de la colonne vertébrale des projets médicaux partagés. Ces incitations doivent, d'une part, être collectives par un positionnement des autorisations au niveau des groupements et par une refonte du modèle MIGAC pour tenir compte de l'évolution des missions du service public hospitalier. Ces incitations doivent, d'autre part, être individuelles par une valorisation des choix de parcours professionnels s'inscrivant dans la territorialité (constitution des équipes médicales territoriales, mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les personnels de direction et valorisation de leurs déroulements de carrière dans ces nouveaux cadres territoriaux, etc.).



Refondre le modèle MIGAC pour intégrer l'évolution des missions du service public hospitalier et en faire un levier incitatif à l'engagement dans la territorialité

Le montant de la dotation MIGAC a significativement diminué entre 2011 et 2014, passant de 7,3 à 5,3 Md€, avant de remonter en 2015 à 5,6 Md€. Elle a été fixée à 6,3 Md€ pour 2016. De nombreux changements de périmètre ont affecté cette dotation. En effet, un certain nombre de missions sont financées dans le FIR depuis 2012 pour certaines et 2013 pour d'autres. Ces évolutions de périmètre atteignent plus de 2 Md€. Si le vecteur de financement a changé, ces activités demeurent des missions d'intérêt général, mais ces modifications de périmètre rendent leur suivi plus complexe. La FHF s'est d'ailleurs montrée réservée sur l'évolution affichée en campagne 2016 avec de nouveaux changements de périmètre non communiqués.

Les MIGAC doivent pouvoir continuer à évoluer de manière positive et suffisante pour permettre au service public hospitalier de continuer à remplir ses missions. Cette condition générale n'empêche pas, pour autant, d'engager une évolution d'ensemble du modèle pour l'adapter aux transformations du service public hospitalier :

- > mieux prendre en compte les indicateurs de précarité économique et sociale (cf. *supra* les propositions pour traiter la question des effets de seuil liés à la MIG Précarité) ;
- > reconnaître le rôle particulier dans l'offre de soins qu'est appelé à jouer le service public hospitalier dans des contextes de démographie médicale libérale très déficitaire ;
- > soutenir l'engagement des établissements dans la territorialité. Une nouvelle MIG pourrait être ainsi créée – le cas échéant par redéploiement au sein du modèle – pour reconnaître les groupements faisant des choix d'intégration ambitieux et/ou développant sur une large échelle des dispositifs de postes médicaux partagés. Ce bonus financier à l'intégration pourrait fonctionner, dans son principe, comme les dotations supplémentaires versées aux intercommunalités ayant fait le choix de modèles de fonctionnement plus intégrés.

UN NÉCESSAIRE REPOSITIONNEMENT DU RÔLE DES ARS

Tout au long des étapes du « Tour de France » effectuées pour préparer cette plateforme, nous avons constaté le retard pris dans l'engagement d'un repositionnement des ARS pour s'adapter à la nouvelle territorialité. La FHF déplore d'autant plus ce sentiment largement répandu de déception devant le rôle joué par les agences qu'elle avait soutenu leur création.

Les ARS ne sont plus attendues aujourd'hui dans la gestion courante des établissements et des groupements. La nouvelle organisation territoriale doit, au contraire, impliquer un recentrage des agences sur leurs fonctions

de pilotage stratégique des objectifs de santé publique au niveau régional et de la recomposition de l'offre de soins.

Or, trop souvent, nous avons constaté la difficulté pour les agences d'arbitrer des situations complexes. Les retards de décisions des autorités de tutelle conduisent, sur le terrain, les acteurs hospitaliers à devoir assumer eux-mêmes des décisions de recomposition de l'offre sous la pression de la contrainte budgétaire ou des difficultés liées à la démographie médicale. La multiplication de ces cas pratiques de substitution à la tutelle traduit souvent un manque d'anticipation ou de capacité d'arbitrage. ►

► Dans ces conditions, 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. Cette évolution reviendrait à revenir – tout en conservant le périmètre d'intervention élargi au champ médico-social et à la médecine de ville – à ce qui était, au fond, l'esprit initial des ARH.

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

Si ce repositionnement des ARS ne pouvait être effectué en pratique, la question de leur devenir serait alors clairement à poser. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 48

Recentrer les ARS sur un rôle de pilotage des objectifs de santé publique et de régulation de la stratégie de recomposition de l'offre de soins sur le territoire ou, à défaut, poser la question de l'opportunité de leur maintien.

FAIRE RÉSOLUMENT LE CHOIX DE L'OUVERTURE SUR LA MÉDECINE DE VILLE

L'objectif des groupements hospitaliers de territoire n'a jamais été de constituer des méga-« bunkers hospitaliers » repliés sur eux-mêmes. Tout à l'inverse, la création des groupements et l'émergence de la responsabilité territoriale en santé doit pouvoir constituer une opportunité majeure d'ouverture du système hospitalier sur les partenaires de l'offre de soins. La loi de modernisation du système de santé a prévu la possibilité d'accords d'association avec les établissements de santé privés, à but lucratif ou non : ces partenariats doivent pouvoir être encouragés, dans le respect naturellement de la mise en œuvre des missions du service public et en poursuivant un objectif de cohérence et de lisibilité dans la construction des parcours de prise en charge des patients à l'échelle de ces nouveaux territoires.

S'agissant plus particulièrement des relations avec la médecine libérale, le déploiement de cette nouvelle territorialité doit pouvoir être le moment, pour les établissements du service public hospitalier, d'envoyer un signal décisif d'ouverture sur la ville.

Pour y parvenir, nous devons à tout prix résister à la tentation de l'encadrement et de la réglementation. Le déverrouillage des relations entre l'hôpital et la ville doit, avant tout, reposer sur un principe de confiance mutuelle et sur l'encouragement des bonnes pratiques issues du terrain.

> **Deux axes de construction nous semblent pouvoir être encouragés dans cette perspective :**

— **d'une part, les médecins libéraux doivent pouvoir être systématiquement associés aux groupements hospitaliers de territoire.** Les exemples positifs – comme à Niort – rencontrés dans le cadre de la préparation de cette plateforme montrent une grande diversité pratique de modalités possibles d'association. Cette liberté d'articulation positive entre l'hôpital et la médecine de ville doit être laissée aux acteurs locaux. Cette approche par le terrain nous semble la plus opérationnelle pour circonscrire le risque – sous-jacent dans la loi de Santé de janvier 2016 – d'une disjonction des territorialités avec la juxtaposition d'une territorialité hospitalière (les GHT) et d'une territorialité de la médecine de ville (les communautés professionnelles de territoire de santé).

— **d'autre part, les établissements du service public hospitalier doivent pouvoir se positionner résolument dans un état d'esprit d'ouverture opérationnelle à la médecine de ville.** De multiples démarches peuvent être engagées dans cette logique comme le déploiement de messageries sécurisées ou l'ouverture sur les correspondants de ville des dossiers des patients informatisés hospitaliers. Les établissements publics de santé peuvent également se positionner en force de propositions auprès de la médecine de ville en terme, de capacités techniques et logistiques dans le cadre du déploiement des nouvelles plateformes territoriales d'appui. Il ne doit pas naturellement s'agir d'une formulation uniformisée sur tous les territoires mais plutôt d'un état d'esprit de relecture des capacités et de l'expertise apportées par les établissements du service public hospitalier à la lumière des besoins opérationnels exprimés par la médecine de ville. Les plateformes territoriales d'appui (PTA), prévues aux articles L.6327-1 et L.6327-2 du Code de la santé publique, ont, en effet, pour objectif

d'assurer des « fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes qui sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours ». Le dispositif « Santé Landes » constitue, à cet égard, un exemple intéressant de positionnement de capacités et services hospitaliers dans le cadre de la construction d'un dispositif d'appui à la médecine de ville. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 49

Prévoir systématiquement un dispositif d'association des médecins libéraux aux groupements hospitaliers de territoire et inciter les établissements du service public hospitalier à se positionner résolument dans un état d'esprit d'ouverture opérationnelle vers la médecine de ville.

REPENSER LE RAPPORT DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER AU DOMICILE DANS LE CADRE DE CETTE NOUVELLE TERRITORIALITÉ

L'ouverture des parcours de soins demande de penser l'hospitalisation classique comme un moment dans le parcours du patient, moment qui doit être le plus court possible. C'est le sens du « virage ambulatoire », dont le but est de limiter le temps durant lequel le patient est hébergé en hospitalisation complète. C'est également dans cette optique que les établissements publics doivent repenser leur rapport au domicile du patient.

La révolution de la digitalisation, le déverrouillage des activités de télémédecine, le choix résolu de l'ouverture sur les correspondants de ville – médecins libéraux mais également infirmiers libéraux – doit conduire à engager une réflexion de fond sur les nouvelles modalités d'accès à l'hôpital depuis le domicile.

Cet engagement d'une approche globale sur l'apport de l'expertise hospitalière au domicile du patient constitue un levier puissant d'innovation et de transformation des modalités d'intervention du service public hospitalier.

À cet égard, le développement de la formule plus classique – mais très en prise avec ce mouvement de transformation profonde – de l'hospitalisation à domicile doit pouvoir être résolument encouragé. ►



Les propositions de la FHF pour le développement de l'HAD

UN ENJEU DE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DANS LE CADRE DE LA NOUVELLE TERRITORIALITÉ

La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire reconnaît la place primordiale de l'hospitalisation à domicile dans la construction des filières identifiées par les projets médicaux partagés. Il est donc important que les établissements publics travaillent dans de bonnes conditions de sécurité de prise en charge avec les établissements d'hospitalisation à domicile de leur territoire, afin de permettre au patient d'exercer sa liberté de choix sur ce mode de prise en charge.

La circulaire DGOS/R4 n° 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) fixe un objectif ambitieux d'un taux régional plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients par jour pour 100 00 habitants. Ce taux de recours est actuellement de 18,5 patients pour 100 000 habitants, avec de fortes disparités régionales. Or, pour atteindre ce taux, il est à prévoir que les ARS vérifient l'effectivité de la mise en œuvre de l'autorisation. L'absence d'exploitation des autorisations d'HAD par les établissements de santé risque d'être sanctionnée par les ARS qui pourraient procéder au retrait de ces autorisations.

L'HAD peut également représenter une solution d'aval pour les établissements de santé, qui pourraient faire baisser la DMS de certains séjours et de compléter les prises en charge ambulatoires.

REVOIR LES MODALITÉS DE FINANCEMENT

Revoir les modalités de financement permettrait d'encourager les établissements de santé à se lancer dans cette activité, qui est encore largement déficitaire pour eux. Ce travail est en cours, avec l'ATIH et la DGOS. L'objectif est au moins de couvrir les coûts de l'HAD pour les établissements.

INCLURE L'HAD DANS LES PROJETS MÉDICAUX À L'ÉCHELLE TERRITORIALE

Pour la FHF, les établissements publics doivent inscrire résolument le développement de l'HAD dans les projets médicaux des futurs GHT soit en faisant appel à leurs propres capacités, soit en approfondissant leurs partenariats avec les autres opérateurs autorisés sur leur territoire.

La FHF souhaite, par ailleurs, que les hôpitaux de proximité prennent toute leur place dans le développement de l'HAD en se positionnant en tant qu'offreur public dans le cadre des GHT dont ils seront partie prenante. En effet, les établissements de proximité ont pu développer une expertise particulière.

INSCRIRE LA CULTURE DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE DANS LES PRATIQUES DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Premiers adresseurs vers l'hospitalisation à domicile, les praticiens hospitaliers doivent être accompagnés vers une meilleure connaissance de l'HAD. Ce changement culturel doit pouvoir être favorisé par des rencontres régulières entre les médecins responsables de structures d'HAD et les praticiens hospitaliers, pour habituer chaque acteur aux méthodes de travail de l'autre et échanger autour des éventuelles difficultés de prise en charge.

► Les structures d'HAD rattachées à un établissement de santé ont, en effet, plusieurs avantages : elles communiquent plus facilement avec l'adresseur hospitalier, qui est un membre de la même institution ; ce dialogue permet une amélioration de la qualité de la prise en charge. Elles sont également souvent plus à même d'assurer la permanence des soins, notamment l'accès à un avis médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, accès que certaines structures autonomes ont parfois des difficultés à assurer. Enfin, les HAD rattachées à des établissements classiques ont accès à des praticiens spécialisés plus facilement. ■

CLÉ DE DÉVERROUILLAGE N° 50

Engager une démarche d'ensemble sur le renforcement de l'accessibilité à l'expertise hospitalière depuis le domicile du patient et soutenir résolument le développement de l'hospitalisation à domicile en mettant en œuvre les propositions formulées, à cet égard, par la Fédération hospitalière de France.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Contributions de la commission des usagers de la FHF à la plateforme 2017	p.95
ANNEXE 2 - Contribution de l'Espace éthique de la FHF au projet plateforme pour l'élection présidentielle 2017	p.97
ANNEXE 3 - Contribution des FHF régionales	p.99
ANNEXE 4 - La concertation numérique de la FHF	p.119
ANNEXE 5 - Le tour de france de la FHF	p.131
ANNEXE 6 - Étude sur « <i>les français et l'hôpital public</i> »	p.144
ANNEXE 7 - Le baromètre FHF-obeas des enjeux RH	p.151
ANNEXE 8 - Les propositions de la FHF sur l'activité libérale à l'hôpital dans le cadre du rapport LAURENT	p.177
ANNEXE 9 - Les 17 propositions issues des Assises hospitalo-universitaires	p.180
ANNEXE 10 - Enjeux actuels des décompositions et recompositions, ou comment faire « <i>sortir les entrées</i> »	p.183
ANNEXE 11 - Comment mieux prendre en compte la précarité socio-économique des patients ?	p.189

CONTRIBUTIONS DE LA COMMISSION DES USAGERS DE LA FHF À LA PLATEFORME 2017

Une politique interministérielle centrée sur la santé doit être réaffirmée tant dans le secteur sanitaire que médico-social. En ce sens, la FHF demande que le comité interministériel prévu depuis juin 2014 dans le cadre de la stratégie nationale de santé, se réunisse régulièrement afin d'être le garant d'une politique publique transversale et rende publiques ses orientations et propositions.

Un engagement politique fort est attendu, visant à rendre Le service public hospitalier est un acteur engagé, avec les autres partenaires du territoire, et un contributeur fort au service de cette politique dans l'intérêt de l'ensemble des citoyens.

1 ACCÈS AUX SOINS

CONSTATS

Une partie grandissante de la population vit dans des territoires en manque de professionnels de santé qu'il s'agisse de médecins généralistes, spécialistes ou d'autres professionnels de santé. Ces territoires qui peuvent être en zone rurale, périurbaine voire urbaine s'apparentent à des déserts médicaux pudiquement dénommés « *territoires en tension* ». Contrairement à l'image parfois véhiculée, il ne s'agit pas de territoires sans population, mais bien de territoires où la population fait face à une insuffisance majeure de médecins et/ou professionnels de santé.

Cette situation aggrave les inégalités de santé, en particulier pour les populations les plus éloignées du système de santé.

PROPOSITIONS

Dans les territoires où l'offre libérale est défaillante, l'hôpital public devrait assurer sa mission de service public en déléguant, sous réserve que des moyens humains et financiers lui soient alloués, des médecins hospitaliers pour assurer des consultations externalisées. Cette décision devant se faire en collaboration avec la médecine libérale, par exemple dans le cadre du conventionnement avec l'URPS.

Dans le cadre du développement des systèmes d'information en santé, les centres hospitaliers de proximité pourraient être dotés de plateaux numériques à tarif opposable

obligatoire dans toute politique publique le développement d'une étude d'impact populationnel effective et élargie au domaine de la santé (élargissement de la loi organique du 15 avril 2009 au domaine de la santé, bien au-delà des conséquences sur le transport, le logement, l'environnement).

Le service public hospitalier doit être le garant d'un égal accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population, partout sur le territoire, 24 heures sur 24.

En ce sens, son organisation devrait permettre une accessibilité tant sanitaire qu'économique et sociale.

Cette organisation devrait également tenir compte de l'ensemble de l'offre de soins sur son territoire, ce qui nécessite un changement culturel qui implique de repenser ce schéma et de définir des passerelles possibles dans une logique de parcours de santé, entre le premier recours, l'hospitalier et le médico-social.

(télémédecine, télésurveillance, téléconsultation, consultations avancées, etc.) permettant une accessibilité plus simple et plus rapide en proximité à l'excellence de l'expertise.

Conformément à l'article L. 6112-2 du Code de la santé publique, il est nécessaire de mettre fin aux dépassements d'honoraires à l'hôpital public.

La FHF rappelle que les différences de délais d'obtention de rendez-vous entre le secteur privé et le secteur public dans les établissements publics sont inacceptables.

2 DÉMOCRATIE SANITAIRE

CONSTATS

La loi de modernisation de notre système de santé a réaffirmé l'importance du développement d'une démocratie sanitaire dans notre pays, s'inscrivant ainsi dans la philosophie des lois de 2002.

Dans les faits, cette implication reste largement perfectible. La mise en place des GHT en est un exemple puisque la démocratie participative n'a été que très rarement activée.

PROPOSITIONS

Toute réforme touchant à l'organisation du système de santé doit faire l'objet d'une information des populations, afin que celles-ci puissent appréhender à la fois les enjeux que sous-tendent ces réformes, les missions des différents acteurs et structures et les impacts sur leur recours quotidien à l'offre de soins. Les établissements publics de santé doivent contribuer à cette information.

Associer les patients ou leurs associations à la déclinaison des filières et des parcours et par là même en particulier à la définition des projets médicaux partagés dans le cadre de la mise des GHT.

Les établissements publics de santé doivent s'engager à créer les conditions d'exercice de la participation des usagers. La FHF, tant au niveau national qu'au niveau régional, et en collaboration avec sa commission des usagers et l'institut pour la démocratie en santé, s'engage à valoriser les bonnes pratiques en ce domaine.

La culture relative à la santé publique, au système de santé et à la démocratie sanitaire doit être intégrée au parcours éducatif à la santé prévu à la fois par la loi sur la refonte de l'école et celle de modernisation de notre système de santé.

CONTRIBUTION DE L'ESPACE ÉTHIQUE DE LA FHF AU PROJET PLATEFORME POUR L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE 2017

POUR UNE ORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ RESPECTUEUSE DES VALEURS ÉTHIQUES

- 1 Pourquoi notre système de santé peut-il paradoxalement conduire à augmenter la concentration et l'exclusion des personnes les plus vulnérables ?**
- 2 En quoi la mise en œuvre de principales dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé peut-elle améliorer la santé, la justice, le respect, l'autonomie particulièrement des personnes les plus vulnérables ?**
- 3 Comment reconnaître et valoriser dans la pratique et le financement des activités les actes réflexifs et délibératifs collégiaux qui conduisent à des décisions médicales respectueuses de l'autonomie de tous et notamment de la volonté des personnes vulnérables ?**
- 4 Dans une société démocratique dont une des valeurs fondatrices est l'égalité – ce qui induit le respect des personnes les plus vulnérables – comment fonde-t-on les choix et les priorités en matière de santé dans un contexte de contraintes financières – nous n'avons en effet plus forcément les moyens de toutes nos ambitions et les capacités à développer partout et pour tous les avancées de la médecine dans tous ses champs ?**

Du fait des progrès dans le domaine de la santé, de plus en plus de personnes vivent de plus en plus longtemps, avec souvent plusieurs maladies et des handicaps¹ synchrones.

Sur un plan médical : soigner des personnes « *polyopathologiques* » est un nouveau paradigme qui met en difficulté l'organisation même du système de santé.

Du fait du cloisonnement du système de santé, de l'hyper-spécialisation de la médecine, le soin et les traitements sont segmentés. Chaque organe ou chaque fonction défaillante est bien traité, mais l'absence d'approche systémique ou globale aboutit souvent à un oubli du sujet du soin qu'est la personne soignée.

Une autre conséquence est la poly-médication inadéquate, qui n'a aucun sens et ne repose sur aucune référence de nature scientifique selon les pharmacologues. La question des priorités et des choix de traitements devrait être posée

systématiquement. Cette question devrait être l'objet de concertation avec la personne malade, et entre les différents spécialistes qui participent à sa prise en charge à l'hôpital et au domicile ou en institution ; cette concertation au sujet et avec la personne vulnérabilisée par l'âge et/ou la maladie serait de nature à éviter la non-pertinence de certains soins et traitements.

Soigner n'est pas seulement et pas toujours traiter : faut-il forcément traiter, agir au seul motif que « *l'on sait le faire* » en médecine ? Soigner peut être aussi et parfois « *décider de ne pas traiter* ». Soigner est avant tout respecter la personne ; la respecter dans ses choix, qui parfois ne sont pas ceux du médecin. Or, on constate parfois que des personnes – et particulièrement les personnes âgées – ayant exprimé à plusieurs reprises une demande de ne pas être traitées sont médicalisées contre leur gré et hospitalisées contre leur avis – souvent parce qu'il apparaît impossible de faire autrement.

¹ - La loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a, dans son article 114 défini comme suit la notion de handicap : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

Certes ces personnes vulnérables expriment souvent une forme d'ambivalence dans leurs souhaits, mais cette ambivalence ou cette indécision est parfois un peu vite assimilée à une forme d'incompétence ou d'incapacité de la personne ; cette indécision aboutit souvent au « *choix pour autrui* » dans le sens d'une médicalisation. Celle-ci a donc tendance à avoir un caractère systématique ; elle n'est pas suffisamment interrogée et encore moins anticipée. Elle conduit parfois également au paradoxe suivant : la médecine, du fait de ses avancées techniques et scientifiques, concourt à générer des situations de survie complexes incompatibles avec le respect des choix que la personne a pu exprimer. Ces situations sont aussi sources de souffrance existentielle.

Dans un registre voisin, certaines institutionnalisations semblent « *s'imposer* », pour des raisons de sécurité, à des personnes qui souvent ne le souhaitent pas.

Mais, de fait, est-il réellement possible aujourd'hui d'éviter par exemple le « *placement* » en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) si la personne âgée est dépendante – quand bien même elle garde son autonomie psychique – et seule, fragilisée du fait de maladies, de handicaps, quand bien elle ne souhaite pas ce placement ?

Le rapport de l'observatoire national de la fin de vie (ONFV) a conduit à des conclusions édifiantes en 2013 sur ce sujet.

Non, notre système de santé est ainsi fait qu'il contraint les personnes âgées à aller finir leur vie là où un grand nombre d'entre elles n'a jamais souhaité aller... Et pour parfaire le tout, il leur est demandé de payer pour aller là où elles ne souhaitent pas... Certes certaines personnes « *choisissent* » l'EHPAD, mais probablement parmi celles-ci, nombreuses sont celles qui font ce choix par défaut d'autres possibilités.

C'est ainsi que les personnes les plus vulnérables se trouvent tout à la fois « *concentrées et exclues* » du reste de la société. C'est ainsi que certaines personnes que la médecine s'est échinée à traiter et que notre société veut « *protéger* » ou « *sécuriser* » demandent parfois à mourir... en raison du non-sens et de la dépossSESSION de leur vie.

Notre système de santé devra s'adapter à cette réalité du vieillissement démographique d'une part et à l'augmentation du nombre de personnes porteuses de maladies chronicisées d'autre part. Il devra s'adapter à de nouvelles formes de soin pour les personnes souvent polyopathologiques. L'accompagnement respectueux des personnes vulnérabilisées par l'âge et/ou les maladies, l'aide au maintien de leur autonomie devraient être des actes soignants valorisés en tant que tels.

L'hôpital de demain devra s'ouvrir « *hors ses murs* » aux acteurs de soin de premier recours, pour permettre aux offres de soins de se déplacer vers les personnes plutôt que de contraindre les personnes à se déplacer vers elles comme c'est le cas aujourd'hui : c'est tout l'enjeu du travail en réseau, coordonné qui va devoir se développer.

Le soin ne pourra plus se penser sans un soubassement éthique préalable partagé concernant sa finalité pour éviter une surmédicalisation inadaptée. On peut espérer que la mise en œuvre des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé et les futurs projets régionaux de santé contribueront à cette évolution.

Puisque le progrès est associé à la genèse de situations complexes sources de vulnérabilisation des personnes, l'éthique clinique va devenir un élément essentiel dans l'organisation de notre système de santé. Puisque nous devons maintenant raisonner en termes de parcours de santé de la personne malade et d'approche globale ou systémique de la prise en soin, l'organisation de base de notre système de santé va nous obliger à creuser la notion de territoire : celui de la proximité de la personne (les communautés professionnelles territoriales de santé), celui des filières de soin (le GHT), celui du recours (avec les CHU), celui d'une gouvernance éthique... On peut imaginer le rôle majeur que pourront avoir demain les espaces régionaux de réflexion éthique et les comités d'éthique qui ne seront plus enclos dans les établissements de santé mais deviendront les comités d'éthique territoriaux qui contribueront à développer pour tous une éthique des parcours de santé.

On peut espérer que dans ce contexte, l'acte qui consiste à interroger le sens de l'action médicale, à construire une réflexion éthique, à délibérer collectivement, à parfois décider de ne pas faire... sera valorisé. Sans quoi, les bénéfices des avancées techniques et scientifiques pourraient se transformer en maléfices coûteux. C'est aussi et enfin la réflexion éthique – en ce qu'elle est un débat public, non enclos dans le champ des seuls professionnels de santé, mais ouvert vers la société – qui devra être mobilisée demain pour orienter les choix et les priorités en matière de santé qui vont devoir se décider demain. Les espaces de réflexion éthique ont à cet égard une mission contributive très importante que devraient aussi mobiliser les ARS.

À la faveur de la loi réformant notre système de santé, et à l'occasion prochaine d'une élection majeure pour notre pays, la FHF peut s'engager dans l'élaboration d'une charte éthique. La FHF souhaite en effet une justice distributive avec une équité de l'offre et une égalité de l'accès aux soins. Elle doit incarner la responsabilité sociale des établissements de santé. La politique de santé doit être au service de la personne et non des structures ou des emplois.

CONTRIBUTION DES FHF RÉGIONALES

CONTRIBUTION DE LA FHF BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ À LA PLATEFORME FHF – DÉCEMBRE 2016

La FHF Bourgogne Franche-Comté a pris connaissance du document de travail relatif à la plateforme 2017, et soumis à la concertation. Elle souscrit largement aux propositions contenues dans ce document, et à l'inscription de celles-ci dans la logique de « *pacte républicain* » dans lequel elles s'inscrivent.

La FHF-BFC souhaite cependant souligner les éléments suivants :

- > dans les circonstances actuelles, l'état doit donc à la fois mettre en œuvre une politique courageuse de planification sanitaire, et doter les établissements de moyens adaptés et stables pour assurer les missions qui leur sont confiées ;
- > l'hôpital public doit évoluer vers une stratégie de groupe renforcée, qui garantit un accès aux soins des Français dans tous les territoires : la FHF-BFC souscrit à la notion de territorialité et de « *responsabilité populationnelle* », et insiste sur la nécessité de renforcer l'ouverture vers les établissements et professionnels dans le sanitaire et le médico-social. S'agissant des GHT la FHF-BFC porte une logique de coopération dont les moyens, qui vont d'un management intégratif proche de la fusion, à un management « *en réseau* » d'établissements pleinement autonomes doivent être librement définis par les acteurs ;
- > cette ouverture doit s'effectuer dans un cadre clair : un hôpital n'est pas une clinique. Si les établissements privés à but lucratif ont toute leur place dans l'offre de soins, s'ils peuvent accéder, sous conditions d'en respecter les obligations, à certaines missions de service public, l'hôpital assume seul des missions essentielles au profit des plus fragiles et les plus âgés ; il supporte seul le poids de l'aménagement du territoire en effectuant des missions « *non rentables* » et en palliant, notamment au travers de ses missions de permanence des soins, aux carences du système de santé. À ce titre, il doit percevoir des financements spécifiques, sincères et pérennes, ce qui exclut toute convergence des tarifs avec les cliniques ;
- > l'autonomie de l'hôpital est un principe cardinal de son fonctionnement, comme la gouvernance équilibrée des directeurs avec les élus et les médecins. La FHF Bourgogne Franche-Comté prône des relations plus claires avec les ARS, qui ont fait l'objet dans notre région d'une charte FHF/ARS : à l'ARS de prioriser ses compétences stratégiques et de contrôle, de mettre en œuvre une évaluation par les résultats plus que par les moyens, de simplifier les procédures, aux établissements et à leurs groupements une responsabilité renforcée et plus d'autonomie dans leur action territoriale et dans leurs missions opérationnelles. La FHF-BFC souscrit dans ce cadre à la proposition d'« *autonomie renforcée* », souhaite des assouplissements dans les statuts et dans les procédures, mais dans un modèle qui reste compatible avec les valeurs et les constantes de l'action publique ;
- > s'agissant du secteur médico-social, la FHF-BFC souhaite que soient engagés les chantiers nécessaires pour instituer et financer sur fonds publics un Cinquième risque, pour sauvegarder les habilitations à l'aide sociale, pour simplifier le régime kafkaïen de la tarification des établissements, et la lourde double tutelle qui pèse sur eux. En Bourgogne Franche-Comté, elle a engagé les établissements sociaux et médico-sociaux à s'inscrire dans une stratégie de groupe, qui peut prendre des formes multiples et librement choisies, allant de l'adhésion ou au conventionnement avec les GHT, à la constitution de GCSMS qui auront toute légitimité pour organiser les liens avec le secteur sanitaire.

> Enfin, la FHF-BFC souhaite souligner plus particulièrement quatre priorités :

- **la priorité de l'attractivité**, pour doter nos territoires de professionnels notamment médicaux compétents et mobilisés à travers un plan national très volontariste et décliné au niveau régional ;
- **la priorité de la qualité et de la pertinence des actes et des soins**, pour garantir à chacun les meilleurs soins, en préservant les grands équilibres économiques ;

— **la priorité de l'investissement, de l'innovation et de la recherche**, à travers notamment des modes de financement solides et pérennes ;

— **la priorité de la simplification des normes, des procédures et l'exigence de pause dans les réformes**, pour laisser place à l'initiative et à la créativité.

CONTRIBUTION FHF CORSE À LA PLATEFORME POLITIQUE DE LA FHF

P. Forcioli

Le service public hospitalier est le service public préféré des Français en Corse comme sur le reste du territoire.

Il faut préserver ce qu'il représente, ce qu'il est, ce qu'il fait. Plusieurs menaces le fragilisent : attractivité médicale inégale selon les établissements et les territoires, situations financières dégradées, difficultés de financement des investissements et de l'innovation, poids des règles...

L'hôpital public est un acteur économique de premier plan : un des premiers employeurs dans son territoire, consommateur de biens et services intermédiaires, producteur de soins de santé, etc. Il est aussi un des piliers du pacte républicain de par son rôle sanitaire et social au service de tous, sans discrimination. Sa place doit être confortée.

En Corse la spécificité insulaire et le statut d'île montagne doivent être pris en compte dans la déclinaison de la stratégie de santé, les organisations sanitaires et médico-sociales, les aspects économiques et tarifaires, les normes et les référentiels.

Au plan général, pour être confortée dans son autonomie, l'hôpital a besoin de plus de souplesse : innovations managériales et techniques, assouplissement des recrutements médicaux et personnels spécialisés dans des disciplines exposées, assouplissement des achats (marchés allégés) et des financements (levée de fonds, partenariat public privé, etc.), possibilité de dérogations ciblées (temporalité, périmètre), libertés organisationnelles et techniques au sein des GHT, etc.).

Pour continuer à évoluer, répondre aux besoins des Français, l'hôpital public a besoin d'investir pour se moderniser (SI, télémédecine, innovations techniques), se restructurer (virage ambulatoire, plateaux techniques) et faire face à la transition énergétique (bâtiments à énergie positive, etc.). Pour cela nous aurons besoin d'un plan de soutien Hôpital 2017 restructurant.

CONTRIBUTION FHF HAUTS-DE-FRANCE À LA PLATEFORME DE LA FHF : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

La santé est une richesse, et l'hôpital public est représentatif du modèle de service public et de solidarité nationale que nous souhaitons préserver.

Quelques mois après la création de la nouvelle région des Hauts de France, et au moment où les deux anciennes fédérations hospitalières régionales publiques ne font plus qu'une, la FHF Hauts-de-France souhaite contribuer à la plate-forme de la FHF, **en mettant l'accent pour les politiques publiques, sur l'objectif de réduction des inégalités de santé.**

Pour traiter des inégalités de santé, deux facteurs déterminants se cumulent dans notre grande région, pour lesquels nous restons les plus pauvres de France métropolitaine :

- > **les inégalités sociales** qui renvoient aux disparités des niveaux de santé et aux écarts d'état de santé selon l'appartenance à une catégorie sociale ;
- > **les inégalités territoriales** qui renvoient aux différences de niveau de santé selon les territoires (accessibilité, ...).

Les six millions d'habitants de la région auxquels l'hôpital public entend offrir des soins de qualité ont, des besoins particulièrement élevés, ici plus qu'ailleurs en France.

Les politiques nationale, régionale, et territoriale de santé, qui découlent de ce constat, doivent viser à corriger ces inégalités et à améliorer la santé de la population.

Aussi faudra-t-il faire en sorte que l'égal accès de tous à une offre publique de qualité soit **favorisé, conforté, et compensé**, en tenant compte d'un état de santé très en

deçà des autres valeurs régionales et d'un vieillissement de la population, en des milieux territoriaux très divergents. Constatant les charges supplémentaires, générées par l'état de santé de la population, mesurées selon des indicateurs reconnus de tous, nous incite à demander, l'introduction, dans les critères de répartition des dotations de base, de plus de justice et d'équité.

Dans ce domaine, la FHF des Hauts-de-France ne peut que demander que les moyens alloués aux régions puissent être compensés et adaptés à leurs besoins.

Par ailleurs, au sein même de la région Hauts-de-France, en **infrarégional**, certains milieux :

- > sont fortement urbains, marqués par une métropolisation croissante avec une nécessité de désengorgement ;
- > d'autres, sont marqués par une désertification et un isolement rural aggravé par une pénurie des professionnels de santé dans les campagnes et certaines banlieues avec une nécessité de désenclavement ;
- > d'autres encore, se caractérisent par une importante concurrence et la présence d'autres opérateurs hospitaliers que les nôtres.

À l'heure où se construisent les groupements hospitaliers de territoires, qu'il faudra faire vivre au diapason des réalités territoriales, il convient aussi de prendre date, dans un plaidoyer en faveur de l'hôpital public, face à une situation régionale souvent inégale, mais promise à d'importantes évolutions dans les cinq départements de cette nouvelle grande région, dont la population, avoisine celles de la Finlande ou du Danemark.

CONTRIBUTION DE LA FHF IDF À LA PLATEFORME DE LA FHF 2017-2022 « RÉUSSIR LA TERRITORIALITÉ »

Suite à la présentation effectuée par David Gruson lors de notre bureau du 15 novembre 2016 et aux différentes contributions reçues, la FHF IDF soutient la démarche présentée par la FHF, pour « *réussir la territorialité* » au moyen **des liens croisés (droits et devoirs) entre l'hôpital et la République, qui doit mettre en valeur toute la place de cette institution dans le pacte social.**

En effet, la plateforme proposée rejoint nombre de préoccupations déjà largement exprimées lors des instances et Congrès franciliens, comme l'accessibilité aux EHPAD, l'innovation, l'amélioration de l'attractivité des métiers (qui pour les médecins ne peut uniquement reposer sur l'activité libérale à l'hôpital), le choc de simplification, la relance de l'investissement, la poursuite de l'approfondissement de la démocratie sanitaire, l'exportation de notre savoir-faire hospitalier, ou la réussite du temps 2 des GHT...

Notre bureau a formulé les précisions suivantes :

- > au sujet de la **réforme de l'AME**, le bureau remarque qu'il est nécessaire de trouver une position qui soit la plus consensuelle possible, entre limitation de l'AME à l'urgence, et la prise en compte d'autres soins. Le bureau souhaite également qu'une éventuelle réforme de l'AME n'entraîne pas de complications de gestion pour les établissements ;
- > le bureau soutient notamment **la proposition de conventionnement sélective pour la médecine libérale** contenue dans la plateforme, de façon à réduire les déserts médicaux, pour la compensation desquels nos établissements sont fortement mis à contribution ;
- > le bureau demande que soit présenté par la FHF un **bilan** des dernières plateformes présidentielles de la FHF, pour y distinguer ce qui a été mis en œuvre, et souhaite que soit installé un suivi de l'adhésion des candidats à la présidentielle à la plateforme 2017, ainsi que de sa future mise en œuvre ;

CONTRIBUTION DE LA FHF NORMANDIE À LA PLATEFORME DE LA FHF

UNE EXIGENCE D'ACCESSIBILITÉ DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL SUR LE TERRITOIRE DE LA RÉPUBLIQUE

Clé de déverrouillage 10

Constat

Le financement des établissements et services médico-sociaux fait l'objet de réformes structurelles qui visent, via la rénovation du cadre contractuel, à améliorer le pilotage du secteur et l'adéquation entre les moyens alloués et les besoins des publics pris en charge.

D'une part, la loi portant adaptation de la société au vieillissement (LASV) réforme la tarification des EHPAD à partir du 1^{er} janvier 2017 : l'allocation des ressources reposera désormais en grande partie sur une équation tarifaire déterminée à partir de l'estimation des besoins en soins des résidents, par le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et par la mise en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

D'autre part, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 généralise les CPOM d'ici 2021 pour le secteur des établissements et services accueillant des personnes handicapées, avec une double conséquence à cette échéance : l'achèvement du basculement sous dotation globale des établissements tarifés encore aujourd'hui en prix de journée d'une part, et par l'intégration dans un cadre budgétaire rénové, fondé notamment sur la réalisation d'un EPRD annuel comme dans le champ des personnes âgées. ►

Propositions

Permettre la fongibilité des sections tarifaires au regard d'un cadre budgétaire rénové (EPRD), comprenant possibilité pour les gestionnaires de l'affectation d'éventuels excédents ou déficits.

Sur les établissements habilités à l'aide sociale tout en réaffirmant le principe de non-déshabilitation, prévoir la possibilité de dépassement autorisé pour des prestations contenues dans le tarif socle.

LE SOUTIEN À L'INNOVATION EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAPÉES

Clé de déverrouillage 18

PASSER D'UNE FILIÈRE HOSPITALIÈRE GÉRIATRIQUE À UNE DYNAMIQUE GÉRONTOLOGIQUE DE TERRITOIRE

Dans le contexte de la loi de santé, les centres hospitaliers doivent se recentrer sur certaines priorités pour être reconnus comme des pôles d'excellence. Le virage ambulatoire en est incontestablement un enjeu important. Ils doivent aussi adapter leur politique de santé au vieillissement de la population et à la transformation de ses attentes de solutions de plus en plus diversifiées.

La loi de santé et la loi d'adaptation de la société au vieillissement mettent toutes deux le focus sur l'adaptation du système de santé au vieillissement et sur la prévention de la perte d'autonomie.

Les GHT intègrent dans leurs actions prioritaires du projet médical le projet gérontologique et la filière de soin des personnes âgées.

Ainsi, l'enjeu majeur de la prochaine décennie est de sortir de la filière hospitalière gériatrique pour développer une dynamique gérontologique de territoire, offrant aux personnes des réponses multiples et variées au plus près de leur domicile.

Moderniser les établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et rouvrir des fenêtres de création de places

Même si les personnes souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile, l'entrée en établissement reste un choix pour certaines personnes âgées avec une perte d'autonomie et nécessaire pour d'autres présentant certaines pathologies (neurodégénératives notamment). Ces structures sont encore trop « diabolisées » car elles sont souvent très vétustes et leur projet s'est souvent éloigné d'un projet de vie sociale au profit d'une vision très sanitaire.

L'exercice d'un droit des personnes âgées à « bénéficier d'un logement qui leur soit propre et adapté à leurs besoins » est demeuré un vœu pieu depuis le rapport LAROQUE de 1962, même si certains établissements offrent parfois de véritables petits appartements dont l'organisation et le mode de fonctionnement voient la conception d'un domicile, faisant alors la preuve qu'il est possible d'allier ces attendus au projet de soin. La culture sanitaire, répondant très bien au défi des polyopathologies, est souvent fortement imprégnée dans les EHPAD, laissant moins de place à une approche gérontologique reposant sur l'autonomie et les capacités restantes (les ressources sociales) des personnes et exigeant des savoir être et savoir-faire souvent plus complexes et individualisés à porter.

De nombreuses personnes sont en attente d'une place en EHPAD et vivent donc à domicile dans des conditions de grande précarité de soin avec des hospitalisations récurrentes.

De nombreuses personnes handicapées vieillissantes, issues des établissements spécialisés, sont aussi en attente de places. Les EHPAD pourront s'adapter à leur accueil si les moyens leur en sont donnés. Mais il faut bien prendre la mesure aussi que leur intégration va encore plus « saturer » les EHPAD car ces personnes ont une espérance de vie plus longue que les personnes âgées.

Les EHPAD resteront des structures incontournables dans le parcours de santé des certaines personnes et doivent donc être des lieux dignes. La culture de ces établissements doit permettre aux personnes d'y exercer leur citoyenneté malgré leurs difficultés, d'y trouver une intimité malgré la vie communautaire importante et d'y être protégées sans renoncer à la liberté d'aller et venir.

Recommandations :

> créer des places supplémentaires en EHPAD.

> soutenir la modernisation des EHPAD, en faire des lieux de vie en veillant au projet architectural, à son emplacement et au projet de vie. Les établissements médicosociaux doivent être soutenus dans leurs investissements via un abondement de la CNSA.

REPENSER LES FILIÈRES D'HÉBERGEMENT ET ORGANISER DES « CENTRES GÉRONTOLOGIQUES DE PROXIMITÉ »

Par centre gérontologique, nous entendons une plateforme de services et d'hébergements gradués, bien intégrée dans le territoire, bien repérée comme un lieu « ressources » intervenant en appui et en complémentarité de l'offre de services à domicile.

Si la majorité des personnes souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile, il nous appartient de travailler à organiser la filière gérontologique de manière à ce que les conditions du domicile soient tout aussi bonnes que celles des structures d'accueil, sans les opposer. Bien au contraire, en rapprochant le domicile et les établissements dans le respect du libre choix et du parcours de vie, nous permettons aux personnes de mieux assumer leur choix de parcours de vie.

Dans le cadre du projet gérontologique des GHT et de la répartition de l'offre d'hébergement et de services, il semble judicieux de structurer des centres gérontologiques sur les bassins de vie du territoire. Les centres gérontologiques de proximité participeraient au projet médical gérontologique des GHT et pourraient alors être « membres associés » des GHT dans le but de dynamiser le « parcours personnes âgées ».

Il faudra alors y diversifier l'offre d'accueil et d'hébergement pour répondre aux attentes des personnes âgées en fonction de leur perte d'autonomie car la population a des attentes de solutions de plus en plus diversifiées. Le contexte législatif de la loi ASV représente une belle opportunité pour repenser les filières d'hébergement portées par les établissements médico-sociaux publics en les intégrant dans une vision adaptée aux attentes et besoins des personnes âgées et de leurs aidants dans les décennies à venir.

Les nouvelles formes d'hébergement passent par les résidences autonomie, les résidences services, les habitats regroupés, les familles d'accueil, les structures de répit pour les couples aidants/aidés, les formes innovantes à domicile comme le baluchonnage, etc. Leur accessibilité peut être impossible pour les personnes aux revenus modestes si elles sont privées et que le PJ est élevé.

Recommandation :

> encourager et soutenir financièrement le portage de nouveaux modes d'hébergement adossés aux établissements médico-sociaux publics afin de créer des centres gérontologiques de proximité, porteurs d'une palette de services et d'hébergement, et de favoriser ainsi la dynamique de parcours de santé des personnes.

LA RECHERCHE GÉRONTOLOGIQUE

La gérontologie embrasse quatre aspects en interaction constante :

- > le vieillissement physique : la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler ;
- > le vieillissement psychologique : la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de l'individu ;
- > le contexte social mouvant du vieillissement : l'influence qu'exercent l'un sur l'autre l'individu et son environnement (commerces, voisins, services cohabitant, etc.). Cet aspect touche la santé, le revenu, le travail, les loisirs, la famille, etc.
- > le vieillissement comportemental : résultat des changements ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné et regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation.

En dehors du contexte soignant, la gérontologie est liée à des disciplines comme la philosophie, les sciences politiques, la psychologie de même que la sociologie et l'histoire.

Il est nécessaire de rapprocher et de dynamiser autour des questions du vieillissement les acteurs du soin (hôpital, ville, établissements médico-sociaux), de la formation et de l'entreprise en vue de répondre aux défis de l'accompagnement de l'allongement de la vie. C'est le rôle des gérontopôles qui doivent faciliter le transfert des actions de recherche vers les services cliniques et les services d'aide aux personnes âgées.

Le lien avec les entreprises est à développer, en s'appuyant sur les initiatives locales et nationales.

Recommandation :

- > **développer et soutenir des gérontopôles régionaux.**

DÉVELOPPER LA PRÉVENTION

La prévention est le moteur de la politique de l'âge. Les progrès scientifiques de toutes les disciplines et les technologies autorisent aujourd'hui à l'optimisme et la perte d'autonomie n'est pas inéluctable. L'anticipation sera la priorité dans les décennies qui vont suivre. Il faut sortir des idées reçues sur la fatalité et travailler sur les situations sur lesquelles nous pouvons et devons agir pour préserver l'autonomie, pour faire reculer la perte d'autonomie dite « évitable » en repérant et en combattant plus tôt les premiers signes de fragilités.

Les services du CHU et des centres hospitaliers ont un rôle incontestable à jouer dans ce rôle de prévention en s'appuyant sur une démarche globale.

Dans ces différentes perspectives, il est question de valoriser toutes les compétences gériatriques des CHU et des centres hospitaliers pour développer ces nouveaux services, y compris des dispositifs innovants, et de venir soutenir la prise en charge des personnes âgées dans les dispositifs communs en apportant leur expertise. L'aptitude des gériatres à évaluer de manière globale pourra leur permettre de promouvoir une dynamique d'amélioration du parcours des personnes âgées, tant au sein des services du CHU que dans les services de proximité, à domicile au plus près des usagers. C'est un champ gigantesque d'évolution, de transformation et de progrès qui s'ouvre aux praticiens de la gériatrie dans les décennies qui vont suivre.

Recommandation :

- > **Créer des places d'hôpital de jour gérontologique « repérage et prévention des fragilités ».**

DÉVELOPPER LE SOUTIEN GÉRONTOLOGIQUE À DOMICILE

Les services des urgences sont encore trop souvent confrontés à des hospitalisations jugées évitables. Le travail mené avec les EHPAD par les équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et de psychiatrie, renforcé de la permanence en semaine, de journée, de plateformes téléphoniques, a largement contribué à diminuer les hospitalisations des personnes en EHPAD et les décès de ces personnes à l'hôpital car les équipes anticipent d'avantage. Les problèmes demeurent pour les personnes âgées à domicile, et pour toutes les personnes âgées la nuit et les week-ends quelque soit leurs lieux de vie.

Recommandations :

- > **renforcer les permanences gérontologiques et les équipes mobiles pour couvrir les EHPAD 24h/24 et les ouvrir au domicile pour anticiper les hospitalisations inutiles ;**
- > **renforcer la permanence gériatrique sur les nuits et week-ends avec les EHPAD avec un numéro unique ;**
- > **organiser une présence idé mutualisée sur plusieurs EHPAD ;**
- > **développer les équipes mobiles soins palliatifs, psychiatrique et gérontologique pour le domicile avec un numéro unique.**

RENFORCER LA FORMATION GÉRONTOLOGIQUE

La prise en compte des spécificités du public âgé repose sur des professionnels sensibilisés et formés. Les CHU et centres hospitaliers assurent l'enseignement des professionnels médicaux et paramédicaux. C'est dire leur pouvoir de transmission aux futurs professionnels.

La gérontologie représente malheureusement peu dans leur enseignement et donne lieu à peu de travaux de fin d'études.

Il convient d'impulser une plus forte inscription de professionnels expérimentés en gérontologie dans tous ces programmes de formation et de développer des cycles de formation continue plus spécialisés en gérontologie. Les soins palliatifs doivent faire partie intégrante de tous ces cycles de formation.

Ces programmes seraient à destination des professionnels médico-sociaux mais aussi à des professionnels du champ commun qui peuvent jouer un rôle important dans le repérage des situations à risque d'isolement comme les gardiens d'immeuble, les facteurs...

Il convient de valoriser les métiers de la gérontologie et de les faire évoluer en :

- > travaillant sur les pratiques professionnelles, l'interdisciplinarité, le travail en équipe ;
- > travaillant sur la réingénierie des diplômes : faire reconnaître le métier d'accompagnant gérontologique ;
- > développant les métiers de gérontologues avec une culture différente de celle de médecins (en créant des licences et master de gérontologie sociale à l'instar du Québec par exemple).

Recommandation :

- > **intégrer ces attendus dans les programmes de formations et développer de nouveaux cycles et métiers.**

CRÉER DES PLACES PALLIATIVES POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN FIN DE VIE

Beaucoup de personnes souhaitent rester le plus longtemps possible à domicile mais arrivée « au bout du bout », à l'aube de leur dernier souffle, la perspective de mourir seul à domicile est difficile et la demande d'entrée en EHPAD est alors très forte par la famille.

Faire entrer une personne en EHPAD dans ce contexte n'est pas simple car il accentue le stress des autres résidents qui y voient défiler la mort.

Les listes d'attente des EHPAD sont remplies de demandes de ce type auxquelles les EHPAD actuellement ont du mal à répondre du fait de la trop forte disparité de l'état de santé des publics qu'ils accueillent. Aussi, ces personnes décèdent finalement chez elles ou sûrement pour la plupart à l'hôpital dans des conditions non favorables ni pour elles ni pour les services hospitaliers, sans parler des coûts.

Recommandation :

- > **il serait judicieux de créer des places ciblées « soins palliatifs » à quelques EHPAD ou USLD qui pourraient accueillir ces personnes nécessitant des soins classiques de fin de vie (il n'est pas question ici des prises en charge complexes qui relèvent des lits de soins palliatifs). Ces lieux seraient adaptés aux circonstances, avec une attention particulière à l'accueil des familles et des proches.**

En préalable, rappeler l'engagement pris lors de la plateforme 2012-2017 qui postulait de corriger significativement les inégalités de moyens entre les différents acteurs de santé et entre les territoires.

Cet engagement s'est traduit par la recommandation 4 de la plateforme. Elle est d'autant plus d'actualité que la mise en place des GHT répond à la nécessité de territorialisation des prises en charge et s'inscrit désormais dans une logique de parcours.

Sur la rédaction de la plateforme actuelle nous attirons particulièrement l'attention sur des points de vigilance tels que :

UNE EXIGENCE D'INNOVATION

Les dispositions de la clé de déverrouillage 12 qui prévoient la mise en œuvre d'une logique de pérennité nationale pour soutenir le développement hospitalo-universitaire de certaines régions.

Clé de déverrouillage 19

Du point de vue de la gestion interne des établissements élargir et rendre pérenne les dispositifs régionaux expérimentaux post-internat tels que les ASRR postes dédiés aux jeunes chercheurs.

UNE EXIGENCE D'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS POUR CELLES ET CEUX QUI FONT LE CHOIX DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les dispositions de la clé de déverrouillage 24 relative à la parution du décret d'application sur les obligations de non-concurrence en cas d'évolution professionnelle dans le secteur privé sont pour nous une impérieuse nécessité.

La clé de déverrouillage 45 sur le fonds de soutien et de relance de l'investissement régional est à promouvoir

Les propositions du secteur médico-social ont été adressées à part. Elles pointent également la nécessité de s'adapter aux nouveaux besoins de la prise en charge des populations. En particulier en insistant sur le postulat éthique du maintien à domicile aux conditions.

D'offrir aux personnes âgées ou handicapées des conditions dignes de prise en charge. Nous invitons à une réflexion sur les soins palliatifs.

La reconnaissance de ces domaines spécifiques passe par une nouvelle offre de services et des possibilités d'évolution de carrière pour les professionnels.

Enfin nous souhaitons que le sujet de la non-déshabilitations à l'aide sociale soit un principe sanctuarisé.

CONTRIBUTION FHF OCCITANIE À LA PLATEFORME POLITIQUE DE LA FHF

La FHF a engagé une vaste consultation nationale de façon à peser dans le débat présidentiel. Force est de constater qu'en peu de temps la santé a retrouvé toute sa place dans le débat politique. Elle ne l'avait jamais perdu dans l'opinion.

Les fédérations hospitalières régionales sont en prise avec leurs nouveaux territoires, ceux de régions récemment fusionnées. Cette transformation profonde du paysage républicain renforce la prédestination de la collectivité régionale comme l'espace de mise en œuvre des politiques publiques en matière de santé.

Lors de sa convention régionale extraordinaire du 24 novembre 2016, notre fédération a inscrit la présentation du projet de plateforme politique comme le sujet central de ses discussions. Elle a unanimement souligné la qualité et la richesse des propositions qui refondent les relations entre la République et le Service Public Hospitalier.

Ces propositions, dénommées « clés de déverrouillage », au nombre de 50, peuvent se classer en deux catégories de clés : celles qui prolongent et amplifient des réformes attendues depuis de nombreuses années (exemples : la régulation de l'installation des médecins ou le choc de simplification) et celles, plus en rupture, capables d'améliorer très nettement l'efficacité de notre système de santé comme l'innovation en santé.

La FHF Occitanie propose de sélectionner pour les deux années qui viennent un nombre limité de propositions, de les défendre en les mettant en œuvre avec détermination.

1 LE FAIT RÉGIONAL DANS TROIS DIMENSIONS PRIORITAIRES

LA RECONNAISSANCE D'OBJECTIFS RÉGIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE

Une stratégie nationale de santé est une exigence pour assurer une égalité de traitement sur toute la France. Elle se décline par la loi et au travers une multiplicité de plans, d'objectifs et de priorités que les ARS conjuguent localement via des PRS d'une ambition démesurée pour que tout le monde y trouve son compte. Elle concentre à elle seule la quasi-totalité des ressources au travers un ONDAM structurellement dépassé.

Notre pays n'est pas uniforme du point de vue de la santé. Dans les régions qui sont devenues de vastes territoires (pour l'Occitanie on a coutume de nous comparer à l'Irlande ou aux pays du Benelux), les indicateurs de santé et les pathologies émergentes peuvent varier de façon significative par rapport à d'autres régions françaises.

Cette typicité doit être mieux prise en compte en laissant aux ARS une capacité d'action suffisante. Elle pose directement une question de déconcentration et de confiance.

Action :

> passer d'un ONDAM exclusif et cloisonnant à des ORDAM, complémentaires, prenant notamment en compte l'âge des habitants de la région et leurs morbidités spécifiques, réalisant une fongibilité des financements et donnant ainsi toute la responsabilité aux ARS pour porter les objectifs régionaux de santé.

DES PARCOURS DE SANTÉ INTRA-RÉGIONAUX LISIBLES ET OPPOSABLES

Pour renforcer l'efficacité du système de santé et s'adapter aux évolutions de la société, la stratégie nationale prévoit de réorganiser les soins autour du patient, à partir de leurs besoins, au travers de parcours de santé. Cela nécessite, en particulier pour les maladies chroniques, l'action coordonnée des acteurs des secteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.

Les groupements hospitaliers de territoire ajoutent aux parcours de santé une dimension renforcée de la gradation des soins à l'échelle régionale.

Le double enjeu est celui de la responsabilisation et du financement du modèle.

On a depuis longtemps investi sur le rôle des professionnels de santé pour faire en sorte que les prises en charge soient correctement coordonnées au travers le développement des coopérations interhospitalières, les liens ville-hôpital et avec les structures médico-sociales et récemment à travers les plateformes d'appui territoriales. Or, l'ensemble de ces interactions ne fonctionnent que parce que l'usager respecte un parcours qui lui a été annoncé et dans lequel il a pleinement confiance. Ignorer que c'est d'abord l'usager qui fait « réseau » et non les professionnels de santé, c'est penser un système sans responsabiliser l'acteur principal.

Notre plateforme a raison de poser une exigence républicaine à l'adresse du service public hospitalier. L'usager en fait également partie en tant que contributeur et bénéficiaire.

La modélisation du financement au parcours, dès lors qu'elle s'attache d'abord aux seules prises en charge programmées des maladies chroniques pour s'installer dans le paysage français, peut constituer un levier puissant de résolution des biais classiquement relevés : disparités en termes de morbidité ou de ressources médicales. En effet, le parcours nécessairement gradué s'apprécie et s'organise à une échelle qui n'est plus locale (entre deux effecteurs) mais à l'échelle départementale voire régionale.

Ce changement de modèle (financement annuel par patient, financement de cohorte, financement par épisodes de soins ou par programmes cliniques intégrés, etc.) nécessite une mise en œuvre via des appels à projets nationaux expérimentaux sur quelques parcours en s'appuyant sur des travaux préparatoires robustes et contrôlés. Il doit aussi prendre en compte le financement des actes à distance ou délégués.

Actions :

> **responsabiliser le patient par le respect du parcours de santé qui lui est proposé ;**

> **soutenir l'évolution du modèle de financement des établissements de santé en participant aux expérimentations des financements au parcours de santé.**

LA FORMATION MÉDICALE ET LE NOMBRE DE MÉDECINS À FORMER, UNE PRIORITÉ NATIONALE PORTÉE PAR L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DANS LES RÉGIONS

Nos établissements sont tous concernés par des difficultés grandissantes à recruter des médecins. Ces difficultés ne touchent plus seulement un nombre limité de spécialités et quelques catégories d'établissement, elles s'étendent à l'ensemble des territoires.

Cette situation n'est bien entendu pas propre aux établissements de santé mais concerne également l'exercice en ville, situation décrite comme génératrice de « déserts médicaux ».

Les mesures d'attractivité et d'organisation fonctionnelle prises ces dernières années et au cours des derniers mois en faveur de l'attractivité médicale notamment à l'hôpital vont évidemment dans le bon sens dès lors qu'elles sont financièrement accompagnées. La FHF via les propositions de sa commission permanente a en partie été suivie par les pouvoirs publics, mais il reste encore à faire notamment sur la valorisation du post-internat.

Mais la FHF va plus loin dans ses propositions pour réduire les fuites des talents dans le secteur lucratif ou vers d'autres formes d'exercice en préconisant des mesures nationales d'urgence à l'instar des obligations de non-concurrence ou du plafonnement des rémunérations dans le privé.

Il n'en demeure pas moins que la région, au travers ses facultés de médecine, est l'échelon le plus opérationnel pour former les futurs médecins et répondre aux besoins des territoires. Les CHU d'un côté peuvent s'appuyer sur un réseau d'établissements et d'équipes formatrices dans la très grande majorité des cas et, de l'autre, les groupements hospitaliers de territoire avec lesquels ils conventionnent forment progressivement le nouvel espace de gestion des compétences médicales.

La réponse au problème de la démographie médicale ne sera pas que quantitative et ce n'est pas l'arrivée de médecins étrangers qui réglera la répartition des médecins en France, car ils sont eux aussi attirés par les régions déjà mieux dotées.

Récemment, le ministère a annoncé une nouvelle hausse du *numerus clausus* mais cette régulation par touches successives ne répondra pas aux enjeux tant qu'un travail de fond ne sera pas conduit dans chaque région pour rapprocher évaluation prévisionnelle des besoins, y compris des établissements privés et de l'ambulatoire, et capacité de formation.

Le pari est bien celui de réussir ce rapprochement. Pour cela, il faut concevoir des services interhospitaliers à valence universitaire entre les CHU et les groupements hospitaliers

de territoire. L'esprit de la réforme du troisième cycle va dans ce sens et nous invite à relever le niveau d'exigence de l'encadrement pédagogique des internes dans les établissements hors CHU et à s'organiser en conséquence, mais cela suppose que les équipes concernées puissent accéder dans de bonnes conditions aux conditions de leur labellisation.

L'attractivité passe certes par des mesures statutaires et financières mais elle s'installera durablement par la qualité des liens interpersonnels qui se tissent avec des équipes médicales reconnues sur le plan académique.

Actions :

> **instaurer un *numerus clausus* régional en fonction des besoins prévisionnels de médecins à former ;**

> **réunir les conditions d'une labellisation universitaire dans les GHT.**

2 LE PARI DE LA MATURITÉ ET DE LA RESPONSABILITÉ DES ACTEURS LOCAUX

GHT, STOP OU ENCORE ?

Les groupements hospitaliers de territoire se sont installés dans le paysage français en créant beaucoup d'espoirs. La FHF a en fait fait depuis longtemps une de ses priorités stratégiques pour renforcer l'efficacité du système de soins, la performance et la place du service public hospitalier et on se doit de souligner le chemin considérable parcouru en quelques mois grâce à l'engagement des responsables hospitaliers. Après l'acte 1 de leur création, l'acte 2 du projet (médical) est en marche. Le suivant sera celui de sa mise en œuvre.

Le choix du GHT sans personnalité morale, présenté comme un marqueur de souplesse et de modernité, est discutable. On reste dans un entre-deux dans lequel les instances de gouvernance se sont bien évidemment rajoutées sans que la responsabilité juridique et financière des établissements membres ne soit certaine du fait de délégations de compétences incomplètes et insuffisamment précises notamment en regard des règles de la commande publique.

Cette forme d'insécurité n'est guère compatible avec la recherche d'une plus grande autonomie de gestion revendiquée par les groupements pour déployer des projets médicaux partagés et innovants. C'est la raison pour laquelle la question se pose d'en rester là ou d'aller plus loin.

La FHF avance l'idée d'un dispositif d'autonomie avancée pour les GHT. Nous soutenons cette idée mais en donnant une personnalité morale aux GHT de type GCS « d'établissements de santé » (multi-FINESS) ou autre réunissant chaque établissement membre. Chacun gardant ses instances vis-à-vis du GHT mais en les consolidant au niveau des instances délibératives du groupement. Cette organisation consolidée permettrait aux acteurs de trouver prioritairement la meilleure réponse aux besoins à l'échelle du territoire en lien avec les parcours, de décloisonner la gestion entre sites et d'organiser et mutualiser au mieux leurs ressources (dont au premier plan les équipes médicales territoriales) au travers de stratégies de groupe plus abouties et moins vécues hiérarchisées.

Le GHT, en tant que personne morale autonome, pourrait de plus opter via un droit d'option sur un statut « *autonomie avancée* » qui pourrait se prolonger par un droit d'option individuel des agents. Ce droit d'option viserait à faciliter les approches territoriales du GHT, les mobilités, l'attractivité des carrières hospitalières par des conditions d'emploi plus souples et plus attractives. Ce statut permettrait aussi une plus grande autonomie de gestion des GHT sur leurs achats pour une meilleure réactivité et performance économique. Enfin la question du rattachement non plus national mais régional du GHT aux collectivités territoriales régionales (Région) prolongerait la volonté légitime d'aller dans le sens d'une plus grande responsabilisation régionale de la politique de santé.

Actions :

> **doter le GHT de la personnalité morale via un statut de GCS rénové ou un nouveau dispositif ;**

> **rattacher le GHT à la collectivité régionale.**

UNE GESTION DÉCONCENTRÉE DES AUTORISATIONS

Le système procédant de la loi de 1991 a posé le principe d'autorisations par activités de soins. Dix-huit types d'autorisations existent auxquels il faut ajouter des autorisations spécifiques telles que la pharmacie ou des agréments pour certains actes remboursables.

Ce système engendre une complexité de pilotage et de gestion pour les établissements comme pour les ARS. Il participe plus à la constitution de rentes de situation et de fondement à la résistance au changement dans les territoires où certaines missions sanitaires sont en débat. Il a en partie échoué dans la rationalisation de la carte des activités d'urgence, de cancérologie comme de la cardiologie interventionnelle ou de la chirurgie cardiaque compte tenu de la faiblesse des seuils adoptés. Par ailleurs, le régime des autorisations des activités d'urgence assimilant service d'urgences et consultations non programmées engendre des déséquilibres dans l'allocation des ressources tant humaines que budgétaires.

La possibilité accordée aux établissements de santé et aux ARS de maintenir des activités de surveillance continue distinctes des activités de réanimation permet à de nombreux établissements de développer une activité chirurgicale ou médicale à risques avec possibilité de transfert vers les établissements de recours disposant de la réanimation. Or ces dispositions devraient être limitées aux territoires les plus éloignés de ces centres de recours.

Certains pays (Australie par exemple) procèdent par une autorisation des établissements par stratification des missions à garantir selon un cahier des charges national :

- > plateforme d'accès aux soins (a) avec des consultations générales ou spécialisées associant les professionnels de ville par convention, réseau ou exercice partagé ;
- > établissement comprenant le (a) et des activités d'hospitalisation ou d'hébergement sans traitement interventionnel (b) ;
- > établissement en milieu urbain comprenant (a) + (b) et les activités d'hospitalisation comprenant une chirurgie programmée ne requérant ni réanimation ni surveillance continue ;
- > établissement en milieu urbain comprenant (a) + (b) + (c) et les activités d'obstétrique et périnatales ;
- > établissement spécialisé (SSR, Santé mentale) ;
- > établissement de recours comprenant (a, b, c, d) pouvant intégrer des fonctions spécialisées ;
- > établissement de référence comprenant les missions précédentes intégrées aux fonctions d'enseignement, de recherche et d'innovation.

Ces dispositions permettraient de rationaliser la carte hospitalière française en privilégiant l'optimisation des implantations d'établissements.

Pour être rapidement instruites, les autorisations devraient se fonder sur des modalités de gestion des seuils d'activité plus exigeants et s'appuyant sur une équipe médicale de territoire. Par exemple, il serait possible de relever le seuil minimal d'autorisation pour la chirurgie du cancer en permettant à une équipe accréditée d'intervenir dans plusieurs sites pour dépasser les craintes liées d'une hyperconcentration dans les métropoles. Il en serait de même avec un seuil minimal de séjours chirurgicaux par établissement pour réaliser la chirurgie ambulatoire comme la chirurgie conventionnelle.

La simplification du régime des autorisations doit permettre une mutualisation de l'instruction, un pilotage coordonné des évaluations et contrôles internes afin de s'assurer du respect des cahiers des charges nationaux et de l'intégration de la démarche qualité gestion des risques. Cette proposition est dans la logique de la structuration de parcours de santé reposant sur une gradation de l'offre de soins. Elle peut également s'intégrer dans la logique du compte qualité adopté par la Haute Autorité de santé pour la V2014 de la certification des établissements de santé.

Elle permettrait également de simplifier la gestion des autorisations par les ARS. Les inspections sanitaires seraient maintenues sur la base d'un programme annuel et d'indicateurs de ciblage en fonction du profil de risques des sites hospitaliers et des parcours.

Enfin, sur le plan des activités chirurgicales ou interventionnelles l'opinion publique pense que la qualité et la sécurité de l'acte reposent sur un opérateur ou son équipe rapprochée. Or, les résultats périopératoires français sont distancés d'après les études internationales alors que la formation des professionnels est excellente. Une répartition plus sécurisée des actes opératoires et interventionnels s'appuyant sur des équipes de réanimation entraînées est susceptible d'améliorer les résultats de soins et de sauver davantage de vies. La dispersion actuelle expose les dispositifs des soins critiques aux faiblesses de la démographie médicale. La FHF pourrait s'engager dans une campagne pour sauver des vies supplémentaires grâce à une meilleure organisation territoriale des soins critiques.

Actions :

> **instaurer une autorisation de groupe que le GHT déclinerait par site, sur la base d'un schéma de stratification, en substitution du régime actuel des autorisations par activité ;**

> **confier la responsabilité de la mise en œuvre des autorisations au GHT (ou à l'entité gestionnaire d'un groupe privé) en conformité avec la stratification des missions par établissement arrêtée par l'ARS compétente ;**

> **affirmer que les activités chirurgicales/interventionnelles requièrent des équipes entraînées, multidisciplinaires aptes à gérer les complications H24.**

3 L'ÉVITABILITÉ ET LA PRIORISATION, DEUX PRINCIPES D'ACTION DE L'AMÉLIORATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

FHF - PRÉVENTION

La prévention en matière de santé est l'un des défis majeurs de notre politique de santé trop centrée sur le curatif. En moyenne dans les pays de l'OCDE, seuls 3% du total des dépenses de santé sont affectés à la prévention. En France, ce taux est encore plus bas, autour de 2%. Les professionnels de santé concourent à la mise en œuvre des trois types d'actions de prévention auxquels s'ajoutent avec une acuité plus récente les actions de prévention quaternaire visant à éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé (pertinence des actes, prévention de la surmédicalisation). La littérature internationale indique qu'entre 30 et 50% des patients ayant une maladie chronique ne recevraient pas les soins conformes aux recommandations, que 20 à 30% des soins seraient non nécessaires voire dangereux et que 30% des dépenses de santé seraient inutiles et n'apporteraient pas de plus-value dans les soins.

La France vient de passer une étape supplémentaire en publiant fin novembre 2016 son premier atlas des variations des pratiques médicales sur 10 interventions chirurgicales. Ces écarts expliqués ouvrent la voie au référencement et au pilotage d'une démarche proactive et incitative

d'amélioration de la pertinence des soins. Elle ne réussira que grâce à une association étroite des professionnels, des décideurs et des patients.

L'hôpital ne peut rester en marge de ce mouvement de fond à la fois pour des raisons éthiques mais aussi stratégiques. En soutenant avec volontarisme la pratique d'une médecine sobre et pertinente, les établissements concernés transformeront alors significativement leur courbe de valeur et se positionneront avant tous les autres sur les attentes de leurs futurs patients.

Actions :

> **agrèger et porter à l'échelle des GHT les projets d'intervention en santé publique en lien avec les autres acteurs de santé du territoire en les sanctuarisant via un budget annexe ;**

> **s'ouvrir à la professionnalisation des patients-experts dans les établissements et donner corps à la démarche « Choisir avec soin ».**

POUR UNE DÉMARCHE QUALITÉ SIMPLIFIÉE ET PRIORISÉE

Depuis 1996, la France porte une certification pour tous les établissements de santé, universaliste car touchant tous les professionnels et toutes les tailles d'établissement avec un manuel unique et des critères communs aux secteurs public et privé.

Ce choix, justifié stratégiquement pour implanter la démarche qualité partout et juridiquement compte tenu du principe d'égalité, comporte deux inconvénients :

> une échelle de décision comparant des établissements aux missions très différentes donnant avantage aux établissements les moins complexes et aboutissant à sanctionner les autres. Ainsi, dans le système actuel, la comparaison revient à laisser comprendre aux usagers que les CHU sont potentiellement plus à risques que d'autres établissements. Or, le cadre d'évaluation de la certification de la V2014 repose sur une appréciation de l'exposition aux risques et son degré de maîtrise.

Compte tenu de leurs missions, certains établissements ont en effet une exposition aux risques supérieure qu'un autre établissement mieux classé par la HAS ne pourra pas pour autant mieux maîtriser. L'information du public ne gagne pas en termes de pertinence avec de tels biais d'interprétation ;

> une approche des résultats de soins par la conformité procédurale qui ne fait pas sens auprès de nombreux professionnels médicaux.

La HAS a pris la décision de mettre en place un compte qualité (CQ) qui permettrait de personnaliser davantage la certification mais, compte tenu des ressources consacrées aux visites et à leur traitement et compte tenu du nombre limité d'indicateurs de résultats opposables, le compte qualité n'a pas encore débouché sur une personnalisation de la certification, les établissements n'ayant pas de retours de la HAS sur le CQ.

Il faut considérer le fait que certains pays n'ont pas développé ou arrêté la démarche de certification obligatoire car jusqu'à présent, il n'a pas été établi de corrélation positive indiscutable entre certification et résultats de soins. Elle est majoritairement considérée par les milieux hospitaliers dans le monde comme par les entreprises comme un levier volontaire de changement porté par le management.

S'agissant de la forme de la restitution, les usagers et les pouvoirs publics ont souhaité maintenir un rapport par établissement. C'est pourtant une mauvaise réponse à

une bonne question que se pose un usager des services hospitaliers : « *Puis-je avoir accès aux indicateurs du service que je vais fréquenter ?* » Jusqu'à présent, compte tenu de la situation des systèmes d'information clinique, du nombre limité d'indicateurs de résultats, de la construction par établissement de la certification, la réponse est globalisée par entité juridique. Elle ne répond donc pas à la question de l'évaluation par la certification de la qualité des parcours de soins.

Actions :

> **centrer le compte qualité sur un nombre limité de priorités de santé devant faire leviers pour améliorer les résultats de soins :**

- à l'échelle du groupement hospitalier de territoire pour le secteur public et de ses partenaires associés (ou d'un groupe pour le privé),
- en lien avec les priorités de santé où les indicateurs n'ont pas encore atteint les seuils de qualité et de sécurité au plan national ou au plan régional (périnatalité, cancérologie en regard des inégalités d'accès aux soins, soins primaires en santé mentale, PEC des personnes âgées vulnérables pour limiter l'institutionnalisation, du diabète et de l'obésité, et des AVC, etc.) ;

> **centrer la visite et le rapport de certification sur les groupements afin d'évaluer les résultats de soins à l'échelle des parcours :**

- en passant par la personnalisation par service des indicateurs rendus publics,
- en produisant en routine des d'indicateurs de qualité à partir du système d'information clinique sur la structuration des parcours sur le territoire pertinent.

La HAS pourrait ainsi redéployer ses forces vers le traitement des comptes qualité et la gestion des alertes, vers des visites moins nombreuses mais plus territorialisées afin de fournir des expertises tant aux groupements qu'aux ARS ;

> **enfin, assurer la pertinence de l'échelle de décision de la certification fondée sur la taille des établissements :**

- le compte qualité complet devrait être le socle de l'échelle de décision. Un CQ complet devrait permettre une cotation A,
- un établissement de moins de 200 lits ayant satisfait à la procédure au terme d'une visite devrait permettre une cotation AA (cumul CQ et visite), de 200 à 600 lits une cotation AAA, de 600 lits et de moins de 1 500 lits une cotation AAAA, au-delà ou pour groupement une cotation AAAAA.

4 LE DÉFI DU VIEILLISSEMENT, UN ENJEU DE SOLIDARITÉ

La France comme la plupart des pays européens est confrontée à un fort vieillissement de la population qui ne va qu'aller en s'aggravant. Dans ce contexte, les politiques publiques se sont fortement engagées en faveur du maintien à domicile des personnes âgées. Cette politique répond bien sûr à une logique de maîtrise des dépenses publiques mais aussi au désir des personnes âgées et de leur famille. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement est très largement d'inspiration ambulatoire.

Pour autant, cette politique trouve désormais ses limites. Les personnes âgées arrivant dans les maisons de retraite sont désormais extrêmement dépendantes avec des besoins sanitaires de plus en plus importants. Les ressources des EHPAD sont en tension de plus en plus forte. Le vieillissement de la population va encore s'accroître dans les prochaines années (+25% de personnes âgées de plus de 75 ans d'ici 2025).

Malgré la mise en place du jour de solidarité, les ressources affectées aux personnes âgées restent insuffisantes et les restes à charge pour les familles et résidents de plus en plus insoutenables. Les départements rencontrent eux-mêmes des difficultés pour maintenir les ressources affectées aux structures médico-sociales avec des taux de reconduction des budgets nuls voire négatifs.

Dans ce contexte, il devient impératif aujourd'hui d'envisager la consécration d'un cinquième risque pour relever ce défi et ainsi ouvrir le champ de la protection sociale à l'autonomie. En effet, la perte d'autonomie est un risque encouru par chacun et il revient donc à la solidarité nationale de l'assumer.

En parallèle il devient urgent de clarifier les modalités de financement du secteur médico-social :

> sortir du mode de tarification ternaire qui est un mode de financement rigide dont les règles immuables et désormais éloignées de la réalité des besoins sont très préjudiciables à la qualité des prises en charge des personnes âgées (par exemple : répartition 70/30 des financements de certaines catégories de personnels – AS, ASH, AES... – sans lien réel avec la réalité des besoins) ;

> sortir du système de financement mixte très complexe : soins (ARS), dépendance (ARS et conseils départementaux), hébergement (conseils départementaux et usagers). Recentrer le financement sur un seul financeur qui pourrait être la collectivité territoriale départementale.

Actions

> **consacrer la mise en place du Cinquième risque pour ouvrir le champ de la protection sociale à la prise en charge de la dépendance ;**

> **accompagner la sanitarisation des EHPAD (USLD) ;**

> **supprimer le mode de tarification ternaire et recentrer le financement résultant du cinquième risque sur les collectivités territoriales départementales.**

5 POUR UN MANAGEMENT COMPÉTENT ET RESPONSABLE

Une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé et médico-sociaux vient d'être annoncée par la ministre. Cette stratégie ambitieuse, portée au plus haut niveau, était particulièrement attendue tant les signes de souffrance apparaissaient au grand jour depuis plusieurs années.

Ne rien faire eût été irresponsable et on doit saluer l'ampleur des actions annoncées rejoignant ainsi les souhaits exprimés par la FHF que s'engage un Plan national santé au travail en promouvant les démarches de qualité de vie au travail. Cette prise de conscience de l'urgence à accompagner différemment les changements structurels, techniques et culturels profonds qui traversent nos établissements, questionne néanmoins sur les ressorts managériaux disponibles pour que s'instaure dans de bonnes conditions un dialogue social de qualité. Les mesures d'amélioration de la qualité de vie au travail ne se déclineront qu'à cette condition.

Au plus haut niveau d'abord, il faut rompre avec les discours paradoxaux et les faux-semblants car les répercussions locales sont délétères et créatrices d'un climat de défiance. En effet, les équipes mesurent les contraintes économiques et sont conscientes de la réduction des marges de manœuvre, elles attendent un discours clair des pouvoirs publics sur les enjeux et les conséquences réelles des décisions nationales. Dans les établissements, les responsables hospitaliers au sens large tardent à se saisir de la problématique du dialogue social, à cause d'un manque de formation ou par sa confiscation.

Le manque de formation est patent. La formation des futurs managers en santé, en particulier dans les IFCS ou à l'EHESP, ne s'appuie pas sur un corpus contextuel suffisant et suffisamment transversal notamment en matière de médiation, de pédagogie et de communication. Elle est quasi inexistante dans les études médicales et par la suite. Nombre de rapports ont largement décrit ces lacunes. La réingénierie des formations des cadres hospitaliers doit impérativement aboutir.

Enfin, le cadre particulier de la fonction publique, limite les marges de manœuvre en matière de négociation locale aux conditions d'application de règles fixées au plan national. Une tentative de modernisation avait été proposée dans le rapport d'Édouard COUTY en 2013 sans aller vers une remise en cause du principe de hiérarchie des normes. Depuis la loi Travail a fait évoluer le droit du travail. Une réflexion sur certaines mesures transposables dans la FPH, au moment où la FHF suggère que les établissements accèdent à une autonomie renforcée, doit pouvoir être engagée.

Actions :

- > **finaliser dans l'année 2017 la réingénierie des formations des cadres hospitaliers ;**
- > **qualifier en management les médecins souhaitant s'engager dans un projet professionnel de chef de pôle inter-hospitalier ;**
- > **engager une réflexion sur les mesures transposables de la loi Travail dans les établissements publics de santé ;**

CONTRIBUTION FHF PACA À LA PLATEFORME POLITIQUE DE LA FHF

La FHF PACA a tenu une réunion régionale, sur le thème de la plateforme politique de la FHF, le jeudi 8 décembre 2016, sous la présidence d'A. Milon et animée par P. Domy.

Suite à une introduction de Philippe Domy présentant la méthode et la philosophie qui ont présidé à l'élaboration du document national, les échanges ont eu lieu avec les participants sur le fond, auxquels ont été jointes les remarques et observations que les adhérents nous ont transmises par e-mails.

Les adhérents considèrent que l'organisation de la santé et de la protection sociale doit être un des sujets majeurs de l'élection présidentielle de 2017.

Comme les Français l'ont rappelé dans le sondage ODOXA – FHF, d'août 2016, les adhérents FHF PACA sont attachés aux valeurs du service public hospitalier mais constatent que notre système est à bout de souffle et que l'Hôpital public est fragilisé.

Fragilisées par un hyper-centralisme de la gestion de la santé, les communautés hospitalières subissent, sur le terrain, des politiques publiques descendantes et bureaucratiques sans véritables marges de manœuvre et d'adaptabilité régionale pour les acteurs de santé.

Comme les Français, ils restent attachés au libre choix du médecin et à l'existence d'un secteur privé, gage de concurrence, d'émulation et de qualité.

La création des ARS, voulue par la FHF, déçoit dans leur déploiement. Au lieu de remplir le rôle de planificateur et de régulateur de l'offre des soins, l'État les incite à intervenir dans un rôle de tutelle tatillonne et bureaucratique, dans trop de compartiments de la gestion hospitalière.

La double tutelle nationale, du ministère des Affaires sociales et de la Santé et de la CNAM, est une source de complexification sur le terrain.

L'Assurance Maladie a tendance à vouloir s'immiscer toujours plus dans la gestion hospitalière.

Les hospitaliers aspirent à une pause dans les réformes et à une gestion plus autonome et plus responsable des établissements, au travers d'une gouvernance médico-administrative décentralisée ou du moins fortement déconcentrée.

Cette autonomie revendiquée, se ferait dans un cadre budgétaire contraint et avec des objectifs et des indicateurs à atteindre précis, dans le cadre de l'ONDAM ou d'ONDRAM.

L'autonomie doit être assortie de sanctions positives (maintien des gains de productivité dans les budgets hospitaliers) et négatives (changement des acteurs médico-administratif ne respectant pas la feuille de route).

La baisse de la démographie médicale et les difficultés à recruter des personnels médicaux dans certaines spécialités, posent le problème de l'attractivité à l'hôpital public.

Émerge alors le débat du statut juridique de l'hôpital public. Une majorité serait favorable à un statut *sui generis* proche des PSPH sans aller jusqu'au statut d'ESPIC, sans remettre en cause, les missions de service public. Cette évolution du statut juridique de l'hôpital public vise à introduire plus de souplesse pour plus d'efficacité (recrutement de contractuels en CDI, durée des temps de travail, contractualisation avec les professionnels libéraux, clause de non-concurrence, primes).

Cette évolution du statut de l'hôpital, pose inévitablement le devenir du statut de FHP.

Une minorité, cependant, reste attachée au modèle actuel mais en retrouvant le statut d'établissement public administratif local. Car le rattachement de l'hôpital aux territoires est central dans les enjeux des réformes en cours. Les GHT mettent la territorialité au centre de l'évolution de l'offre de soins, en ville, en périurbain et en zone rurale.

Les hospitaliers restent attachés au service public mais souhaitent qu'ils soient mieux définis et fasse l'objet de financements spécifiques adaptés aux missions et aux coûts.

Les spécificités de prise en charge auxquels répondent seuls les hôpitaux publics : activités non programmées (urgence), personnes en perte d'autonomie ou de handicap, santé mentale, précarité, doivent être reconnues et justement financées.

Le mode de financement de l'hôpital public doit évoluer pour s'adapter aux évolutions organisationnelles en cours (parcours de soins, virage ambulatoire) et aux coopérations interétablissement et ville/hôpital.

Mais il n'est pas pour autant question de vouloir revenir à un mode de financement par dotation. La T2A, avec ses imperfections, a permis une structuration de la politique hospitalière. Il faut trouver un autre mode de régulation que celle du prix/volume qui conduit à la baisse des tarifs. La déconnexion des tarifs et des coûts rend le modèle non économique et non viable à terme. Le modèle T2A est un frein aux coopérations et aux mutualisations de services médicaux et médico-techniques.

De plus, l'évolution des charges, en particulier de personnel, négociée au niveau national (point d'indice, temps de travail des urgentistes) sans revalorisation budgétaire, est quasi ingérable au plan local. La dégradation financière des budgets hospitaliers est liée à la baisse des tarifs, des évolutions de charges non contrôlable localement et à l'évolution des diverses normes auxquelles sont assujettis les hôpitaux et ce malgré des progressions d'activité.

Il en est de même pour les MIGAC qui sont, au fil du temps, une enveloppe financière fourre-tout sans lien avec les coûts réels des missions accomplies.

La FHF PACA est favorable à des financements au parcours, dans un premier temps à titre expérimental et sur des périmètres modestes et bien définis, vu la complexité du sujet et la nécessité de simultanément des enveloppes publiques et des enveloppes de ville.

L'articulation sanitaire, médico-sociale (PA, PH, santé mentale) et ville, nous paraît essentielle pour le développement réel de parcours de soins. La réussite de tels parcours ne peut reposer que sur la volonté des acteurs de soins dans des coopérations partagées et non imposées.

D'autres parts de l'activité hospitalière ne sont tout simplement pas financées ou mal valorisées, au détriment de leur développement : télé-médecine, RCP, CCAM clinique, etc.

L'investissement est devenu un enjeu crucial pour les hospitaliers. Depuis plusieurs années celui-ci se réduit comme peau de chagrin alors que le parc immobilier est vétuste. Les besoins de mise aux normes de sécurité et de réhabilitation, en région PACA, sont estimés par l'ARS à 800 M€ alors que l'enveloppe régionale annuelle, hors opération nationales est de 10 M€.

Il en va de même pour l'investissement médical, à force de repousser les renouvellements d'équipements médicaux, à l'exception des renouvellements d'équipement lourds, le parc de biens médicaux est vieillissant alors que le secteur privé est en capacité d'investir.

Ce fort ralentissement de l'investissement hospitalier, y compris en CHRU, est préjudiciable au développement technologique de la médecine française et prive les patients des techniques de pointe.

L'évolution du dispositif des CHRU doit être appréciée au regard de la réforme territoriale des régions. Les assises hospitalo-universitaires qui se déroulent, actuellement, à Toulouse, à pour thème l'évolution du modèle des CHRU. La FHF PACA est favorable à ce que la valence universitaire, sous le contrôle des CHRU, puisse être reconnue à des services et/ou des équipes médicales, hors CHU, qui produisent des publications, participent à des études multicentriques et à des essais cliniques.

Les enjeux de la santé mentale sont importants. Outre la participation de la psychiatrie aux GHT, la constitution des territoires de santé mentale et la création des communautés psychiatriques de territoire (CPT) sont le socle du lien avec les citoyens et les collectivités locales. Le renforcement des liens ville/hôpital, psychiatrie/ disciplines somatiques, sanitaire/médicosocial, dans le respect de la sectorisation sont les défis à relever en matière de santé mentale.

Le développement d'un secteur médico-social en santé mentale constitue un enjeu important dans la stratégie de groupe public. Le secteur public doit pouvoir prendre sa part, en la matière, en permettant d'offrir aux patients des parcours de soins complets. Il faut convaincre les pouvoirs publics de ne pas confier ce champ d'activité exclusivement au secteur associatif et au secteur privé lucratif.

La révision du mode de tarification de la psychiatrie, tant de fois repoussée, serait un gage de modernisation du secteur. Les expérimentations régionales, en cours, de péréquation financière, montrent les limites de l'exercice. Une vraie réflexion sur une tarification au parcours de soins a du sens dans le champ de la santé mentale.

Un autre besoin de décloisonnement est unanimement ressenti, il s'agit de celui du sanitaire et du médico-social. Héritage de la loi de 1982, il est nécessaire de créer de véritables parcours de soins entre le médico-social gériatrique et handicapé et le sanitaire, cela sera demain encore plus indispensable si l'on s'oriente vers un développement du maintien à domicile (un parcours domicile, ville, hospitalisation, SSR ou HAD et retour au domicile).

Les GHT offrent une opportunité. En PACA, la CSPAMS a approuvé une proposition de la FHF, consistant à créer, sur le modèle des CPT, des communautés médico-sociales de territoire afin de pouvoir faire participer les acteurs médico-sociaux volontaires aux réflexions des PMP et à porter la voix du médico-social auprès des comités stratégiques.

De nombreuses initiatives intéressantes sont développées dans le champ médicosocial : téléconsultation (dermatologie-psychiatrie), équipe mobile de gériatrie ou de soins palliatifs intervenant tant en public qu'en privé, des consultations avancées et bientôt des infirmières de nuit partagées entre plusieurs EHPAD – l'objectif central étant d'éviter les hospitalisations inutiles de personnes âgées ou handicapées.

Le secteur médico-social est porteur d'innovations techniques et technologiques, en lien avec les start up du territoire régional, fortement engagées dans la *silver* économie.

La FHF PACA est favorable à repenser globalement notre système de santé afin de lui donner plus de cohérence et d'optimiser les financements et de cesser les politiques, en silo, descendantes qui génèrent le cloisonnement et sont un frein aux initiatives locales.

L'accessibilité et l'ouverture des données nationales de santé, aux acteurs de soins, sont un outil d'analyse indispensable par sa richesse et son exhaustivité pour évoluer l'ensemble de l'offre de soin. Un sujet récurrent comme la pertinence des actes trouverait des éléments de réponse objectivant et serait une source d'économie notable et une amélioration qualitative des pratiques.

Les hospitaliers veulent être des acteurs responsables et autonomes de l'évolution du système de soin, en améliorant la qualité et l'efficacité dans une période financièrement contrainte. Il convient enfin de définir et de clarifier les rôles des acteurs respectifs : ville, structure privée lucrative et hôpital, par exemple dans la participation à la PDS.

LA CONCERTATION NUMÉRIQUE DE LA FHF

1 SYNTHÈSE DE LA CONCERTATION NUMÉRIQUE DE LA FHF

Pour répondre aux transformations profondes du système de santé français, la FHF a choisi une méthode d'élaboration inédite de sa plateforme de propositions : la concertation. Celle-ci a notamment pris la forme d'une plateforme numérique sur laquelle tous les Français – patients ou proches, professionnels ou non de l'hôpital – sont invités à contribuer. Plus de 6 600 avis ont été recensés et plus de 150 commentaires ou propositions déposés.

Avec pour objectif de placer la santé au cœur du débat public dans le cadre des élections présidentielles, la Fédération hospitalière de France (FHF) a lancé une large concertation numérique ouverte sur <http://monavisnotresante.fhf.fr>.

Celle-ci porte sur l'avenir de l'hôpital et, plus largement, du système de santé français.



LA SANTÉ, UN ENJEU MAJEUR DU DÉBAT PUBLIC

Pour la FHF, sa plateforme de propositions ne peut être pleinement porteuse de sens que dans la mesure où elle intègre les réflexions des principaux concernés, à savoir les patients – ou, plus largement, les usagers en santé – et les professionnels de terrain.

Concrètement, la concertation organisée par la FHF a pris la forme d'un site Internet accessible sur tous les terminaux de consultation avec un accès dédié pour les professionnels de l'hôpital et un autre pour les patients. L'objectif ? Que les principaux acteurs puissent réagir aux propositions que la FHF verse au débat et/ou qu'ils puissent déposer des contributions libres.

#MONAVISNOTRESANTÉ EN CHIFFRES

À fin octobre, la plateforme numérique lancée par la FHF fin mai 2016 comptait près de 6 626 avis, soit : 3 893, soit environ deux tiers de la part des professionnels ; 2 733, soit environ un tiers de la part du grand public.

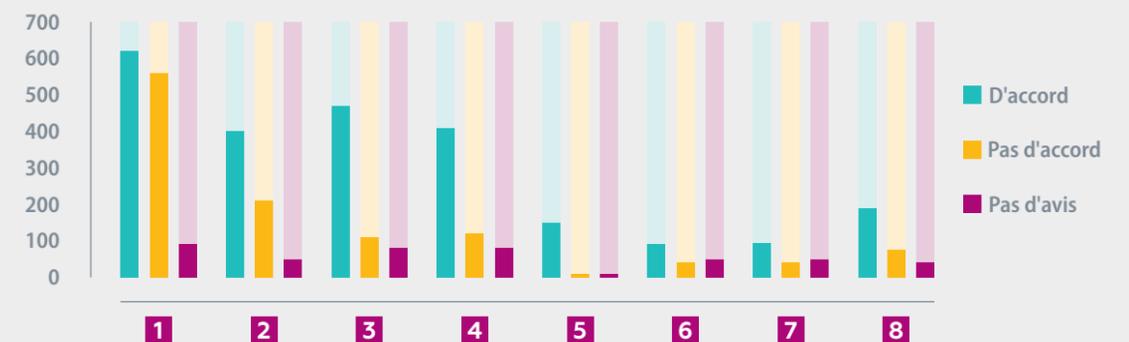
Elle comptait par ailleurs **154 propositions ou commentaires**.

2 RETOURS DES PROFESSIONNELS DE L'HÔPITAL ET DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

LES QUESTIONS ET LES PROPOSITIONS DE LA FHF

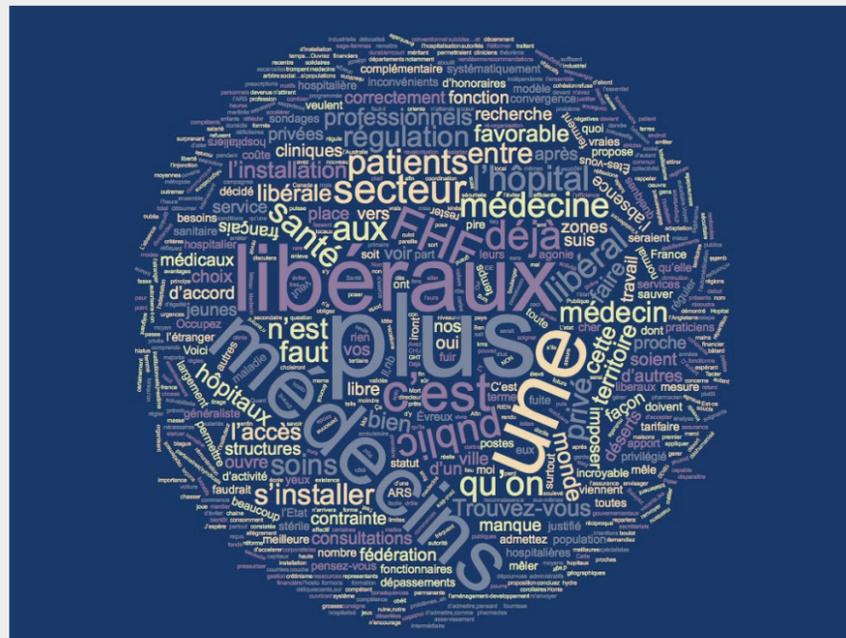
- 1 Êtes-vous favorable à la régulation de l'installation des médecins libéraux ?
- 2 Êtes-vous favorable à ce que les professionnels de santé non médicaux voient leurs missions renforcées sous la forme de délégations de compétences ?
- 3 Êtes-vous favorable à la généralisation d'un objectif de 30 minutes de temps d'attente maximum pour les consultations à l'hôpital ?
- 4 Êtes-vous favorable à l'association des usagers et de leurs représentants à la préparation du projet médical partagé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?
- 5 Êtes-vous favorable au renforcement de la coopération entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé ?
- 6 Êtes-vous favorable à l'exportation du savoir-faire des établissements de santé, notamment pour obtenir de nouvelles sources de financement ?
- 7 Êtes-vous favorable à ce que les établissements publics de santé disposent d'un label « innovation » pour faire valoir leurs compétences à l'étranger ?
- 8 Êtes-vous favorable à la mise en place systématique de formations pour les professionnels de santé associant des patients et/ou des représentants des usagers ?

AVIS DE PROFESSIONNELS

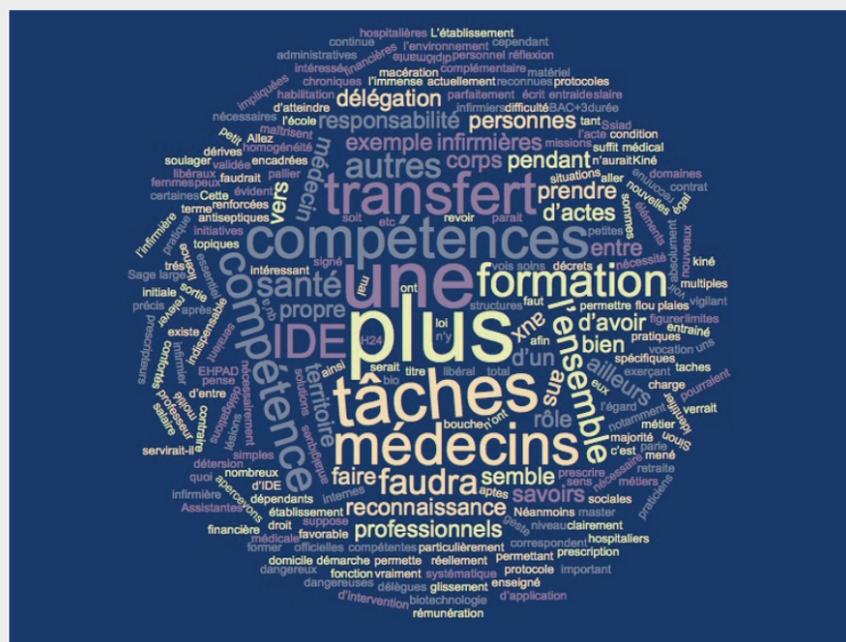


3 EN DÉTAIL : LES MOTS-CLÉS DES PROPOSITIONS ET COMMENTAIRES DES PROFESSIONNELS

1 Êtes-vous favorable à la régulation de l'installation des médecins libéraux ?



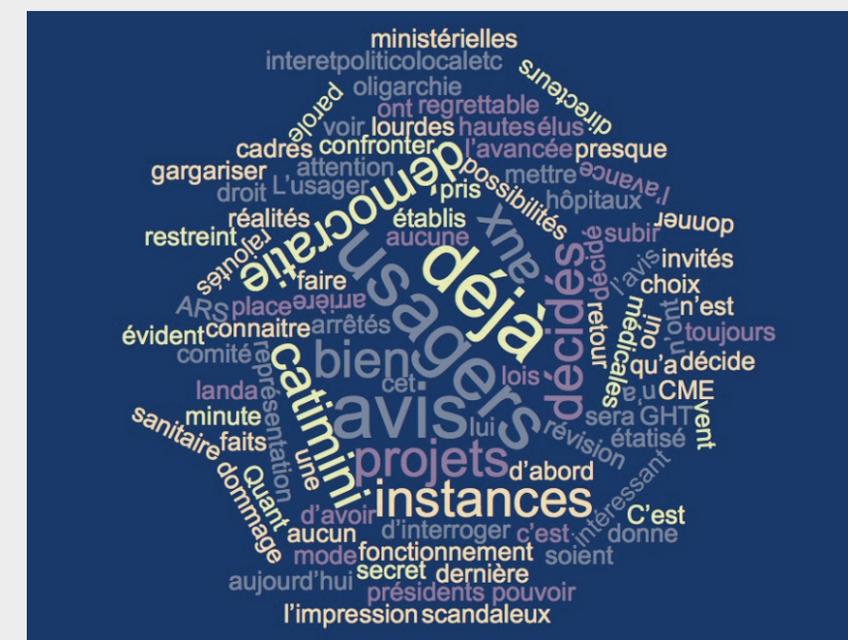
2 Êtes-vous favorable à ce que les professionnels de santé non médicaux voient leurs missions renforcées sous la forme de délégations de compétences ?



3 Êtes-vous favorable à la généralisation d'un objectif de 30 minutes de temps d'attente maximum pour les consultations à l'hôpital ?



4 Êtes-vous favorable à l'association des usagers et de leurs représentants à la préparation du projet médical partagé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?

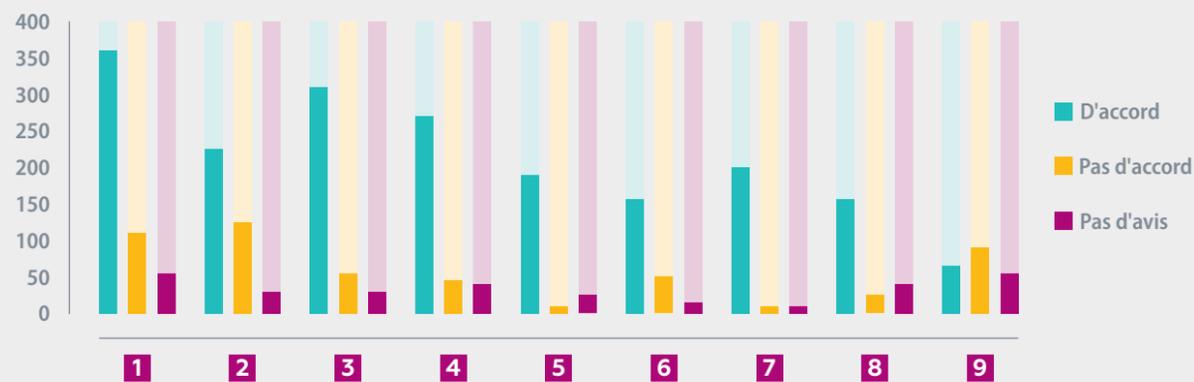


4 RETOURS DES PATIENTS ET DES USAGERS EN SANTÉ

LES QUESTIONS ET DES PROPOSITIONS DE LA FHF

- 1 Êtes-vous favorable à la régulation de l'installation des médecins libéraux ?
- 2 Êtes-vous favorable à ce que les professionnels de santé non médicaux voient leurs missions renforcées sous la forme de délégations de compétences ?
- 3 Êtes-vous favorable à la généralisation d'un objectif de 30 minutes de temps d'attente maximum pour les consultations à l'hôpital ?
- 4 Êtes-vous favorable à l'association des usagers et de leurs représentants à la préparation du projet médical partagé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?
- 5 Êtes-vous favorable au renforcement de la coopération entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé ?
- 6 Êtes-vous favorable à ce que les professionnels de l'hôpital tiennent des consultations dans les territoires où il n'y a plus de médecins de ville ?
- 7 Êtes-vous favorable à ce que les médecins soient systématiquement formés à l'écoute et à la communication avec les patients ?
- 8 Êtes-vous favorable à une amélioration de l'accès aux soins des personnes handicapées via un soutien public renforcé aux établissements ?
- 9 Êtes-vous favorable à une assurance pour le risque dépendance généralisée et obligatoire ?

AVIS DE PATIENTS

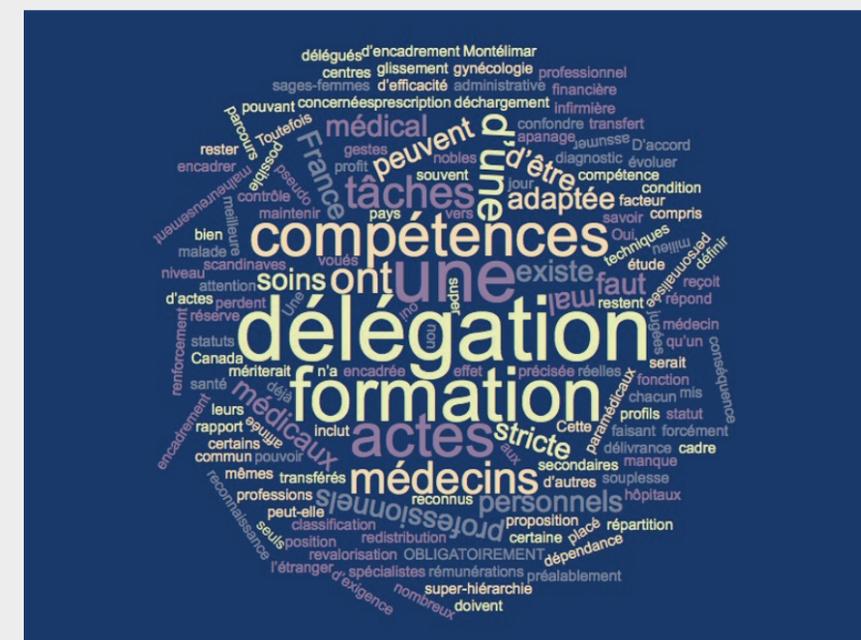


5 EN DÉTAIL : LES MOTS-CLÉS DES PROPOSITIONS ET COMMENTAIRES DES PATIENTS ET USAGERS EN SANTÉ

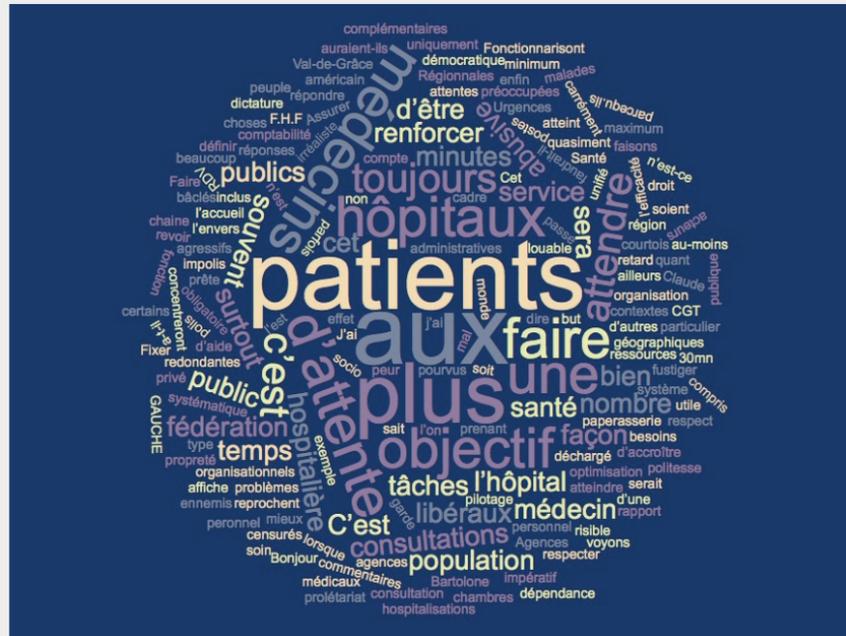
- 1 Êtes-vous favorable à la régulation de l'installation des médecins libéraux ?



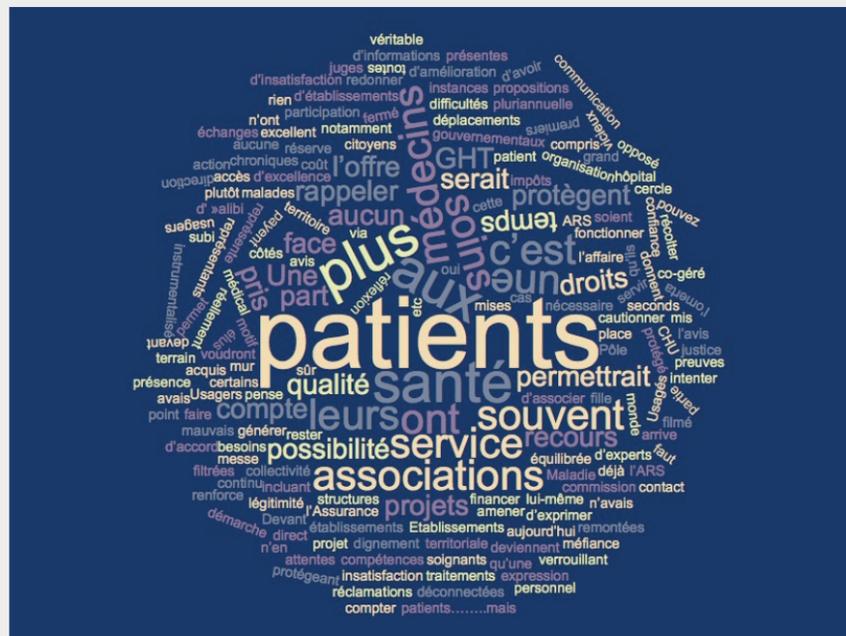
- 2 Êtes-vous favorable à ce que les professionnels de santé non médicaux voient leurs missions renforcées sous la forme de délégations de compétences ?



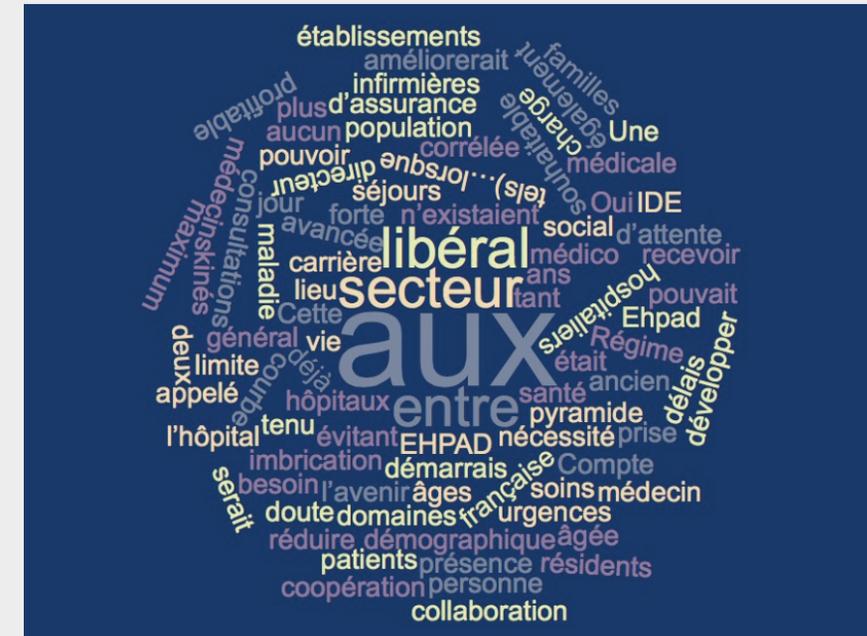
- 3 Êtes-vous favorable à la généralisation d'un objectif de 30 minutes de temps d'attente maximum pour les consultations à l'hôpital ?



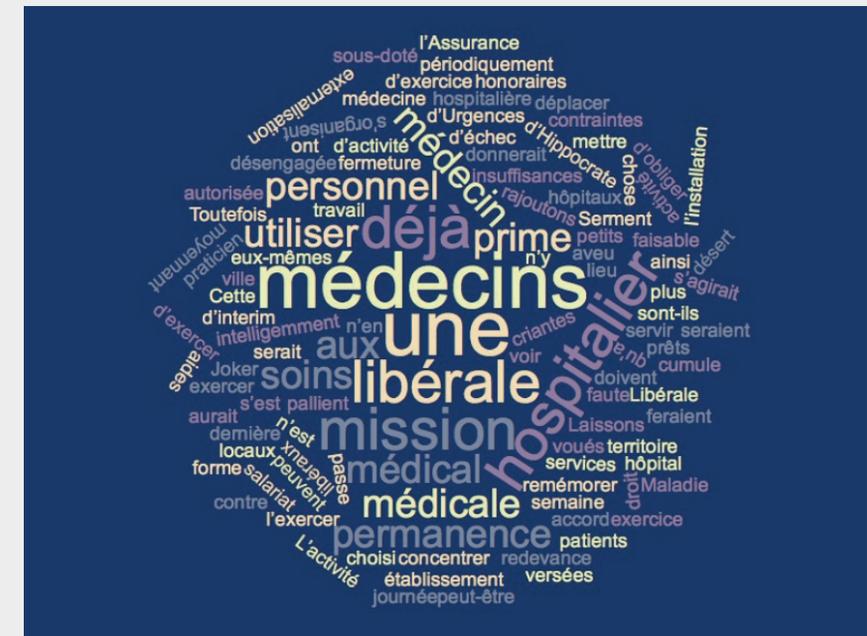
- 4 Êtes-vous favorable à l'association des usagers et de leurs représentants à la préparation du projet médical partagé dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ?



- 5 Êtes-vous favorable au renforcement de la coopération entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé ?



- 6 Êtes-vous favorable à ce que les professionnels de l'hôpital tiennent des consultations dans les territoires où il n'y a plus de médecins de ville ?



LE TOUR DE FRANCE DE LA FHF

1 SYNTHÈSE DU TOUR DE FRANCE DE LA FHF

Pour répondre aux transformations profondes du système de santé français, la FHF a choisi une méthode d'élaboration inédite de sa plateforme de propositions : la concertation. Celle-ci a pris deux formes : une première, numérique, via la plateforme #MonAvisNotreSanté et une deuxième, terrain, au cœur des territoires. Cela s'est ainsi traduit par l'engagement d'un Tour de France des établissements, rendu public via un blog dédié. Avec 24 000 kilomètres au compteur, les 14 premières étapes ont permis de visiter près de 40 établissements, et de rencontrer pas moins de 260 professionnels.

Les rencontres régulières de la FHF avec les professionnels du terrain en région sont, depuis 2016, formalisées sous la forme d'un Tour de France des établissements sanitaires et

médico-sociaux. Ce Tour est par ailleurs retranscrit à travers un blog : <http://tourdefrance.fhf.fr>. Blog qui permet d'accéder aux comptes rendus multimédias des étapes en région.



ÊTRE À L'ÉCOUTE DES PROFESSIONNELS

La FHF est, depuis longtemps, convaincue que l'organisation territoriale de santé doit être écrite par les acteurs et pour eux-mêmes et que la liberté d'initiative est un enjeu majeur pour l'avenir des établissements. Or, dans un contexte de mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) avec des projets médicaux partagés, il semble plus que jamais essentiel d'écouter les expériences du terrain qui témoignent d'une forte inventivité et d'entendre les besoins, attentes voire inquiétudes des professionnels hospitaliers et médico-sociaux.

Le Tour de France des établissements est l'occasion de rencontres avec les professionnels hospitaliers et médico-sociaux mais aussi avec les usagers et leurs représentants et avec les élus.

LE TOUR DE FRANCE EN CHIFFRES

À fin octobre, le Tour de France lancé par la FHF en février 2016 comptait près de 24 000 kilomètres parcourus, soit :

- > 14 grandes étapes en France métropolitaine et dans les outre-mer ;
- > 36 établissements visités ;
- > 259 professionnels rencontrés.

UN MATÉRIAU EXEMPLAIRE

Les exemples recueillis à chacun des déplacements de la FHF en région (innovations, bonnes pratiques, etc.) permettent de nourrir le travail des commissions de la FHF et sa feuille de route pour les années à venir. Ils sont également pour la FHF l'occasion d'évaluer les sujets de préoccupation des acteurs locaux : financement de la recherche, coopération public-privé et groupements hospitaliers de territoire, prise en charge psychiatrique, rôle et place des hôpitaux de proximité, prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, démographie médicale, etc.

2 EXTRAITS DU BLOG DU TOUR DE FRANCE DE LA FHF

EXCELLENCE MÉDICALE ET EXPÉRIENCES COLLABORATIVES EN CHAMPAGNE-ARDENNE

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/grand-est-1/>

Les valeurs du service public hospitalier conduisent ses acteurs à développer des techniques de pointe et des expérimentations inédites, mais aussi à prendre des initiatives collaboratives exemplaires. Le déplacement régional du président de la FHF en Champagne-Ardenne le 16 février 2016 en a fourni des exemples probants.

Centre hospitalier universitaire de Reims, 16 février 2016, 9 heures. Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France, David Gruson, tout nouveau délégué général de la FHF, et Cédric Arcos, directeur de cabinet, sont accueillis par Dominique De Wilde, directrice générale du CHU, pour la première étape régionale de la FHF en vue de sa plateforme politique 2017.

UNE NOUVELLE TECHNIQUE EN CANCÉROLOGIE, FACTEUR D'ATTRACTIVITÉ TERRITORIALE

Première étape d'une journée extrêmement dense au contact des professionnels de Champagne-Ardenne, la présentation d'une nouvelle technique en cancérologie : la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP), expérimentée dans une poignée d'établissements publics en France. Elle consiste à chauffer à 43 °C les produits avant leur administration en fin d'intervention chirurgicale dans des cas de carcinomes péritonéaux (envahissement du péritoine par des tumeurs malignes secondaires). Utilisée à Reims depuis 2012 dans 91 cas, la CHIP a permis d'augmenter la survie à cinq ans de 35 à 57%, sans morbidité supérieure aux chimiothérapies lourdes. Ces patients sont parfois venus d'établissements privés ou de l'institut de cancérologie Jean-Godnot voisin pour bénéficier de cette intervention et être pris ensuite en charge dans les meilleures conditions au sein de l'unité de soins continus que l'établissement est en train de développer. Ce succès démontre l'extraordinaire capacité du secteur public « quand vous avez un bon projet, une bonne équipe et que l'administration laisse faire les hommes », a conclu le Pr Kianmanesh, chef de service de chirurgie générale, digestive et endocrinienne.

SIMULATION : UNE OFFRE DE FORMATION CONTINUE AU PROFIT DE TOUS

Autre temps fort de cette visite du CHU de Reims, la présentation des salles de simulation du pôle parents-enfants et de l'Institut régional de formation (IRF), avec des démonstrations *live* de trainings. Premier scénario en néonatalogie : un bébé vient de naître par césarienne, une infirmière est testée sur ses réflexes en présence de symptômes alarmants, entourée des pédiatres. Dans des locaux voisins de l'ICR, un trio d'infirmiers anesthésistes simule la préparation d'un patient. Dans les deux cas, des mannequins « intelligents » reproduisent les constantes des patients, l'appareillage est monitoré à distance, avant un débriefing entre formateurs et étudiants : ressenti, gestion du stress, des appareils, etc. L'IRF utilise les nouvelles technologies (vidéo, tagage par smartphone...). Ainsi, 1 014 étudiants de 11 écoles des environs sont passés en 2015 par les 150 m² de ces salles de simulation équipées grâce à la taxe professionnelle. Encore une exclusivité du secteur public en matière de formation continue du système de soins.

UN SERVICE D'HÔPITAL DE SEMAINE À L'ÉQUILIBRE, C'EST POSSIBLE !

Après un déjeuner-échanges qui aura permis d'aborder un certain nombre de questions en vue de la plateforme 2017 de la FHF, la suite de la journée a conduit la délégation parisienne au CH de Charleville-Mézières. Au programme, une visite de ses locaux fraîchement modernisés, et notamment de son hôpital de semaine. Non seulement celui-ci a permis une diminution des durées moyennes de séjour, mais il est équilibré financièrement. Secret de cette réussite ? « *La régulation, répond le Dr Dion, chef de service néphrologie. Nous sommes sur "du programmé" avec une mutualisation entre les six services du pôle.* » « *Une seule personne a la main pour organiser l'hospitalisation des patients sur cinq jours maximum. Ces derniers sont suivis par les médecins ayant prescrit l'intervention, décrit Laurence Paste, cadre supérieur de santé. Et des réunions de gestion sont régulièrement tenues avec les pôles de l'hôpital.* »

LA FHF À L'ÉCOUTE DU TERRAIN

Cette journée aura également permis à la délégation de la FHF d'échanger avec des responsables de pôles, présidents de CME ou encore un représentant des usagers. Avec quelques préoccupations récurrentes : reconfiguration des ARS, corset réglementaire de l'exercice multisite, crainte de transferts de pans d'activité au privé via les GHT, déséquilibre accéléré de la démographie médicale en faveur de la région parisienne et du privé très inquiétant pour certains services... « *Que les responsables institutionnels ne viennent pas nous dire qu'il ne s'agit que d'un problème d'organisation, ce n'est pas vrai* », a lancé un chef de pôle. C'est le principe de ce tour de France commencé en Champagne-Ardenne : écoute, recueil des expérimentations et analyse des inquiétudes, dans un contexte mouvant de refonte territoriale... « *Dans un système de santé qui pousse à l'uniformisation, nous voyons à la lumière de vos réussites qu'il faudrait assouplir certaines règles* », a analysé Frédéric Valletoux. La ligne de conduite est réaffirmée : laisser la liberté d'initiative aux acteurs locaux avec une seule priorité, le projet médical.

COOPÉRATION SANITAIRE : LES INITIATIVES EXEMPLAIRES DU NORD-ARDENNE

Jean-Pierre Mazur, directeur du CH, a présenté des initiatives de collaboration territoriale exemplaires. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été créé avec les CH de Charleville et Sedan, mais aussi deux cliniques ainsi que les établissements du groupe Orpea-Clinea et la Mutualité locale (HAD). Ce GCS est né de la reprise d'une activité cédée par la Générale de santé, avec rapatriement de l'activité chirurgicale dans les CH grâce à des aides fléchées de l'ARS, tandis que les soins de suite étaient transférés chez Orpea-Clinea. Les locaux du CH de Charleville intègrent aujourd'hui des services des cliniques avec un engagement de non-dépassement d'honoraires.

Le GCS doit intégrer le groupement hospitalier de territoire (GHT) préfiguré aujourd'hui par une direction commune entre trois CH (Charleville, Fumay et Sedan) qui seront rejoints par un quatrième hôpital local. De manière assez inédite, le GHT intégrera également un établissement psychiatrique. Des preuves de la capacité d'initiative et d'adaptation du service public lorsque l'agence régionale de santé (ARS) s'abstient de tout diriger.

LA STRATÉGIE DE GROUPE EN ACTION EN BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/bourgogne-franche-comte-2/>

Rencontre les acteurs locaux et leur faire confiance, tel est le message que souhaite faire passer la délégation de la FHF emmenée par son président, Frédéric Valletoux, lors de son déplacement en Bourgogne Franche-Comté les 1^{er} et 2 mars derniers. Un déplacement qui, là encore, vise à nourrir la plateforme politique 2017-2022 que la FHF adressera aux candidats à la prochaine élection présidentielle sur l'avenir du système de santé.

GHT : IMPLIQUER LES ACTEURS LOCAUX, REDONNER DU SENS À LEUR ACTION

Alors que le déplacement commence par une réunion dans la salle du Conseil du CHU sur les centres hospitaliers (CH) de proximité de la nouvelle région, Frédéric Valletoux rappelle que « *l'hôpital de proximité est l'ancrage du groupement hospitalier de territoire dans le tissu local, le lieu de rencontre avec l'ensemble des professionnels de santé* ». Et le président de la FHF de renchérir en soulignant que « *le travail en équipe est au cœur de la dynamique des établissements* ».

Un second temps d'échange, avec les CH pivots de Bourgogne, qu'ils soient supports de GHT ou non, permet

Centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon, 1^{er} mars 2016, 9 heures. Accompagnés par Denis Valzer, le délégué inter-régional Bourgogne Franche-Comté, Frédéric Valletoux, président de la Fédération hospitalière de France et David Gruson, délégué général, entament la deuxième étape de leur tour de France des établissements sanitaires et médico-sociaux. Leur objectif ? Prendre régulièrement le pouls du terrain, cerner les besoins comme les attentes des acteurs locaux, comprendre leurs difficultés et valoriser leurs capacités d'initiative.

à la délégation de la FHF de confirmer l'avancement, sur le territoire, de la préfiguration des futurs GHT. Mais aussi de la nécessité d'une simplification du projet de décret en cours de concertation et de la mise en œuvre d'un dispositif fort d'accompagnement à la conduite du changement. La rencontre avec les acteurs locaux permet à la FHF de réaffirmer une position depuis longtemps défendue : l'importance d'accorder de la confiance aux acteurs de terrain. Quand il affirme que « *la dérive bureaucratique est en train de décourager les acteurs de santé et qu'il faut redonner du sens à ces mêmes acteurs* », Frédéric Valletoux ne dit pas autre chose.

BEAUNE, SES HOSPICES, LA CONVENTION DE LA NOUVELLE FHF BOURGOGNE – FRANCHE-COMTÉ

Arrivés à Beaune en début d'après-midi, la délégation agrandie de la FHF – Cédric Arcos, le délégué général adjoint, et les chefs de pôle sont également présents – assiste à la convention de la nouvelle FHF régionale. Le président Valletoux salue le travail réalisé par Paulette Guinchard et Françoise Tennebaum, coprésidentes de la nouvelle fédération régionale, et par Denis Valzer, le délégué interrégional pour constituer une seule FHF régionale au service des adhérents. L'équipe de la FHF nationale échange de manière dense avec les établissements de la région Bourgogne Franche-Comté. Les sujets d'actualité sont légion.

COOPÉRATIONS SANITAIRES : INITIATIVES EXEMPLAIRES EN FRANCHE-COMTÉ

Lors du déplacement régional conduit la délégation de la FHF au CHU de Besançon. Au programme notamment : des échanges sur les enjeux de démographie médicale qui semble devoir rendre inéluctable l'émergence d'une politique nationale de RH médicales notamment, une réunion avec les CH pivots de Franche-Comté, qu'ils soient supports de GHT ou non. Dans ce cadre, il est clairement apparu que les établissements francs-comtois n'avaient pas attendu des consignes venant de Paris pour mettre en œuvre des coopérations. Cela est notamment remarquable dans le domaine de la cancérologie.

Autre sujet de réflexion, les missions du CHU (proximité, recours, recherche, etc.) et la parfaite conscience de celui-ci quant à ses responsabilités régionales.

L'ÉGALITÉ DES PRISES EN CHARGE EN QUESTION

A lors qu'il est, à ce jour, question de quatre ou cinq GHT en Franche-Comté avec un groupement autour du CHU de Besançon, un autour du CH de Montbéliard, un autour du CH de Lons, un autour du CHU de la Haute-Saône et un avec des établissements de santé mentale, la délégation de la FHF s'est rendue au centre hospitalier spécialisé (CHS) du Jura à Dole. L'objectif ? Évoquer des questions comme les GHT, la sectorisation, le financement avec les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale de la région.

Une dernière réunion, avec les EHPAD de la région, a permis de faire remonter la réalité des difficultés rencontrées sur

le terrain. Les sujets de la prise en charge des personnes âgées et de la dépendance posent la question de l'égalité de l'accès aux soins des Français.

Remerciant les acteurs de santé et médico-sociaux publics qui l'ont accueilli durant ces deux jours, Frédéric Valletoux a insisté sur la confiance et le professionnalisme dont font preuve les acteurs de terrain et s'est dit satisfait de voir un service public de santé sûr de ses valeurs en dépit d'un environnement en mutation.

Prochaine étape prévue, la région Bretagne à la fin du mois de mars.

LA FHF POURSUIT SON TOUR DE FRANCE EN BRETAGNE, TERRE DE COOPÉRATIONS

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/bretagne/>

A ctualité oblige, les différentes formes de coopérations ont été au centre des discussions lors du déplacement du président et du délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF) en Bretagne, les 24 et 25 mars 2016. La mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est en effet dans toutes les têtes, à l'heure de ce tour de France destiné à préparer la plateforme 2017 de la FHF.

Jeudi 24 mars, 15 h 40, aéroport Brest Bretagne. Frédéric Valletoux et David Gruson, respectivement président et délégué général de la FHF, sont accueillis par Nathalie Conan Mathieu, déléguée régionale de la FHF, pour une nouvelle étape du tour de France des régions. « *Il faut sortir de l'exercice en chambre ne réunissant que des experts, a insisté Frédéric Valletoux lors de ce déplacement. Il est nécessaire mais nous voulons qu'il s'appuie sur les initiatives et particularités locales du service public hospitalier* », a indiqué le président de FHF à chacun des acteurs rencontrés.

SIX ÉTAPES À L'ÉCOUTE DES ACTEURS DE TERRAIN

P lus de 600 km ont ainsi été parcourus en deux jours pour six étapes en centres hospitaliers et médico-sociaux porteurs du service public. D'abord au CHU de Brest, autour de la thématique de la recherche clinique comme moyen d'améliorer les soins et la coopération sur le territoire. Ensuite à l'établissement public de santé mentale Gourmelen de Quimper, à l'écoute des professionnels de la psychiatrie, qui revendiquent une approche particulière : une communauté psychiatrique de territoire intégrant la ville et l'hôpital, car liée aux parcours de vie des patients traités.

Le vendredi 25 mars a ensuite été l'occasion d'entendre les professionnels médicaux et paramédicaux de Vannes et Ploërmel sur les bénéfices d'un « *GHT avant l'heure* », fruit d'un projet médical partagé patiemment construit. La visite de l'hôpital local de Lamballe aura par ailleurs permis de mesurer les inquiétudes d'un monde médico-social au milieu du gué, avant de finir ce « *Tro-Breiz* » au CHU de Rennes, toujours sur la thématique de la gériatrie, sujet fondamental qui dépasse les frontières liées aux structures juridiques de la santé.

UNE PROFESSIONNALISATION DE LA FHF BRETAGNE

L a rencontre des adhérents bretons de la FHF autour d'un déjeuner au CH de Pontivy aura enfin permis de mesurer les préoccupations locales. Le président de la fédération de Bretagne, Georges André, y a souligné l'accueil extrêmement positif fait par les acteurs de terrain à cette démarche inédite de la FHF, « *car les enjeux sont de plus en plus régionaux et aller à la rencontre des adhérents va dans le sens de la démocratie sanitaire* ».

En conclusion, Frédéric Valletoux soulignait de son côté « *la grande inventivité sur le terrain qui n'est pas assez écoutée par nos dirigeants nationaux. À nous de valoriser auprès d'eux ces expériences et bonnes pratiques ! Ce tour de France est un moment important qui, au-delà de notre plateforme 2017, servira de corpus sur lequel s'appuyer pour les années à venir. D'où l'importance de fédérations régionales dynamiques.* »

UNE ÉTAPE ICAUNAISE SOUS LE SIGNE DE LA CAPACITÉ DE REBOND ET D'INNOVATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/bourgogne-franche-comte/>

L e président et le délégué général de la Fédération hospitalière de France avaient choisi l'Yonne pour leur quatrième déplacement en région, le 11 mai 2016, en vue de l'élaboration de la plateforme de propositions politiques 2017-2022 de la FHF. **Honneur ici à l'hôpital local et au médico-social, avec la visite du centre hospitalier de Tonnerre et de l'EHPAD d'Ancy-le-Franc.**

Forts de l'accueil qui leur a été réservé précédemment en Champagne-Ardenne, en Bretagne et, déjà, en Bourgogne, Frédéric Valletoux et David Gruson, respectivement président et délégué général de la FHF, poursuivent leur approche terrain pour alimenter le travail des commissions nationales de la FHF. En ligne de mire, la plateforme 2017, mais également la consolidation de la ligne politique des prochaines années.

SIX ÉTAPES À L'ÉCOUTE DES ACTEURS DE TERRAIN

E n échangeant le 11 mai avec les professionnels de l'hôpital de Tonnerre et de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'Ancy-le-Franc, la délégation nationale de la FHF a été témoin de la capacité d'adaptation de deux établissements confrontés aux difficultés types rencontrées sur de nombreux territoires : contraintes budgétaires, fermetures d'activités et repositionnement sur les soins de longue durée, désertification médicale et problématique de coopération territoriale... « *Combien d'établissements dans une situation similaire à la vôtre ont ainsi réussi à rebondir ?* », s'est interrogé Frédéric Valletoux en conclusion de la visite du CH de Tonnerre, qui a vu successivement fermer sa maternité, sa chirurgie... Aujourd'hui à l'équilibre financier, l'établissement s'appuie sur des soins de suite et de réadaptation réputés, sur la gériatrie, la médecine interne, le médico-social..., dans un bassin dont disparaît progressivement la médecine libérale. Un exemple qui alimentera la réflexion de la FHF, cette problématique étant centrale avec la reconfiguration des offres hospitalières de territoire.

LE PARI DE PRISES EN CHARGE INNOVANTES

A ncy-le-Franc, on a également vu la capacité d'un EHPAD autonome public à favoriser un écosystème propice au maintien des soins sur le territoire. Le cabinet de groupe de ce bourg de 988 habitants intègre les quatre médecins par ailleurs salariés par l'EHPAD ; un kiné-ostéopathe, un second ostéopathe exclusif, un podologue..., se sont aussi installés dans le village. Malgré des contraintes budgétaires croissantes, la résidence des Fontenottes fait par ailleurs le choix d'expérimenter de nouvelles approches (concept Snœzelen, hypnothérapie...) pour conforter la qualité d'une activité qui reste très dynamique.

« *Voir de telles capacités d'innovation, de telles ressources d'invention dans nos établissements publics confrontés quotidiennement à la difficulté, cela fait beaucoup de bien* » a lancé David Gruson en conclusion de cette tournée icaunaise. « *Il nous faut arriver à les métaboliser et à en tirer des enseignements pour l'évolution du système au plan global* », a-t-il conclu.

ÎLE-DE-FRANCE : DES DYNAMIQUES DE COMPLÉMENTARITÉ À L'ŒUVRE SUR LE TERRAIN

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/ile-de-france/>

Les responsables nationaux de la Fédération hospitalière de France (FHF) se déplaçaient à Versailles (78) et Gonesse (95) le 18 mai 2016 dans le cadre de l'élaboration de la plateforme politique 2017 de la FHF. Dans un environnement local très concurrentiel, l'attractivité médicale, les atouts de la recherche, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et la prise en considération du secteur médico-social ont été au cœur des débats.

MÉDICO-SOCIAL : DEUX VOIES POUR INTÉGRER LES GHT

C'est dans cette optique que la délégation de la FHF a rencontré plusieurs directeurs d'établissements médico-sociaux (EMS). En effet, l'intégration des EMS au sein des groupements hospitaliers de territoire ne s'avère pas simple. « Elle doit se faire sur la base du volontariat, en fonction des particularités locales, avec une place dans la gouvernance et dans les projets médicaux partagés (PMP), a martelé David Gruson, délégué général de la FHF. Sur la méthode, chaque EMS peut adhérer individuellement avant de voir créé un " pôle " médico-social au sein du GHT. Ou bien le médico-social peut s'organiser en amont avant une adhésion groupée. » C'est ce qui se dessine par exemple dans les Hauts-de-Seine avec la constitution d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) qui fédérera dix établissements en 2016. D'abord sur les sujets phares de la démarche qualité et des ressources humaines, mais avec l'ambition de fonctionner dans un second temps comme un groupe public (système d'information et logiciel de paye communs, etc.).

DU PROJET MÉDICAL PARTAGÉ À L'« ÉQUIPE HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE »

Faute de certitudes sur le choix du futur établissement pivot du GHT Saint-Denis-Gonesse, c'est aussi par un travail de fond des communautés médicales qu'a commencé la collaboration entre les deux établissements, a-t-on expliqué à la délégation de la FHF pour la troisième rencontre de la journée, lors de la visite du nouvel hôpital flambant neuf de Gonesse. « Nous avons ainsi l'un des PMP parmi les plus aboutis », a noté Catherine Vauconsant, directrice du CH. Dans chacune des 23 fiches, correspondant à

« Nous voulons faire du rendez-vous des présidentielles 2017 un moment de formalisation des dossiers que porte notre fédération, a rappelé Frédéric Valletoux, président de la FHF, lors de ce déplacement. Un exercice que nous voulions voir évoluer avec ce tour de France, en portant ainsi l'idée de faire confiance aux acteurs locaux, à leurs expérimentations... L'occasion aussi pour nous de vous écouter directement ! »

DYNAMIQUE D'ATTRACTIVITÉ DE LA RECHERCHE CLINIQUE

Dans la foulée, les dirigeants de la FHF rencontraient les responsables du centre hospitalier de Versailles (CHV). Le CHV est un exemple « qui illustre assez bien la nécessité de donner une place plus forte aux gros CH dans leur dynamique d'activité, de recherche et d'universitarisation », a analysé Philippe Soulié, délégué Île-de-France de la FHF. Versailles est en effet à la pointe en matière de recherche clinique, d'où une forte attractivité.

Le CHV a aussi piloté le projet médical partagé du GHT Yvelines Sud. Après avoir abordé les priorités sanitaires (urgences, chirurgie, etc.), le PMP inclura un groupe gérontologie au second semestre 2016, à la demande des petits établissements. Pour tous les acteurs, il faut éviter de voir des EMS isolés qui se sentiraient obligés d'adhérer sans avoir de place dans la réflexion sur le PMP ni dans la gouvernance.

des spécialités, ont été choisies des interfaces qui peuvent être développées par les médecins et accordées par les directions. « Nous essayons de ne pas avoir peur des GHT et de foncer, ont expliqué plusieurs des chefs de service, qui rêveraient à terme de véritables « équipes hospitalières de territoire ». Le CH de Gonesse est par ailleurs l'un des rares établissements à avoir mis en œuvre un projet social médical. Une piste intéressante pour l'attractivité médicale, autre sujet clé du moment.

GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE : « L'EXPÉRIENCE LORRAINE AURA VALEUR D'EXEMPLE »

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/grand-est-2/>

Une délégation de la Fédération hospitalière de France était présente le 2 juin 2016 à Nancy et Saint-Dié. Un déplacement particulier dans le cadre du tour de France de la FHF pour sa plateforme politique 2017, car la Lorraine a été motrice dans la maturation du concept de groupement hospitalier de territoire.

La fusion des fédérations hospitalières régionales en une FHF Grand Est a été réalisée avec un positionnement s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT), a d'ailleurs indiqué ce 2 juin Valérie Jurin, la déléguée régionale. Une fusion qualifiée « d'exemplaire » par David Gruson, qui a souligné le « bon choix » d'opter pour une déléguée permanente, ce qui permettra à la fois « de répondre efficacement aux besoins des adhérents et de peser dans le dialogue avec les agences régionales de santé (ARS) ».

RÉSISTER À LA CONCENTRATION

Les professionnels rencontrés à Nancy et à Saint-Dié se posent un certain nombre de questions sur les nouvelles organisations territoriales liées aux GHT : quel positionnement de la psychiatrie, des hôpitaux locaux et du secteur médicosocial, quels partenariats, quel lien entre CHU et centres de lutte contre le cancer, quel rôle du CHU vis-à-vis des territoires et avec le service de santé des armées, quelle place (réelle ou théorique ?) des comités des usagers ou encore des médecins libéraux ?...

Pour la FHF, la Lorraine présente un bon modèle d'articulation avec la psychiatrie dans des groupements polyvalents, avec un CHU positionné comme point d'ancrage territorial et un partenariat CHU-centre de lutte contre le cancer structurant au plan régional... Bernard Dupont, directeur du CHU de Nancy estime ce 2 juin que « les GHT vont bouleverser l'image que nous avons de nos établissements, quelles que soient leur taille et leur secteur. La crainte des " petits " est de se faire avaler par les plus gros. Ce ne sera pas le cas », assure-t-il. Les CHU devront même s'adapter à de nouvelles formes de gouvernance territoriale, a complété le Pr Claudon, président de la commission médicale d'établissement (CME) de Nancy et président de la conférence des présidents de CME de CHU.

UNE STRATÉGIE DE GROUPE PUBLIC

À Saint-Dié (Vosges), face à des professionnels parfois inquiets, David Gruson a plaidé pour « des GHT gouvernables mais où l'on se parle », et qui devront intégrer des piliers psychiatrie et médico-social, voire un pilier hôpital local. À la question, « un GHT doit-il être in fine fédératif ou intégratif ? », le délégué général de la FHF répond qu'« il s'agit d'un chemin d'intégration dont il faut trouver le rythme ». Dans tous les cas, « il faudra arriver à une bonne lisibilité des parcours patients et de nos stratégies de groupes publics face à la structuration de l'offre privée », a insisté David Piney, président de CME du CH de Lunéville.

Pour les représentants de la FHF, le modèle des GHT devra enfin réinterroger le modèle de financement au regard de la mission d'intérêt général de maintien de l'accessibilité des soins portée collectivement par les acteurs hospitaliers publics. « Nos échanges sont un matériau inestimable pour préparer la plateforme 2017 de la FHF, a une nouvelle fois insisté David Gruson en conclusion de ces échanges, incitant les adhérents de la FHF à participer à la concertation numérique mise en place fin mai, dans un contexte de double révolution, territoriale et digitale. »

« DÉVERROUILLER », MAÎTRE MOT DES DÉBATS DANS LE CENTRE-VAL DE LOIRE

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/centre-val-de-loire/>

Les représentants nationaux de la Fédération hospitalière de France (FHF) se sont rendus le 22 juin 2016 dans le Centre-Val de Loire. L'occasion d'une présentation très documentée des problématiques du secteur public de santé qui fait écho à de nombreuses autres remontées de terrain.

« Nous avons besoin d'être en prise avec vous, médecins, directeurs, équipes, élus, etc. car notre plateforme politique se nourrit de votre expérience et des initiatives qui n'ont pas toujours l'écho voulu au plan national », a répété Frédéric Valletoux, président de la FHF, à la trentaine d'adhérents

présents le 22 juin à Blois. « Sans anticiper sur nos propositions, nous sentons bien en effet qu'il faudra donner à l'avenir davantage d'autonomie aux établissements. » C'est dans cette perspective de souplesse que la FHF vient, par exemple, de demander à déverrouiller le régime économique de la télémédecine afin de stimuler les initiatives de terrain. Concernant les groupements hospitaliers de territoires (GHT), « la FHF a plaidé des années pour des stratégies de groupes publics. Maintenant il faut nous montrer capables de mettre en œuvre ces coopérations », a plaidé Frédéric Valletoux.

DES TEMPS DE RENCONTRE ENTRE ÉTABLISSEMENTS

La FHF Centre-Val de Loire a justement donné à voir la formidable capacité d'adaptation du service public hospitalier dans de nombreux domaines. À l'exemple des premières conférences hospitalières universitaires organisées à Blois en mai entre le CHU de Tours et les chefs de service de 16 disciplines des six établissements supports de GHT. Pour Pierre Kalfon, président de la conférence régionale des présidents de commissions médicales d'établissement (CME), ces conférences devraient « ouvrir une nouvelle page des relations entre universitaires et chefs de service ». Une initiative très bien accueillie par le terrain et qui serait tout à fait reproductible ailleurs, ont analysé les représentants nationaux de la FHF.

APPEL À LA SIMPLIFICATION ET À LA RESPONSABILITÉ

Sur le devenir des petites structures, « vous avez soulevé deux points fondamentaux, a souligné David Gruson, délégué général de la FHF, au cours du débat : le rôle des ARS et le partage entre ce qui est impulsé par les GHT et ce qui relève de la recomposition de l'offre. Les agences devront sortir de la tentation d'une microrégulation économique mais prendre leurs vraies responsabilités ». « Il faut arrêter de nous asphyxier sous les contraintes administratives et avoir le courage de restructurer pour garantir la sécurité, a appuyé Olivier Servaire-Lorenzet, directeur du CH de Blois. Libérons nos hôpitaux ! Je rêve de pouvoir recruter sur contrat et ainsi de ne pas rater certains recrutements de qualité... »

LA SÉCURITÉ AU CENTRE DES COOPÉRATIONS

Olivier Boyer, directeur du CHR d'Orléans a également explicité la conception régionale « gagnant-gagnant » des GHT, avec comme focus la qualité et la sécurité des soins, et le rôle essentiel des établissements supports pour soutenir les activités dans le cadre d'une stratégie de groupe public. La prudence reste cependant de mise sur les responsabilités que doivent endosser les GHT. Le travail entamé sur certaines filières (gériatrie, gynécologie-obstétrique) est en effet contrarié dans un contexte de report par l'ARS de décisions importantes, a expliqué Marc Habersbusch, président de la CME de Châteaudun : « L'ARS refuse d'entendre nos arguments sur la sécurité. »

Quant à l'adhésion initiale des établissements médico-sociaux aux GHT qui se dessine dans le Centre-Val de Loire, elle correspond au plan national à « un mouvement bien supérieur à ce qui avait été imaginé, grâce à l'organisation de véritables piliers grand âge/handicap dans les GHT », a indiqué David Gruson. Pour la FHF, les GHT devraient ainsi permettre des expérimentations de déverrouillage des sections tarifaire à l'échelle d'un territoire.

L'OCCITANIE, SEPTIÈME ÉTAPE DU TOUR DE FRANCE DE LA FHF

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/occitanie/>

Les responsables de la Fédération hospitalière de France (FHF) étaient les 5 et 6 juillet 2016 en Occitanie. Une région grande comme l'Irlande où les questions de déséquilibre démographique et de précarité rendent aigüés les problématiques du service public hospitalier et médico-social.

« Les présidents de CME et directeurs connaissent bien la FHF, les autres praticiens, moins, a observé le 5 juillet à

Toulouse le P^r Chollet, président de la FHR Occitanie, en introduction des discussions. C'est pourquoi ces rencontres de terrain sont importantes dans nos stratégies de groupes. » Un peu plus tôt, à Tarbes, Cédric Arcos, délégué général adjoint de la FHF, avait souligné que la Fédération misait beaucoup sur les délégations régionales. « C'est un enjeu majeur. Tous les sujets d'actualité démontrent la nécessité pour les acteurs hospitaliers et médico-sociaux d'agir en stratégie de groupe public », résumait-il.

LE POSITIONNEMENT DE L'ARS EN QUESTION

C'est tout le sens des groupements hospitaliers de territoire (GHT). « Nous sommes à vos côtés pour réussir la deuxième étape des groupements hospitaliers de territoire, a rappelé David Gruson, délégué général de la FHF, lors de ces cinq haltes régionales*. Faites-nous remonter l'information via votre fédération régionale (FHR), qui a démontré son opérationnalité dans la première phase – délicate – des périmètres de GHT », a-t-il souligné le 6 juillet au CH de Carcassonne en présence des adhérents. Des fédérations régionales réformées et en ordre de marche, notamment comme relais auprès des agences régionales de santé (ARS).

Le positionnement de l'ARS a en effet été débattu en Occitanie. Témoin la situation paradoxale décrite à Tarbes : d'un côté l'agence refuse de statuer sur un projet de site commun entre les CH de Lourdes et de Bigorre ; de l'autre, elle annonçait ce 5 juillet par voie de presse et sans préavis l'intégration d'un établissement tiers dans le GHT à peine né... La même incompréhension de positionnement allait poindre au CHU de Montpellier, confronté à des décisions inexplicables au regard du redressement financier en cours.

Les responsables de la FHF ont rappelé que les universités d'été de la fédération, les 6 et 7 septembre 2016 seraient aussi l'occasion de lister les blocages techniques au bon fonctionnement des groupements hospitaliers de territoire grâce aux remontées du terrain.

DÉMOGRAPHIE, TARIFS... DES SUJETS DE PRÉOCCUPATION

Autre point central évoqué : la nécessaire évolution du système de financement « en mode territoire ». « Le modèle MIGAC ne finance pas l'engagement dans la coopération alors que l'on est pleinement dans une mission de service public de maintien de l'accès aux soins sur certains territoires de la République », estime David Gruson. D'autant que la démographie médicale est en tension, élément qui compromet de plus en plus l'accès aux soins, ont insisté des présidents de CME.

* Aux CH de Bigorre et de Carcassonne, aux CHU de Toulouse et Montpellier, et au CHS de Thuir.

GHT : LES CHOIX DU PSYCHIATRIQUE ET DU MÉDICO-SOCIAL

« Nous arrivons à recruter des psychiatres mais nous n'arrivons pas à les garder face à l'attractivité du privé », aura complété le 6 juillet Philippe Banyols, directeur du CHS de Thuir, qui a fait le choix d'une communauté psychiatrique de territoire départementale en dérogation aux GHT. À la clé, un déploiement accru chez les patients et une réduction des hospitalisations. Les représentants de la FHF en ont profité pour rappeler des dispositifs d'accompagnement sur la psychiatrie (aide à la construction des projets médicaux partagés, soutien possible de SPH Conseil).

Cette tournée a enfin été l'occasion pour la FHF nationale et la fédération régionale de réaffirmer leur volonté d'intégrer le secteur médico-social (MS) et du handicap dans les stratégies de groupes publics qui se dessinent. Dans la perspective des GHT, en l'absence d'intégration immédiate, les établissements peuvent se préparer en montant un groupement de coopération social et médico-social ou bien via des conventions de partenariat, bases du futur pilier vieillesse/handicap du GHT, a-t-on noté. L'occasion pour David Gruson de rappeler la demande de la FHF de « déverrouiller le régime économique de la télémédecine, qui pourrait être une incitation puissante pour le secteur médico-social ».

LA NORMANDIE, ENTRE INNOVATIONS MULTIPLES ET ATTENTES FORTES

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/normandie/>

Au cœur de leur tournée normande des 13 et 14 septembre 2016, les représentants nationaux de la FHF rencontraient une cinquantaine d'adhérents de la fédération normande lors d'un dîner-débat à Sahurs. À quelques mois de l'échéance présidentielle, les demandes de mesures fortes se font pressantes, notamment sur la démographie médicale.

Magnifique exemple de réussite du service public, le restaurant du Clos des Roses qui accueillait la soirée adhérents de la FHF fonctionne remarquablement grâce aux résidents de

l'ESAT de l'Institut départemental de l'enfance de la famille et du handicap pour l'insertion, visité un peu plus tôt dans la journée par la délégation de la FHF. « Nous cherchons justement dans ce tour de France les exemples qui nourriront l'un des axes forts de notre plateforme aux candidats à la présidence de la République : faire confiance aux acteurs de terrain, a rappelé Frédéric Valletoux, président de la FHF. L'administration est là (devrait être là) en tant que régulateur et pour accompagner les porteurs de projets, pas en tant qu'appareil bureaucratique tatillon », a-t-il souligné.

DÉMOGRAPHIE : LE SIGNAL D'ALARME EST TIRÉ

Au centre de l'actualité, les groupements hospitaliers de territoire (GHT) correspondent à une stratégie de groupe public basée sur les projets médicaux, a rappelé Frédéric Valletoux. « Mais les GHT inquiètent les praticiens des établissements de taille intermédiaire », a avancé Alain Fuseau, président de CME au Havre. Et d'interpeller la FHF sur une régulation de la démographie médicale, au cœur des problématiques territoriales. La situation est en effet parfois dramatique, comme l'a par exemple démontré à la FHF l'établissement de santé mentale de Caen. Des

situations souvent accentuées par les débauchages répétés du privé dans certaines spécialités, d'où la demande des adhérents d'une clause de non-concurrence à moins de 70 km en cas de départ d'un établissement.

Quant à la ville, « comme en 2012, nous pouvons porter l'idée d'une limitation de l'installation des libéraux dans les zones surdotées... », suggère Frédéric Valletoux. « Pourquoi ne pas aussi trouver des formules souples d'exercice partagé (en CH, CHU, maisons médicales...) réclamées par les

jeunes praticiens ? », a suggéré Isabelle Lesage, directrice du CHU de Rouen. L'idée d'un engagement des internes à s'installer pendant trois à cinq ans près de leur université fait aussi son chemin chez les parlementaires, a noté Philippe Duron, coprésident de la FHR Normandie et député du Calvados. Autre piste évoquée par David Gruson, délégué général de la FHF : une facilitation des délégations de compétences aux paramédicaux. Emmanuelle Jeandet-Mengual, coprésidente du conseil de surveillance du CHU de Rouen et de la FHR, aura enfin demandé un rééquilibrage des praticiens universitaires au profit des territoires sous-dotés.

LA TÉLÉMÉDECINE, UNE SOLUTION BRIDÉE

« Il n'y a pas assez d'incitations au développement de la télémédecine », a témoigné par ailleurs Thierry Lugbull, directeur du CH de Saint-Lô et administrateur des essais télé-santé en Normandie. La FHF réclame le déverrouillage du modèle économique de la télémédecine dans le cadre du PLFSS 2017 », a rappelé David Gruson. « Nous comptons sur vos exemples pour montrer au financeur que les actes de télémédecine n'auront pas d'effet inflationniste, au contraire. L'exemple du CHU de Caen l'illustre. Ensuite, ce sera à vous de définir comment la télémédecine peut vous aider en fonction de votre projet médical partagé (PMP). Nous l'avons vu avec les téléconsultations du CH d'Elbeuf. »

UBUESQUES STRUCTURES DE FINANCEMENTS

L'évolution d'un mode de financement devenu « catastrophique » a enfin été réclamée. « Toutes nos marges de manœuvre sont consacrées aux plans de retour à l'équilibre au détriment de l'innovation », a souligné Christophe Kassel, directeur du CHU de Caen, en plein projet de reconstruction. Un discours qui n'est guère différent dans le médico-social, a souligné un dirigeant d'EHPAD, « or tant que les filières en aval ne se développeront pas, le secteur sanitaire sera en difficulté... » L'occasion pour David Gruson de rappeler un sujet fort porté par la FHF pour le médico-social : le décloisonnement des sections tarifaires.

Côté recherche, la question du financement pour pérenniser les essais cliniques aura aussi été un point fort du débat, le sujet ayant largement été évoqué avec les dirigeants de la FHF aux CHU de Rouen et de Caen. À noter que la FHF envisage à cet égard de se structurer pour aider les porteurs de projets à aller chercher des financements FEDER (européens).

Isabelle Lesage aura enfin suggéré la nécessité pour la FHF de porter le thème de la pertinence des soins. Un sujet qui parle au grand public et remet à sa juste place la qualité du service public hospitalier au regard des pratiques du privé. La récente montée au créneau de la FHF sur le sujet du taux de césarienne l'a démontré, a conclu David Gruson.

POITOU-CHARENTES, VOLONTARISME ET RAS-LE-BOL S'EXPRIMENT FACE AUX (ABSENCES DE) RÉFORMES

► <http://tourdefrance.fhf.fr/index.php/category/nouvelle-aquitaine/>

À l'approche de l'échéance présidentielle de 2017, les débats en vue de l'élaboration de la plateforme politique de la Fédération hospitalière de France (FHF) se font plus militants. Témoin les discussions qui se sont tenues avec les adhérents de la FHF en Poitou-Charentes le 20 septembre 2016, à l'occasion d'une première journée étape en Nouvelle Aquitaine.

À la Rochelle, le matin du 20 septembre, Geneviève Darrieussecq, présidente de la FHR Nouvelle-Aquitaine, a salué le travail de « lobby positif » effectué par la FHF,

LE POSITIONNEMENT DE L'ARS EN QUESTION

A ctualité oblige, le thème des groupements hospitaliers de territoire (GHT) avait été choisi comme sujet de débat le 20 septembre à La Rochelle. Si les GHT sont bien sur les rails, notamment là où des communautés hospitalières de territoire avaient déjà été construites, « il faudra des orientations claires du ministère sur le caractère plus ou moins intégratif des GHT pour avancer. L'incertitude est pire que tout », prévient Pierrick Dieumegard, directeur du centre hospitalier (CH) de Rochefort. Côté hôpitaux locaux, on attend cependant ici beaucoup de la mutualisation, des échanges..., malgré des craintes sur la remise en cause de certains services de médecine. Des inquiétudes qui sont aussi palpables dans le secteur médico-social. Si celui-ci plébiscite le travail sur des filières de soins, il s'inquiète d'une intégration de certaines fonctions à l'établissement support.

Pour autant, il ne faudra pas trop tarder à développer concrètement les GHT, estime Thierry Godeau, président de la commission médicale d'établissement (CME) de La Rochelle et de la conférence nationale des présidents de CME : « Nous avons une obligation de réussite, sans quoi je crains que la prochaine loi soit pour le coup très intégrative... et in fine plutôt désintégrative ! »

Pour certains, il faudrait des budgets et un capacitaire définis au niveau des GHT afin d'éviter les blocages. « Nous sommes sur un " chemin d'intégration " qui prendra du temps et ne passera pas nécessairement par des fusions, mais qui reposera à coup sûr sur les projets médicaux partagés (PMP) », estime David Gruson, délégué général de la FHF. « Le pire serait de voir les agences régionales de santé (ARS) être les acteurs du PMP faute de capacité des hospitaliers de s'entendre et de s'approprier cette réforme », a conclu Frédéric Valletoux sur ce débat.

« d'où l'importance de nos échanges dans le cadre ce tour de France ». La FHF est la « maison commune » du service public hospitalier, a insisté le jour même à Poitiers Jean-Pierre Dewitte, directeur du CHU et président de la conférence nationale des DG de CHU. « C'est pourquoi nous venons sur le terrain », a expliqué Frédéric Valletoux, président de la FHF. « Ce sont vos expériences et initiatives qui contribueront à étayer l'argument d'une plus grande liberté d'initiative et de gestion à laisser aux acteurs hospitaliers, aujourd'hui écrasés par la bureaucratie. »

RECONNAÎTRE QUE L'HÔPITAL COMBLE LES CARENCES DU SYSTÈME DE SOINS

L ors des échanges le jour même au CHU de Poitiers, un certain nombre de dysfonctionnements impactant l'hôpital ont été soulignés, en lien avec son environnement : permanence des soins libérale inopérante, déserts médicaux liés à la liberté d'installation, cliniques en situation de monopole dans certaines spécialités mais n'assurant pas la permanence des soins, déséquilibre démographique alarmant en faveur d'un privé moins contraignant et plus attractif...

De grosses inquiétudes se sont ici fait jour sur le (l'absence de) financement de l'innovation. Témoin le poste médicament de Poitiers, représentant 12% du budget du CHU il y a 10 ans, contre 25% aujourd'hui. Avec en parallèle des prescriptions de ville qui s'imposent à l'hôpital (chimiothérapies per os, continuité des soins...)... avant de lui être reprochées par le financeur. Or le régulateur ne prend visiblement pas ses responsabilités face à ces phénomènes, déplorent les acteurs hospitaliers. « Et tous ces dysfonctionnements montrent bien que la sous-division des enveloppes ONDAM n'a aucun sens alors que l'on parle de mettre en place un parcours de soins », aura analysé Jean-Pierre Dewitte. Si l'on veut que l'hôpital s'adapte aux décroissements et aux mutualisations, il faudra que l'ARS et les financeurs commencent par faire de même.

« Mettre le sujet de la santé dans le débat présidentiel n'a jamais été évident, mais face aux carences actuelles, il sera difficile aux hommes politiques d'ignorer le sujet », a assuré Frédéric Valletoux. « Comment fait-on de l'hôpital le pivot du système de santé, et non sa variable d'ajustement ? C'est la question que nous devons poser aujourd'hui », a conclu Frédéric Valletoux sur ce débat.

ÉTUDE SUR « LES FRANÇAIS ET L'HÔPITAL PUBLIC »

À quelques mois des élections présidentielles, la Fédération hospitalière de France a jugé nécessaire d'interroger les Français afin de mieux connaître leur avis sur l'hôpital. Réalisé les 25 et 26 août par l'institut Odoxa auprès d'un échantillon représentatif des Français, ce sondage présente les résultats qui :

> confortent l'attachement des Français à l'hôpital ;

> révèlent que la quasi-totalité des Français et des patients se déclarent très majoritairement satisfaits de la manière dont les hôpitaux publics et les professionnels de santé ont fait face aux attentats ;

UN ATTACHEMENT DES FRANÇAIS À L'HÔPITAL PUBLIC TEINTÉ D'INQUIÉTUDE

L es chiffres confirment l'attachement des Français pour l'hôpital public (8 Français sur 10 ont une bonne image de l'hôpital). À une période au cours de laquelle, sur nombre de questions, les repères sont bousculés et la société française est saisie par le doute, l'hôpital reste, plus que jamais, un des socles de notre République.

Quoi qu'il arrive – et même le pire (le sondage Odoxa-FHF 2016 révèle que la quasi-totalité des Français (95%) et des patients (96%) se déclarent satisfaits de la manière dont les hôpitaux publics et les personnels de santé ont fait face aux tragiques attentats) – les Français savent que l'hôpital est toujours ouvert et accomplit ses missions avec efficacité.

Pour autant, 83% des Français estiment que l'hôpital est en danger et les Français sont unanimes lorsqu'ils disent que l'hôpital manque de moyens (84%).

UN DÉTERMINANT DE VOTE MAJEUR

L es deux tiers des Français déclarent ainsi que les propositions que feront les candidats pour 2017 en matière de santé auront un impact sur leur choix au moment du vote et plus de 80% des Français (86%) pronostiquent ainsi que si l'un candidat pour lequel ils prévoient de voter annonçait qu'il comptait réduire drastiquement le budget des hôpitaux publics, cela limiterait leur envie de voter pour lui.

Les Français en ont assez que l'on traite la santé comme un « non-sujet » pendant la campagne, pour ensuite faire des choix qui ont un impact très concret sur leur vie.

> montrent une inquiétude face à l'avenir de l'hôpital public ;

> et signalent fortement l'importance que nos concitoyens accordent aux orientations qui seront prises pour l'hôpital public par les futurs candidats à l'élection présidentielle. Les Français considèrent, en effet, que les choix politiques effectués par les différents gouvernements depuis dix ans n'ont pas pris la bonne direction et soulignent très majoritairement la nécessité de consolider les moyens accordés à l'hôpital et ses professionnels pour leur permettre d'assurer leurs missions.

COMPRENDRE L'INQUIÉTUDE

P our les Français, l'hôpital est menacé à cause des orientations prises dans le cadre des politiques publiques et 77% des Français disent que les choix politiques effectués par les gouvernements présents et passés en matière de santé ne sont pas allés dans la bonne direction.

Ce chiffre renvoie également aux tensions économiques auxquelles sont confrontés les hôpitaux, tensions que les Français perçoivent. Ainsi, 84% des Français ont le sentiment que les moyens aujourd'hui alloués par l'État à l'hôpital public sont plutôt insuffisants.

La campagne présidentielle qui s'ouvre constitue donc l'occasion de proposer de nouvelles orientations fortes pour l'hôpital public et pour notre système de soins.

1 MÉTHODOLOGIE

RECUEIL

Enquête réalisée auprès d'un échantillon de Français interrogés par Internet les 25 et 26 août 2016.

ÉCHANTILLON

Échantillon de **995 personnes** représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus. La représentativité de l'échantillon est assurée par la méthode des quotas appliqués aux variables suivantes : sexe, âge et profession de l'interviewé après stratification par région et catégorie d'agglomération.

2 PRÉCISIONS SUR LES MARGES D'ERREUR

Chaque sondage présente une incertitude statistique que l'on appelle marge d'erreur. Cette marge d'erreur signifie que le résultat d'un sondage se situe, avec un niveau de confiance de 95%, de part et d'autre de la valeur observée. **La marge d'erreur dépend de la taille de l'échantillon ainsi que du pourcentage observé.**

Taille de l'échantillon	5% ou 95%	10% ou 90%	20% ou 80%	30% ou 70%	40% ou 60%	50%
800	1,5	2,5	2,8	3,2	3,5	3,5
900	1,4	2,0	2,6	3,0	3,2	3,3
1 000	1,4	1,8	2,5	2,8	3,0	3,1
2 000	1,0	1,3	1,8	2,1	2,2	2,2

Dans un échantillon de 1 000 personnes, si le pourcentage observé est de 20%, la marge d'erreur est égale à 2,5%. Le pourcentage réel est donc compris dans l'intervalle [17,5 ; 22,5].

3 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

POINTS CLÉS DU SONDAGE

> Notre enquête Odoxa-MNH-Orange pour France Inter et le Figaro de juin dernier révélait déjà que 8 Français sur 10 (79%) avaient une bonne image des hôpitaux publics.

> En lien avec l'actualité tragique de cet été, notre sondage Odoxa-FHF de cette rentrée révèle que la quasi-totalité des Français (95%) et des patients (96%) se déclarent satisfaits de la manière dont les hôpitaux publics et les personnels de santé ont fait face aux tragiques attentats de ces dernières années.

> MAIS cette satisfaction et cette bonne image masquent une immense angoisse quant à l'avenir : plus de 8 Français sur 10 (83%) pensent que l'hôpital public est aujourd'hui « en danger ».

> Ils considèrent en effet que les moyens que lui alloue l'État sont « insuffisants » (84%), plutôt que « bien adaptés » (13%) ou « excessifs » (3%).

> D'ailleurs, près des deux tiers d'entre eux estiment/déplorent que les questions de santé et d'assurance maladie ne sont que rarement évoquées dans les débats politiques et électoraux.

> Plus sévères encore, plus des trois quarts des Français (77%) jugent que les choix politiques effectués par les différents gouvernements depuis 10 ans – donc de droite comme de gauche – n'ont pas été dans la bonne direction.

> Or, les électeurs l'affirment, il s'agit d'un enjeu majeur de leur vote pour la prochaine présidentielle, et probablement les primaires de droite et de gauche à venir : les deux tiers des Français déclarent ainsi que les propositions que feront les candidats pour 2017 en matière de santé auront un impact sur leur choix au moment du vote.

> Et mieux vaut à ce sujet ne pas s'engager dans du « moins-disant » : plus de 80% des Français (86%) pronostiquent ainsi que si un candidat pour lequel ils prévoient de voter annonçait qu'il comptait réduire drastiquement le budget des hôpitaux publics, cela limiterait leur envie de voter pour lui.

Bref, plus encore qu'autrefois (où ils l'étaient déjà), la santé et l'hôpital seront probablement des enjeux décisifs des prochains scrutins... une information à méditer pour les différents protagonistes des compétitions à venir !

Gaël Sliman, Président d'Odoxa

4 IMAGE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS

RAPPEL BAROMÈTRE SANTÉ 360 JUIN 2016*

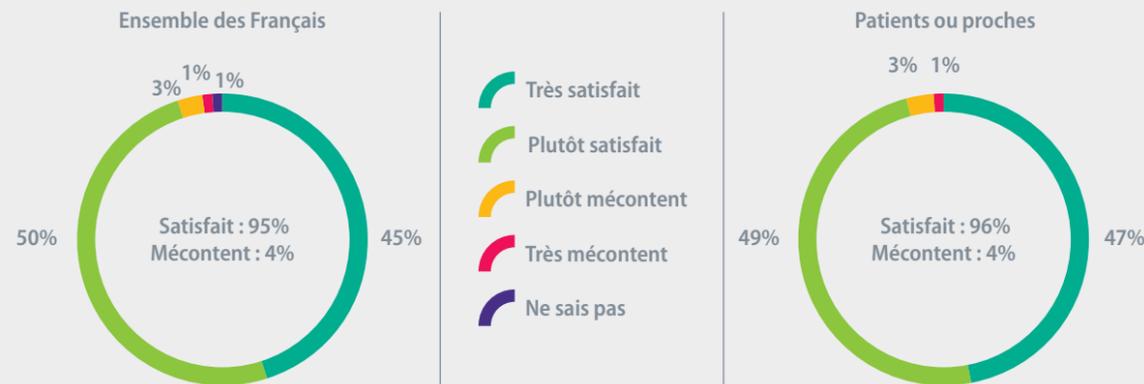
S'agissant des acteurs du système de santé dans votre pays, personnellement, avez-vous une bonne image ou une mauvaise image des établissements de santé publics ?



* Baromètre santé 360 Odoxa pour Orange et MNH, Le Figaro santé, France Inter et Sciences Po publié le 27 juin 2016. Terrain réalisé du 2 au 16 juin 2016 auprès d'un échantillon de 1 035 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

5 SATISFACTION DE L'ACTION DES HÔPITAUX PUBLICS ET DES PERSONNELS DE SANTÉ FACE AUX ATTENTATS

Lors des attentats survenus en France depuis janvier 2015, avez-vous été très satisfait, plutôt satisfait, plutôt mécontent ou très mécontent de la manière dont les hôpitaux publics et les personnels de santé ont fait face à ces événements ?



6 SENTIMENT QUE L'HÔPITAL PUBLIC FRANÇAIS EST EN DANGER

Avez-vous le sentiment que l'hôpital public français est aujourd'hui en danger ?



7 LES MOYENS ACCORDÉS À L'HÔPITAL PUBLIC

Avez-vous le sentiment que les moyens aujourd'hui alloués par l'État à l'hôpital public sont plutôt excessifs, plutôt insuffisants ou bien adaptés ?



8 PLACE DES QUESTIONS DE SANTÉ DANS LES DÉBATS POLITIQUES ET ÉLECTORAUX

Dans les débats politiques et électoraux, diriez-vous que les questions de santé et d'assurance maladie sont...



9 APPROBATION DE L'ORIENTATION DES DÉCISIONS POLITIQUES PRISES DEPUIS 10 ANS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Globalement, depuis ces 10 dernières années, avez-vous le sentiment que les choix politiques faits par les différents gouvernements en matière de santé sont allés dans la bonne direction ?



10 IMPACT DES PROPOSITIONS DES CANDIDATS EN MATIÈRE DE SANTÉ SUR LE CHOIX DE VOTE À LA PRÉSIDENTIELLE

Enfin diriez-vous que les propositions que feront les candidats à l'élection présidentielle de 2017 en matière de santé sont susceptibles d'avoir un impact sur votre choix au moment du vote ?



11 IMPACT DES PROPOSITIONS DES CANDIDATS EN MATIÈRE DE SANTÉ SUR LE CHOIX DE VOTE À LA PRÉSIDENTIELLE

Plus précisément, si un candidat pour lequel vous envisagez de voter à l'élection présidentielle annonçait qu'il comptait réduire drastiquement le budget des hôpitaux publics, diriez-vous que cela vous inciterait encore plus à voter pour lui, ou au contraire que cela limiterait votre envie de voter pour lui ?



LE BAROMÈTRE FHF-OBEA DES ENJEUX RH

1 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DU PREMIER BAROMÈTRE FHF-OBEA DES ENJEUX RH

Les Rencontres RH de la santé, organisées par la Fédération hospitalière de France les 3 et 4 octobre 2016, ont été l'occasion de présenter les résultats du premier baromètre FHF-Obea*.

À travers cette enquête, la FHF a souhaité faire entendre la voix des professionnels RH à l'hôpital et objectiver leurs besoins, voire leurs difficultés, dans une période de réforme profonde.

MÉTHODOLOGIE

L'enquête a été réalisée avec le cabinet Obea. Son questionnaire a été relayé par la FHF, en mai 2016, auprès des directeurs des ressources humaines et directeurs des affaires médicales des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux adhérents à la Fédération hospitalière de France ; 274 répondants l'ont renseigné.

> **Le climat social** au sein des établissements est perçu positivement. Si plus de 80% des répondants partagent cette opinion, la survenue de tensions dans les mois à venir, pour le personnel non médical, est envisagée. Les avis sont également partagés quant aux perspectives économiques des établissements, voire pessimistes concernant l'évolution du secteur de la santé : 71% n'ont que peu ou pas confiance et 58% se déclarent inquiets du rythme des réorganisations. Seuls les répondants exerçant dans les plus grands établissements semblent vivre ces changements avec davantage de sérénité.

> **Le déploiement des groupements hospitaliers de territoire** est anticipé de manière plutôt positive en matière de gestion des ressources humaines : 52% des répondants estiment que les GHT vont améliorer les perspectives de formation, de mobilité et d'évolution. Les professionnels interrogés attendent par ailleurs un accompagnement dans la mise en œuvre des groupements, en particulier en ce qui concerne le volet relatif à la gestion des ressources humaines. 71% des établissements déclarent ne pas disposer des outils adéquats – notamment réglementaires – pour déployer le travail de leurs collaborateurs sur plusieurs établissements.

> **L'attachement aux valeurs de service public** se révèle important (80%). Les DRH interrogés considèrent par ailleurs que les professionnels sont pleinement engagés dans leur métier (97%), également vis-à-vis de leur établissement (75%), mais moins auprès de la fonction publique hospitalière en général (55%).

> **La maîtrise de la dépense salariale** constitue une priorité chez 80% des DRH sondés. C'est l'un des principaux enseignements de l'étude : la gestion des ressources humaines apparaît placée sous le double signe de cette contrainte et de l'optimisation de l'organisation du travail (48%). Viennent ensuite la maîtrise de l'absentéisme (39%), la mise en place des GHT (35%) et le dialogue social (32%).

> **La contrainte budgétaire** demeure la principale variable d'évolution des politiques RH. Ainsi, à la question de savoir ce qui incite le plus les directeurs des ressources humaines à faire évoluer les pratiques RH, 92% citent les contraintes économiques et budgétaires. Et ce, bien avant le risque de conflit social ou de perte de compétences.

> **L'enjeu d'attirer et de fidéliser les médecins** (62%) est pointé dans ce contexte, ainsi que celui d'accompagner les réorganisations auprès des personnels, notamment au sein des CHU (69%).

> **Le développement des compétences** demeure un enjeu secondaire par rapport au secteur privé (17%, contre 36% dans une enquête récente¹ menée auprès de DRH du secteur privé). Si 95% des établissements déclarent avoir

¹ - Source : baromètre Défis RH 2016, réalisé par Inergie – Groupe Obea pour l'Association nationale des directeurs des ressources humaines et Entreprise & Carrières.

mis en place des entretiens d'évaluation, la gestion des carrières et la valorisation des personnels sont perçues comme moins prioritaires. Seuls 24% des établissements ont instauré des mesures d'accompagnement professionnel dans les secondes parties de carrière.

> **Le déploiement de politiques favorables à la diversité** fait l'objet de réponses contrastées. Le handicap constitue une priorité (33% des répondants ont formalisé une politique handicap) contrairement à l'égalité professionnelle entre femmes et hommes (4%).

> **La reconnaissance et la valorisation** ont aussi été interrogées. Les DRH ne disposent pas toujours d'outils et de moyens pour valoriser leurs collaborateurs et répondre à leurs attentes. Seuls 26% des répondants déclarent disposer des moyens pour reconnaître l'engagement des équipes. Les leviers de reconnaissance relèvent davantage de la possibilité de participer à des formations, ou de faire le point lors d'un entretien annuel, que de bénéficier d'une promotion ou d'une prime. La participation institutionnelle est par ailleurs évoquée comme levier de motivation du personnel médical. L'enquête souligne une asymétrie entre les moyens dont disposent les DRH pour valoriser les agents et les attentes de ces derniers : selon les répondants, les agents souhaiteraient prioritairement (45%) une valorisation en matière de rémunération et d'avantages sociaux.

> **Le cadre statutaire actuel** est diversement apprécié. 62% des répondants le jugent non performant, 78% non adapté aux évolutions du secteur.

> **L'évaluation des risques professionnels** fait en revanche consensus. 79% des établissements répondants ont formalisé un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact), ou un document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp). Mais seuls 33% ont évalué le risque d'exposition à des agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR).

> **La qualité de vie au travail représente un enjeu** essentiel de la fonction RH (37%). 84% des établissements ont mené – ou comptent le faire prochainement – une démarche d'évaluation des risques psychosociaux (RPS). 77% conduisent des actions de prévention des RPS. Toutefois, peu d'améliorations sont aujourd'hui constatées en matière de qualité de vie au travail, suite à des actions pourtant plus nombreuses que celles menées dans les entreprises privées. Outre la sensibilisation des managers et la mise en place de groupes de parole, ces actions portent majoritairement sur une approche corrective.

> **Les conditions de travail** restent stables (57% des DRH sondés) et se dégradent pour 36% d'entre eux. La précarité sociale du personnel non médical (PNM) augmente pour 44% des répondants. Le nombre de professionnels exposés à des situations d'insécurité est perçu en augmentation, notamment en ce qui concerne le PNM (49% des sondés).

> **Une politique de prévention de l'absentéisme** est mise en œuvre dans 54% des établissements.

> **Les personnels médicaux** font l'objet d'une attention accrue en matière de politique RH. La moitié des établissements leur accorde une place dédiée dans le projet social, 63% dans l'évaluation des risques professionnels. Si seulement 21% des établissements ont signé la charte d'accueil des internes à l'hôpital, la moitié a engagé des actions afin de favoriser leur intégration.

À l'heure des GHT, les plus petits établissements, à la faveur d'une plus grande proximité, semblent trouver plus facilement les moyens de reconnaître et de mobiliser leurs professionnels. Taille et statut permettent aux plus grands établissements, de leur côté, d'offrir un cadre et des perspectives d'avenir plus sécurisantes. Il conviendra de s'appuyer sur cette complémentarité pour piloter, avec dextérité, le volet humain des réorganisations en cours.

2 RÉSULTATS DÉTAILLÉS

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Réalisée auprès des directeurs, directeurs des ressources humaines et directeurs des affaires médicales, des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux adhérents à la Fédération hospitalière de France, qui s'inscrit dans le cadre d'un baromètre visant à :

- > dresser un panorama des préoccupations des DRH et des DAM et des défis auxquels ils sont confrontés ;
- > partager ces tendances avec l'ensemble des acteurs de la fonction RH hospitalière ;
- > identifier des mesures et propositions concrètes à destination des pouvoirs publics et pour faire évoluer le service aux adhérents de la FHF.

Cette première édition de l'étude dresse un large panorama des préoccupations des adhérents de la FHF en matière de ressources humaines.

Elle livre l'opinion des DRH et DAM concernant :

- > les tendances sociales ;
- > l'actualité RH : sujets de mobilisation et enjeux de la fonction ;
- > l'organisation de la fonction RH ;
- > les conditions de travail : évaluation des risques professionnels, aménagement des temps de travail, gestion de l'absentéisme, évolutions des conditions de travail ;
- > le capital humain : engagement et attentes des professionnels, gestion des carrières, diversité et respect de la laïcité ;
- > l'accueil des médecins ;
- > le recrutement des contractuels non médicaux ;
- > la mise en œuvre des GHT ;
- > le contexte et les perspectives de la fonction publique hospitalière.

FICHE TECHNIQUE DE L'ÉTUDE

PÉRIMÈTRE ET RÉPONDANTS

Directeurs des ressources humaines, directeurs des affaires médicales et directeurs des établissements de santé et médico-sociaux : **274 répondants**

MODE D'ADMINISTRATION

Questionnaire en ligne sur le site internet d'Inergie relayé par la FHF

QUESTIONNAIRE

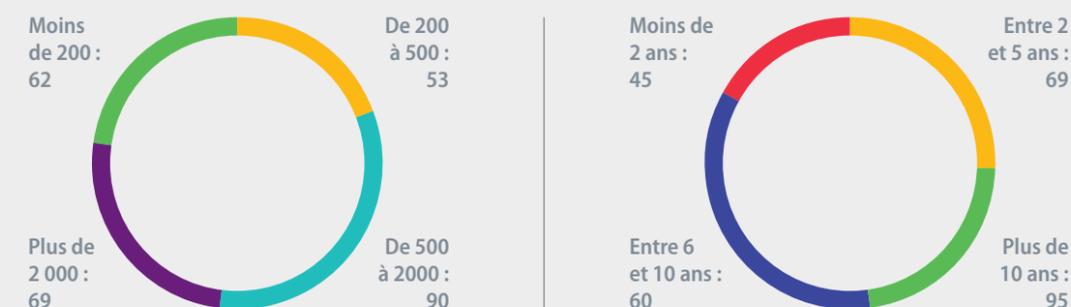
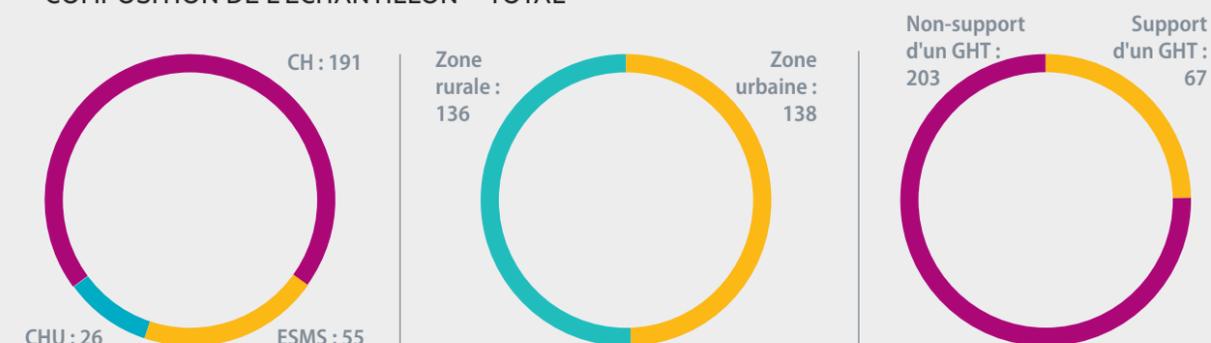
85 questions et 6 questions de signalétique

PÉRIODE DE L'ENQUÊTE

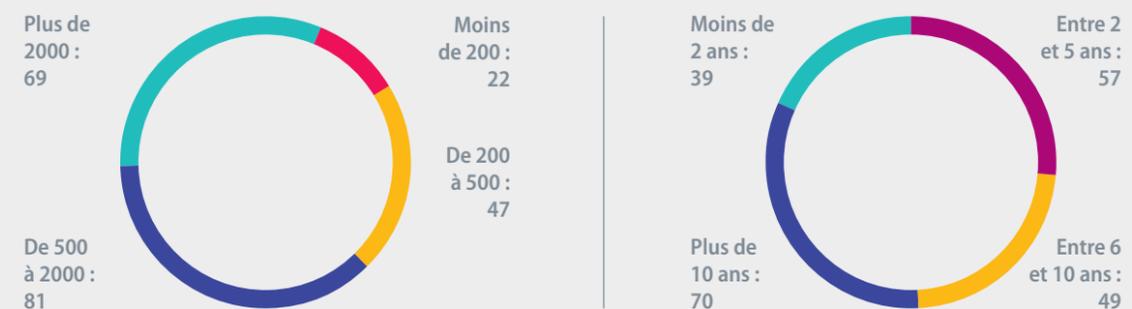
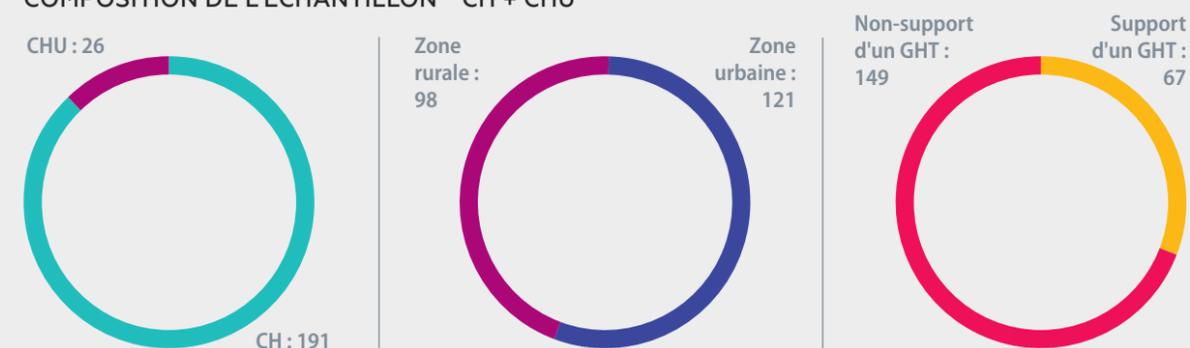
Mai 2016

LES PROFILS DES RÉPONDANTS

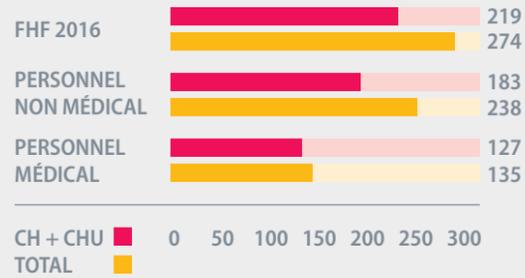
COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON – TOTAL



COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON - CH + CHU



COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON



LES RÉSULTATS

1 LES TENDANCES SOCIALES

UN CLIMAT SOCIAL DANS L'ÉTABLISSEMENT PERÇU DE MANIÈRE POSITIVE PAR LES DRH ET DAM...

Comment décririez-vous le climat social de votre établissement ?



... MAIS UN RISQUE PERÇU DE DÉGRADATION POUR LE PNM

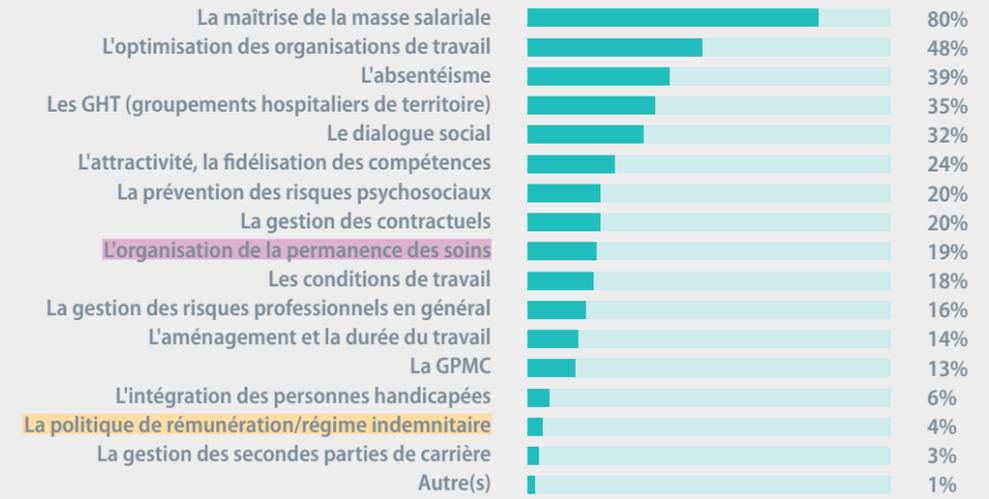
Pensez-vous que dans les mois à venir, le climat social de votre établissement aura tendance à :



1 L'ACTUALITÉ RH

UNE FORTE MOBILISATION SUR LA MAÎTRISE DE LA MASSE SALARIALE

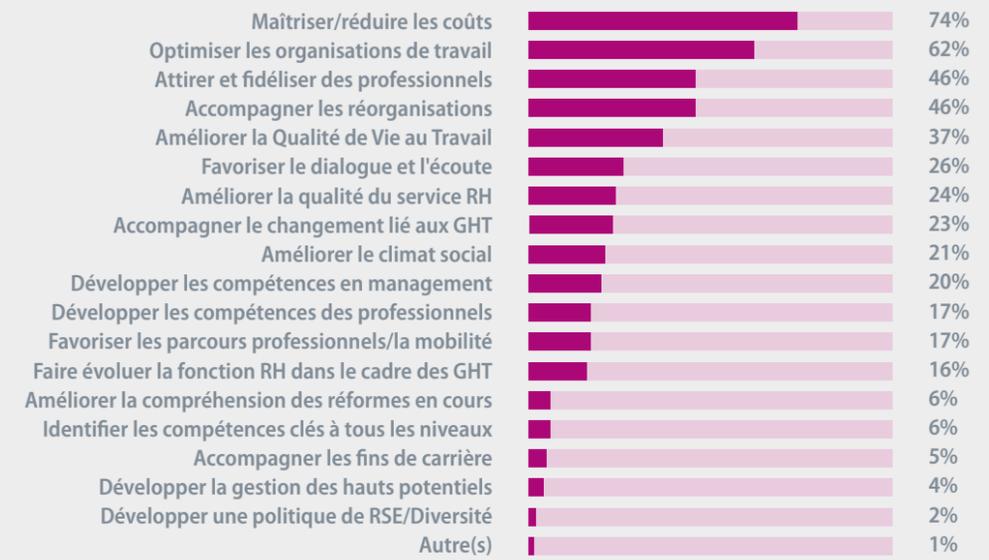
Quels sont les sujets sur lesquels vous vous mobilisez en priorité ? (quatre réponses maximum)



Item posé aux personnels médicaux ■ Item posé aux personnels non médicaux ■ NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LA MAÎTRISE DES COÛTS ET L'OPTIMISATION DES ORGANISATIONS DE TRAVAIL, PRINCIPAUX ENJEUX POUR L'ENSEMBLE DE LA FONCTION RH

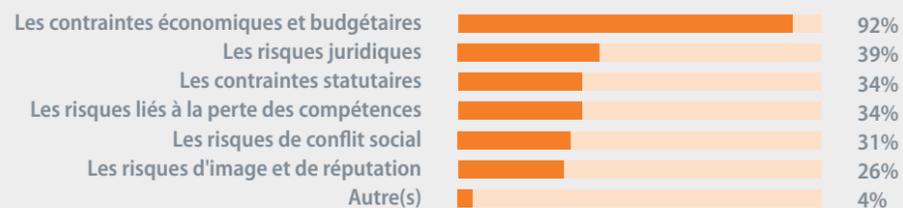
Quels sont les principaux enjeux de la fonction RH au sein de votre établissement ? (cinq choix maximum)



NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LE POIDS DES CONTRAINTES ÉCONOMIQUES

Qu'est-ce qui vous incite le plus à faire évoluer vos pratiques RH ? (trois choix maximum)

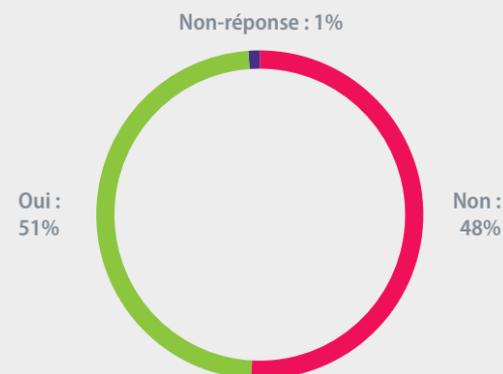


NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

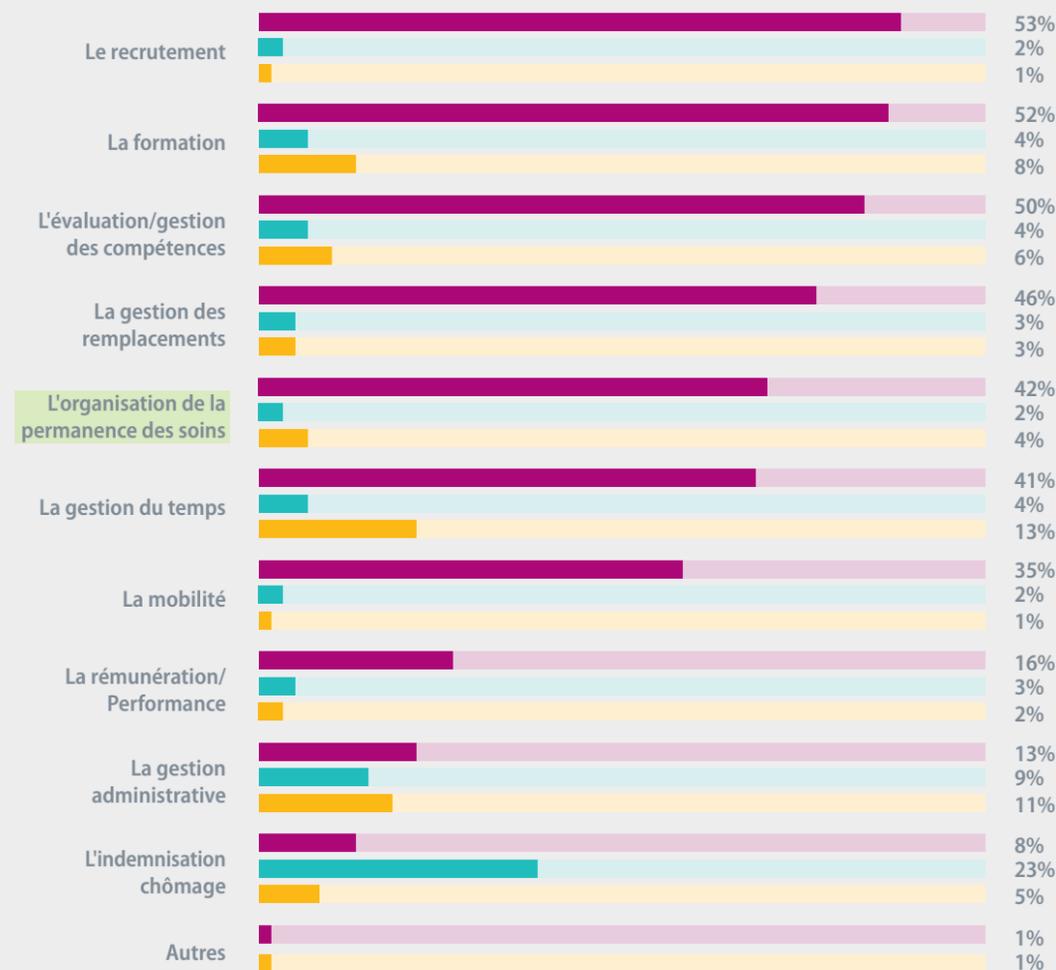
3 L'ORGANISATION DE LA FONCTION RH

Votre projet social ou le projet social de votre établissement comporte-t-il un volet médical ou intègre-t-il des problématiques liées au PM ?

Disposez-vous d'un contrôle de gestion pour la fonction RH ?



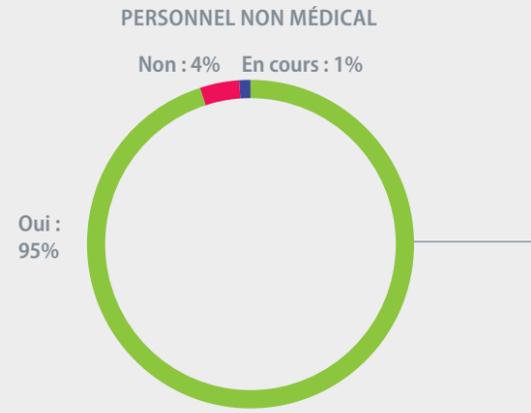
Parmi les fonctions suivantes, lesquelles sont déléguées ou partagées, externalisées ou dématérialisées au sein des Pôles ?



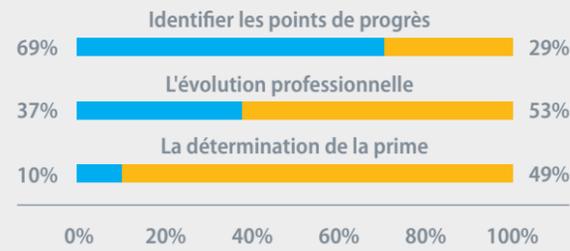
■ Fonctions déléguées ou partagées ■ Fonctions dématérialisées
 ■ Fonction externalisées ■ Item posé au personnel médical

L'ORGANISATION DE LA FONCTION RH : LES EAE

Des entretiens annuels d'évaluation sont-ils déployés dans votre établissement ?



L'entretien d'évaluation est utilisé pour :

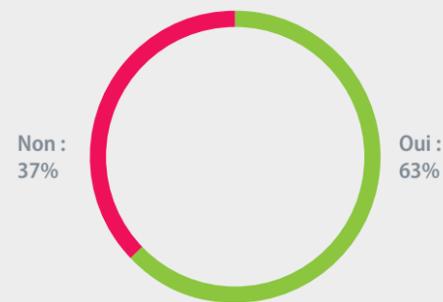


4 LES CONDITIONS DE TRAVAIL

L'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

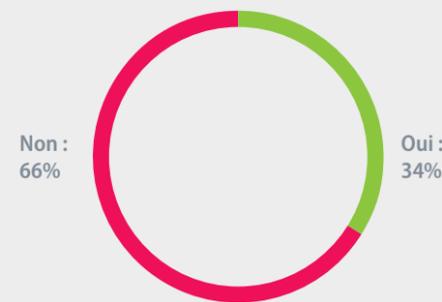
PERSONNEL MÉDICAL

Le personnel médical est-il intégré dans l'évaluation des risques professionnels ?



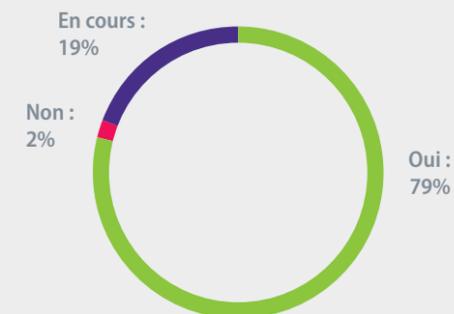
PERSONNEL NON MÉDICAL

Y a-t-il un préventeur/conseiller prévention au sein de votre établissement ?

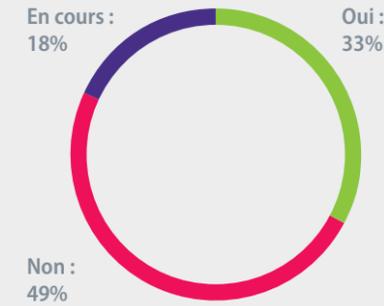


PERSONNEL NON MÉDICAL

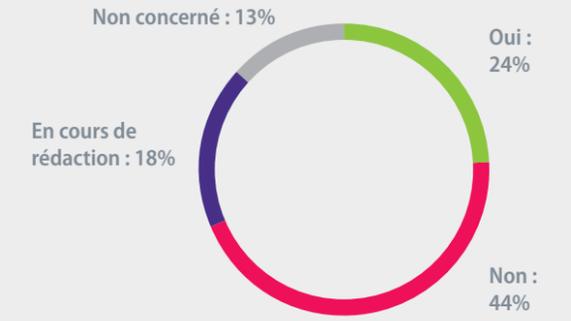
Avez-vous formalisé un document unique d'évaluation des risques professionnels ou un PAPRI Pact (programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) ?



Une évaluation du risque CMR (lié à l'exposition aux agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction) a-t-elle été réalisée ?

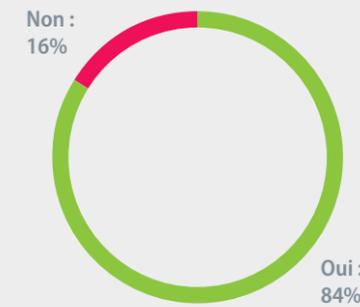


Votre établissement a-t-il établi des fiches individuelles d'exposition ?

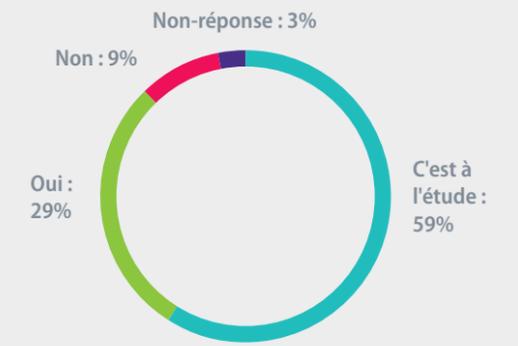


LA PRÉVENTION DES RPS : UNE ÉVALUATION DES RISQUES RÉALISÉE DANS PLUS DE 8 ÉTABLISSEMENTS SUR 10 ; LE SUJET RESTE UNE PRIORITÉ POUR LES AUTRES

Une démarche d'évaluation des facteurs de RPS a-t-elle été entamée au sein de votre établissement ?

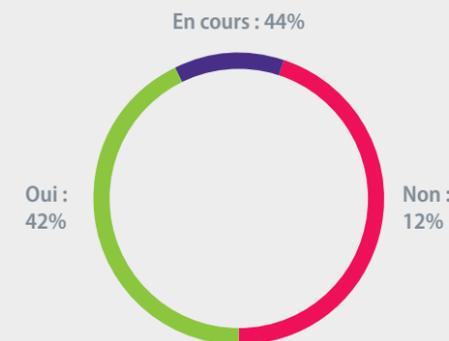


Si non, comptez-vous en déployer une prochainement ?



LA PRÉVENTION DES RPS : UNE RETRANSCRIPTION DANS LE DU RÉALISÉ OU EN COURS DE RÉALISATION

L'inventaire des risques psychosociaux est-il retranscrit dans le document unique ?



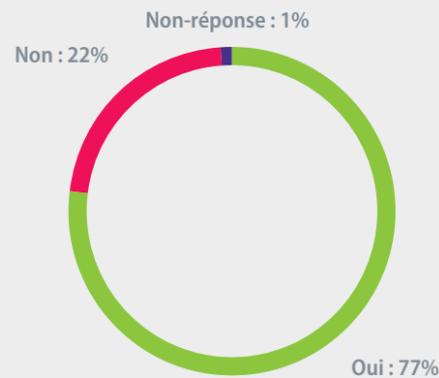
LA PRÉVENTION DES RPS : UN CONTEXTE D'EXPOSITION POUR UN ÉTABLISSEMENT SUR QUATRES.

Pour votre établissement les risques psychosociaux constituent...

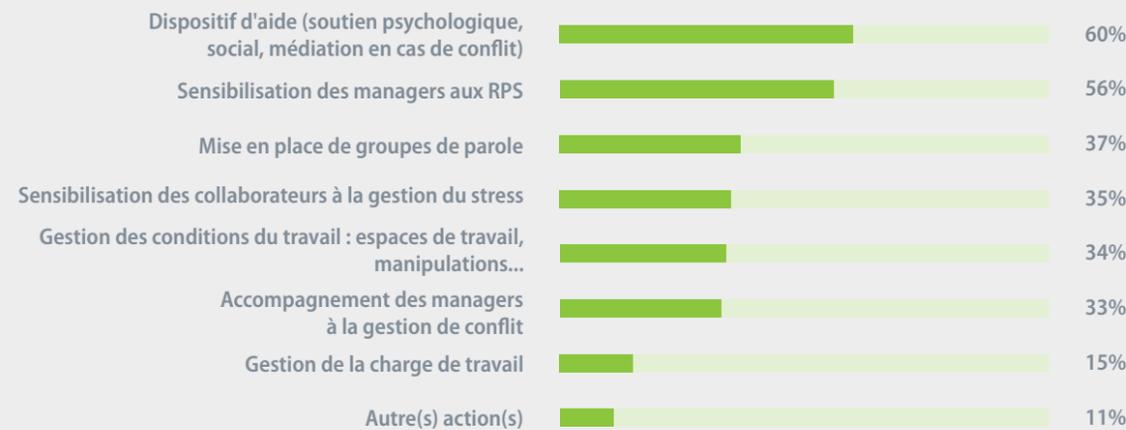


LA PRÉVENTION DES RPS : TROIS ÉTABLISSEMENTS SUR QUATRE MÈNENT DES ACTIONS SUR LE SUJET, EN PRIORITÉ DE NATURE CORRECTIVE

Des actions sur le sujet des RPS ont-elles été menées dans votre établissement depuis un an ?



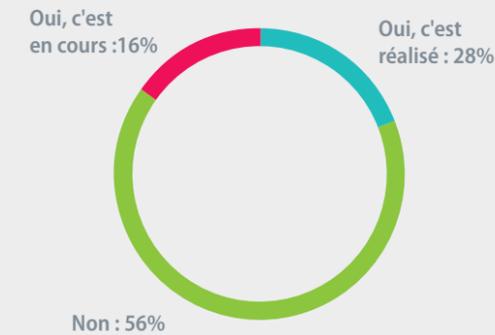
Si oui, quelles actions ont été menées ?



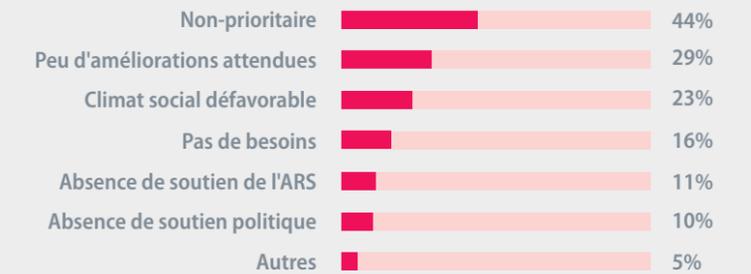
NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LES ACTIONS EN MATIÈRE D'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL : LE PROTOCOLE RTT

Avez-vous renégocié le protocole RTT ?



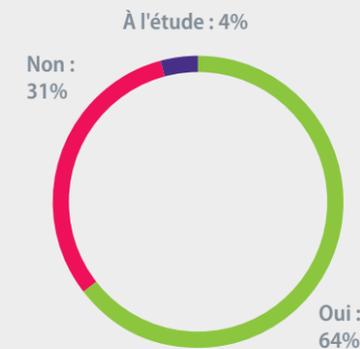
Si non, pour quelles raisons ?



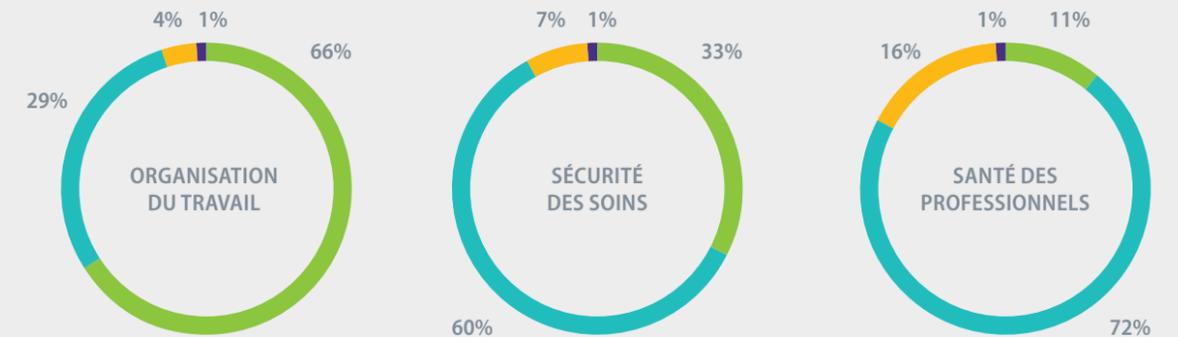
NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LES ACTIONS EN MATIÈRE D'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL : LE TRAVAIL EN 12 H

Avez-vous mis en place des postes de travail en 12 heures ?



Comment percevez-vous l'impact des 12 heures sur l'évolution sur chacun des sujets suivants ?

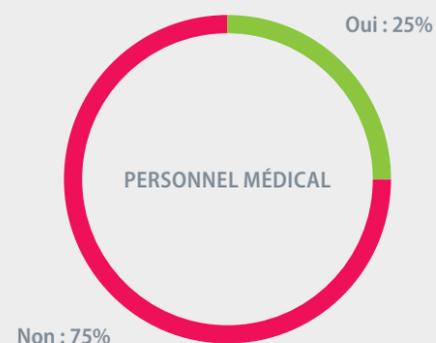
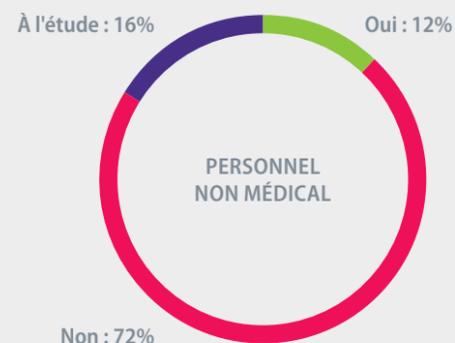


En amélioration / Aucun changement significatif / En dégradation / Non-réponse

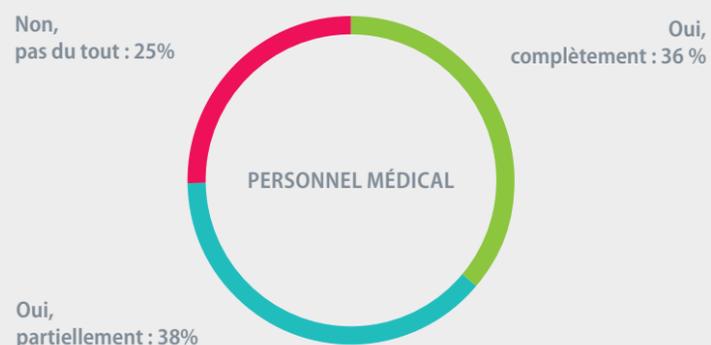
LES ACTIONS EN MATIÈRE D'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

Une expérimentation du télétravail pour certains emplois (administratifs notamment) a-t-elle été lancée dans votre établissement ?

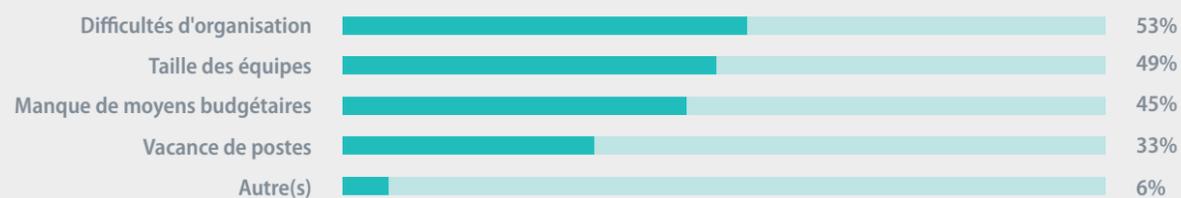
Avez-vous défini une charte du temps de travail médical ?



Avez-vous mis en œuvre l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins (et de la permanence pharmaceutique dans les EPS) ?

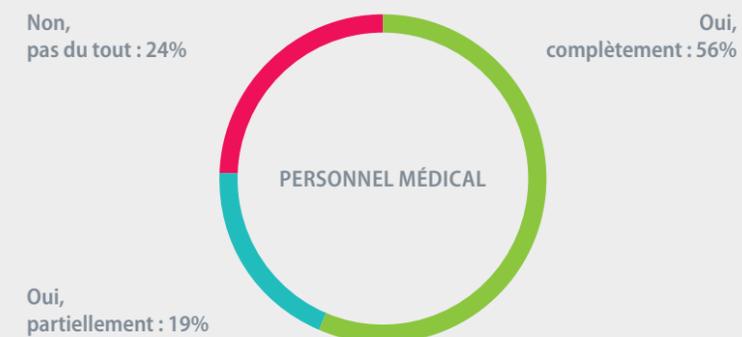


Si oui..., pour quelles raisons ?

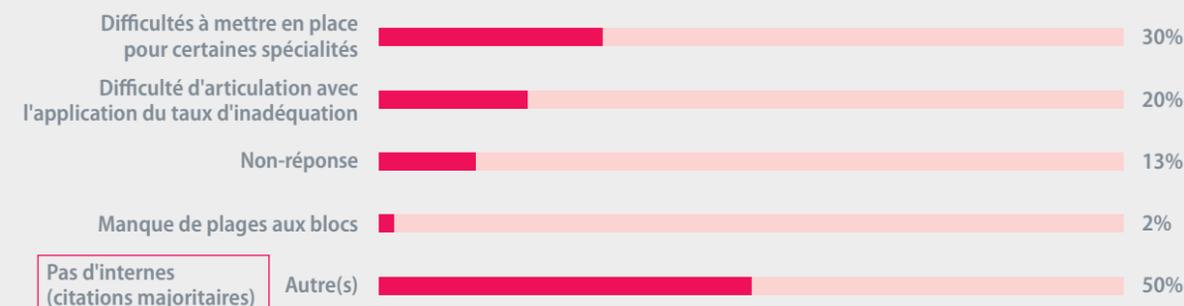


NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

Avez-vous mis en œuvre le décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes ?



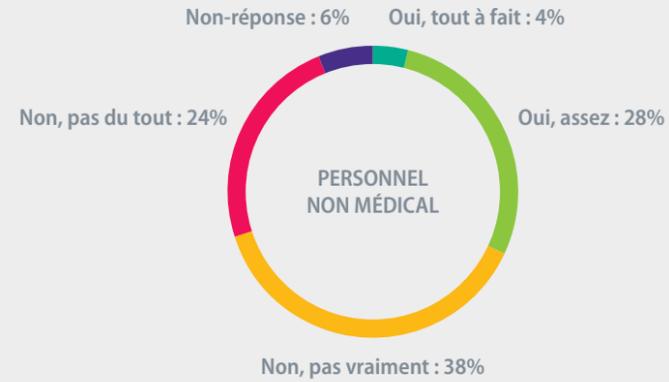
Si Oui, partiellement ou Non, pas du tout : pour quelles raisons ?



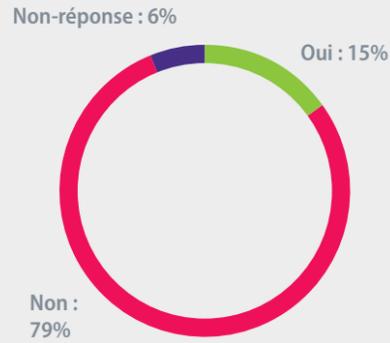
NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LES ACTIONS EN MATIÈRE D'AMÉNAGEMENT DU TEMPS DE TRAVAIL

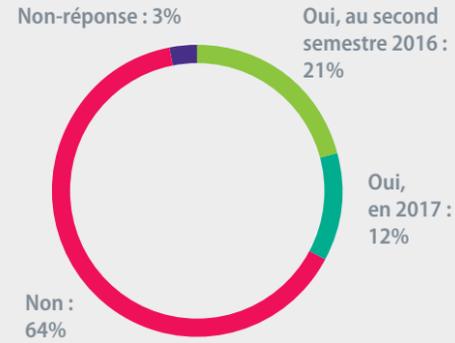
La coordination avec l'université permet-elle de planifier en avance le temps dédié à la formation ?



Avez-vous mis en place le référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence ?

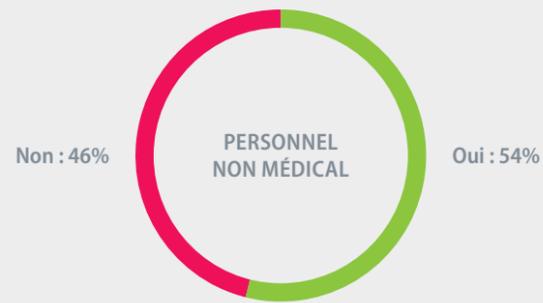


Si non, y a-t-il une date prévisionnelle de mise en œuvre ?

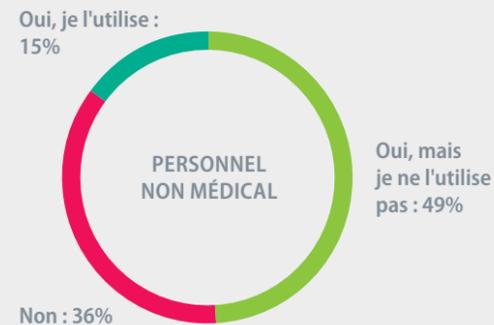


L'ABSENTÉISME

Avez-vous mis en place une politique de prévention de l'absentéisme ?



Connaissez-vous le kit Phares diffusé par la FHF ?

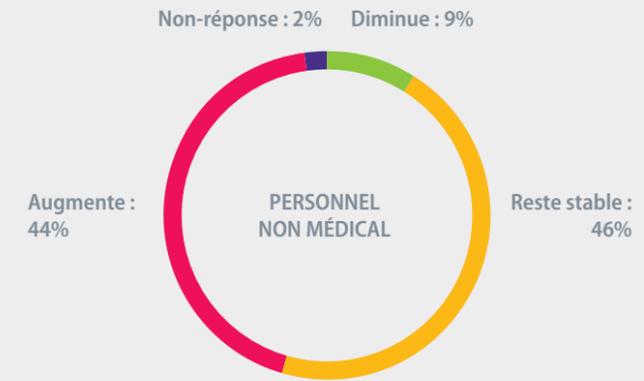


L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL

Selon vous, au sein de votre établissement, les conditions d'exercice :



Plus particulièrement, au sein de votre établissement, estimez-vous que la part du personnel non médical en situation de précarité sociale :



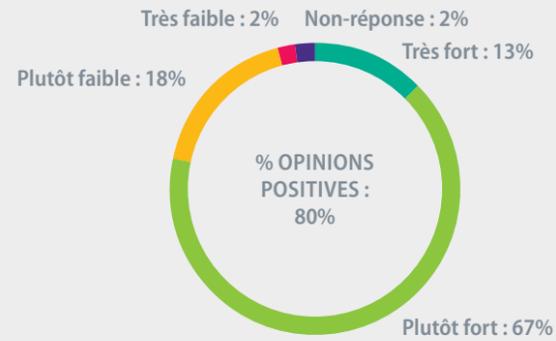
Plus particulièrement, au sein de votre établissement, estimez-vous que la part des professionnels exposés à des situations d'insécurité (agressions verbales, physiques) :



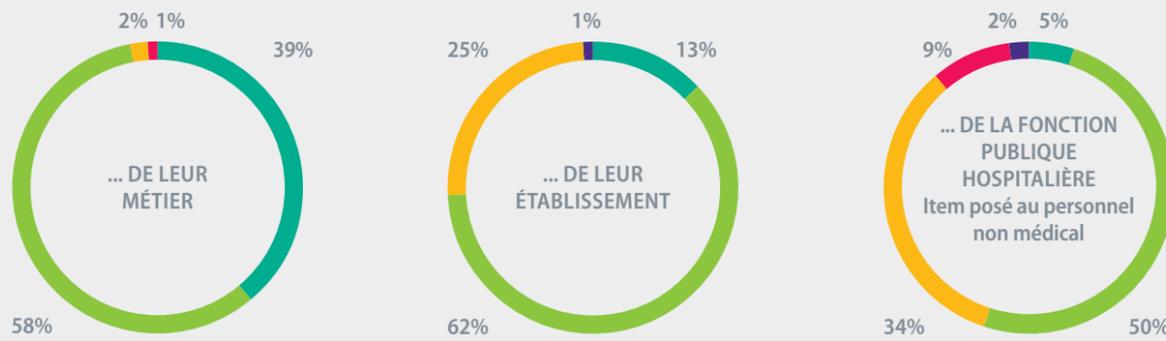
5 LE CAPITAL HUMAIN

L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS

Quel est selon vous le niveau d'attachement des professionnels, dont vous avez la responsabilité, aux valeurs du service public ?

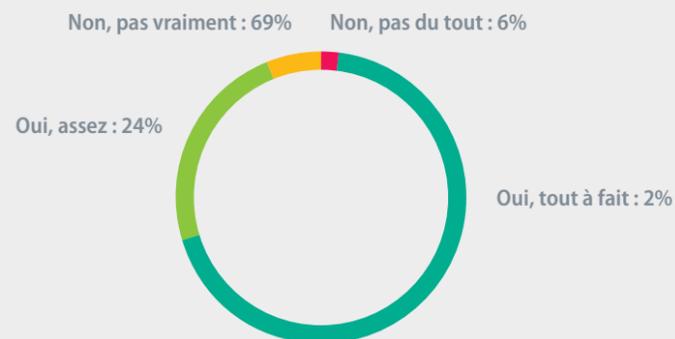


Quel est, selon vous, le niveau d'engagement des professionnels, dont vous avez la responsabilité, vis-à-vis :

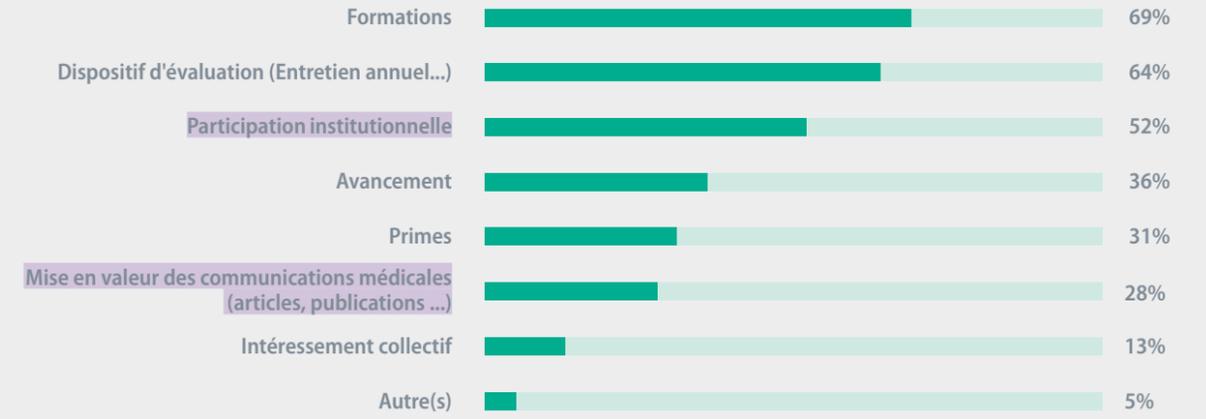


Très engagé Plutôt engagé Pas vraiment engagé Pas du tout engagé Non-réponse

Disposez-vous de moyens adaptés pour reconnaître leur engagement ?



Quels sont vos leviers de reconnaissance ?

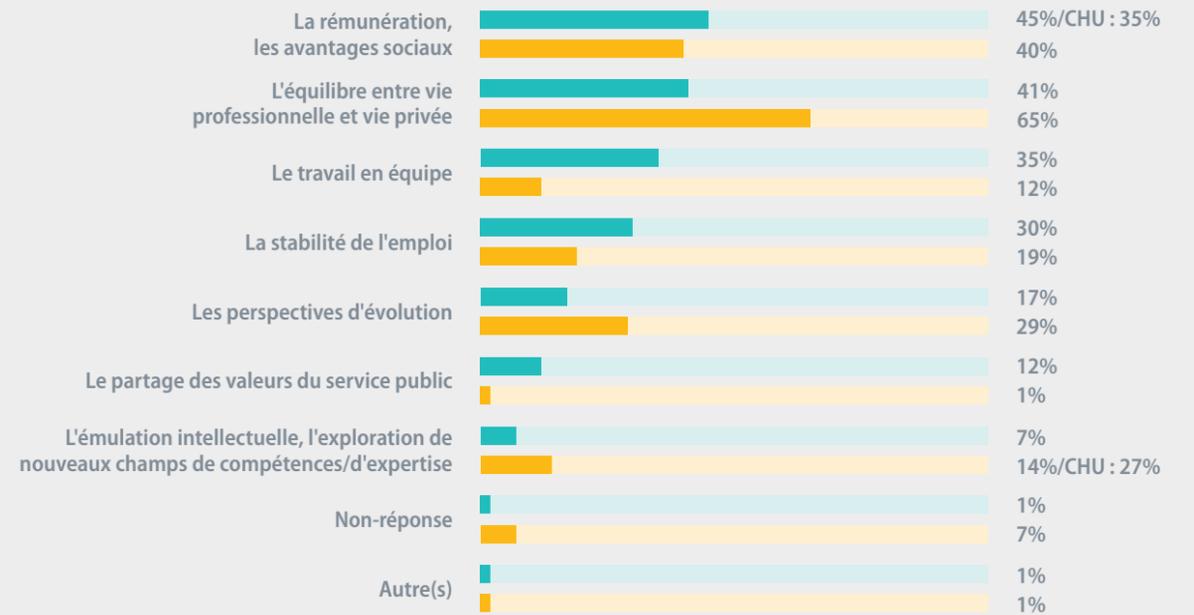


Item posé au personnel médical

NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LES ATTENTES DES PROFESSIONNELS

Selon vous, pour le personnel dont vous avez la responsabilité, sur quelle(s) dimension(s) reposent leurs principales attentes ? (deux réponses maximum)



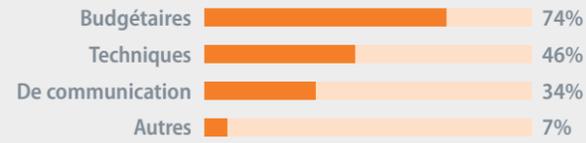
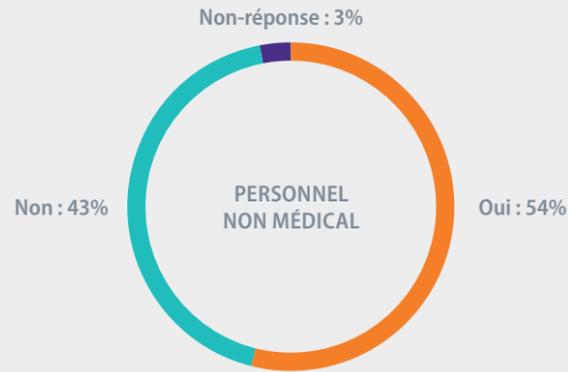
Ensemble de la population Moins de 35 ans

NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LA GESTION DES CARRIÈRES

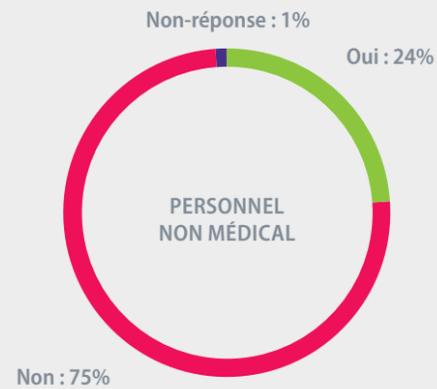
Rencontrez-vous des difficultés dans la mise en place du protocole PPCR ?

Si oui, lesquelles ?

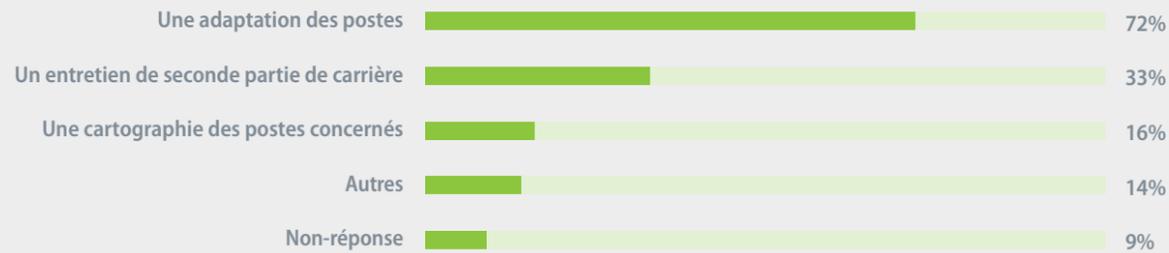


NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

Avez-vous mis en place des actions pour accompagner les professionnels dans la seconde partie de leur carrière ?

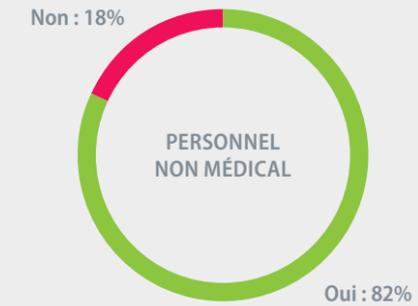


Si oui, lesquelles ?

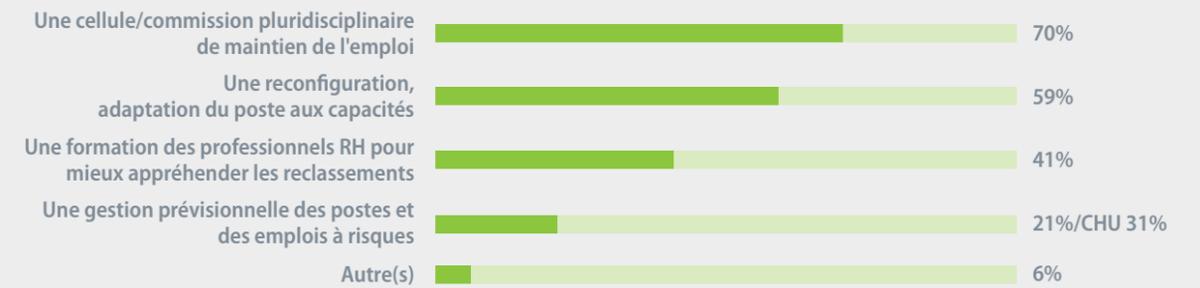


NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

Une politique de gestion des inaptitudes et de maintien dans l'emploi a-t-elle été mise en place dans votre établissement ?



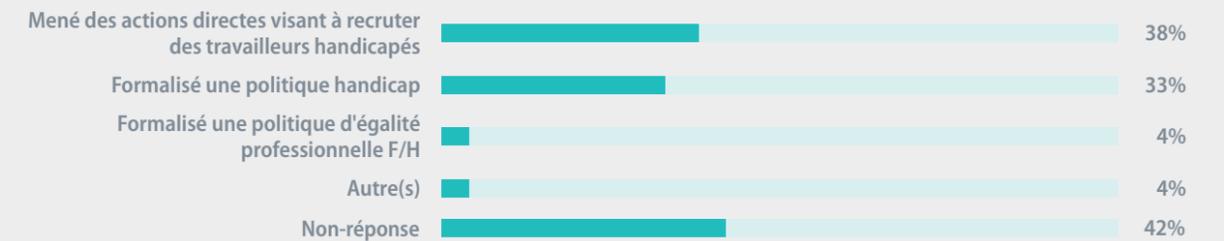
Si oui : Quelles actions ont été mises en place sur le sujet ?



NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LA DIVERSITÉ DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT

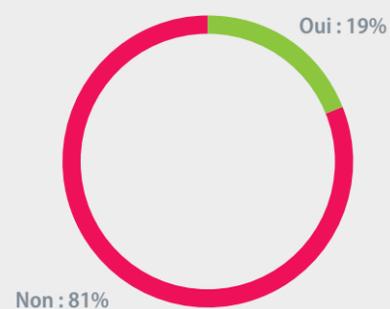
Concernant la gestion de la diversité dans votre établissement, avez-vous :



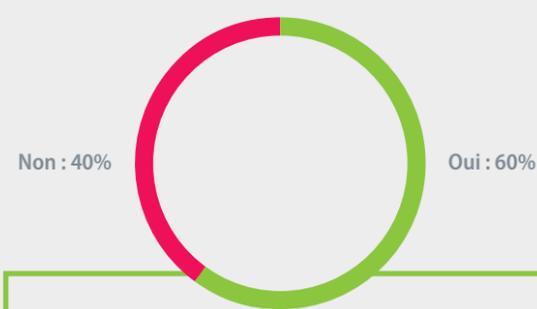
NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

LE RESPECT DE LA LAÏCITÉ

Êtes-vous confronté à des atteintes au principe de la laïcité dans votre établissement ?



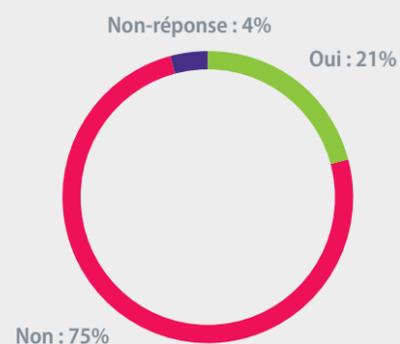
Si oui, avez-vous mis en place des actions sur le sujet



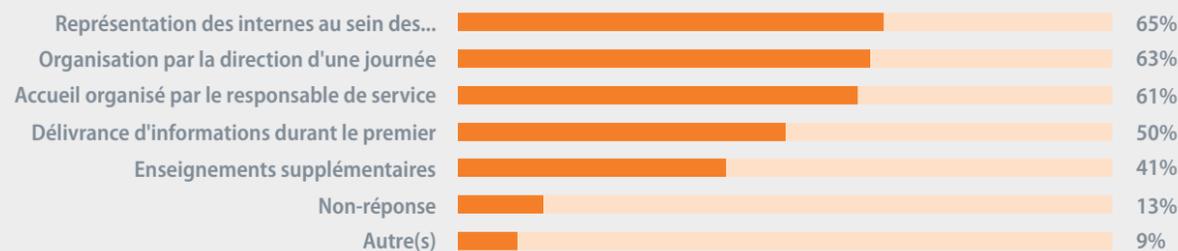
- Diffusion de la charte de la laïcité
- Rappel de la réglementation
- Entretiens de recadrage
- Précision dans le livret d'accueil du personnel
- Dépliant d'information sur les tenues
- Affiches...

6 L'ACCUEIL DES MÉDECINS

Avez-vous signé la charte d'accueil des internes à l'hôpital ?

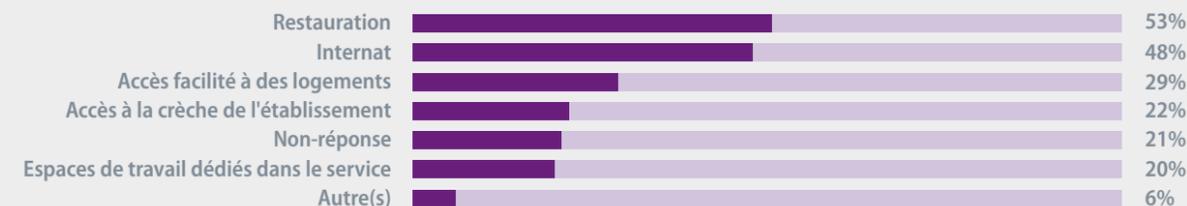


Que votre établissement soit signataire ou non, quelles actions ont été mises en place pour favoriser l'intégration des internes ?



NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

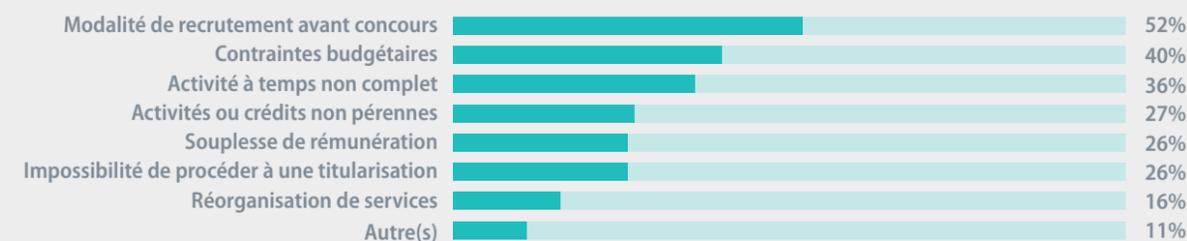
Avez-vous déployé des actions spécifiques d'amélioration des conditions de travail des internes ?



NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

7 LES MODALITÉS DE RECRUTEMENT DES CONTRACTUELS (PERSONNEL NON MÉDICAL)

Pour quelle(s) raison(s) prioritaire(s) avez-vous recours à l'embauche de contractuels sur postes permanents (trois choix maximum) ?

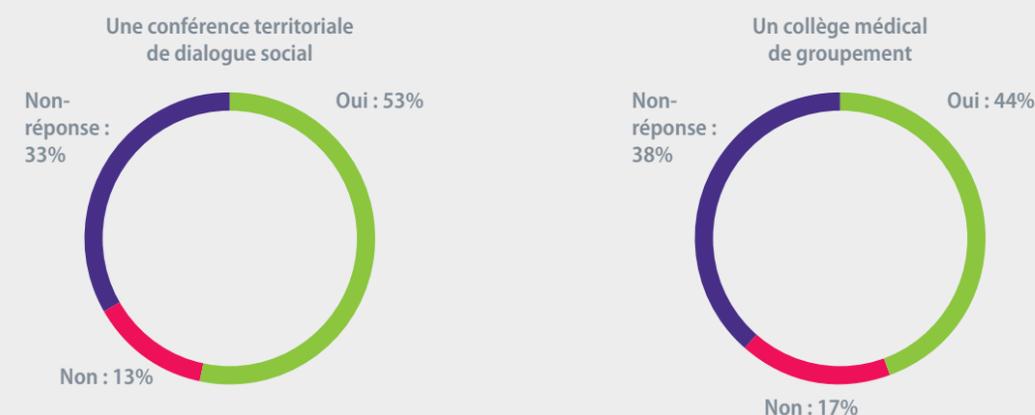


NB : Le total des pourcentages est supérieur à 100% du fait des multiréponses possibles

8 LA MISE EN ŒUVRE DES GHT

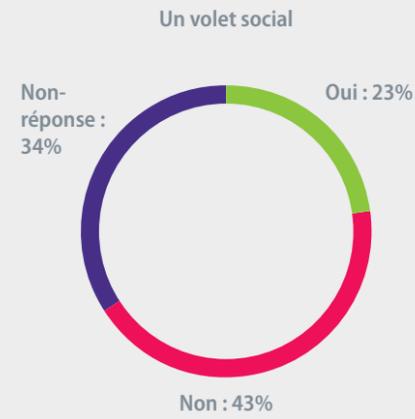
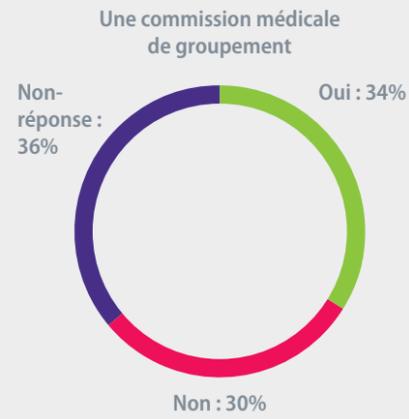
Opinions des professionnels RH recueillies en mai 2016

La convention constitutive du GHT comportera-t-elle au 1^{er} juillet ?

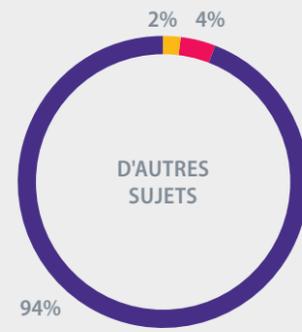
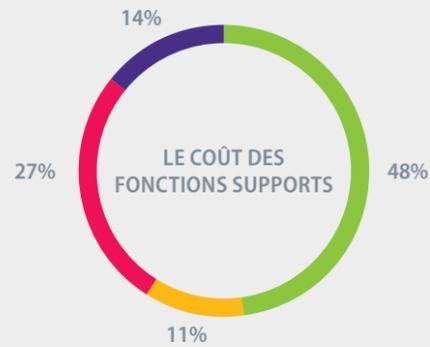


Impact positif Pas d'impact attendu Impact négatif Non-réponse

La convention constitutive du GHT comportera-t-elle au 1^{er} juillet : (suite)

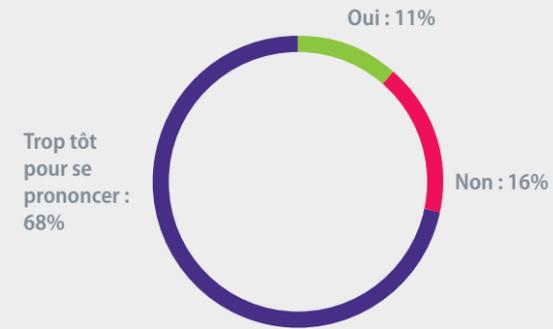


Quels sont les impacts attendus des GHT sur la fonction RH de votre établissement concernant :

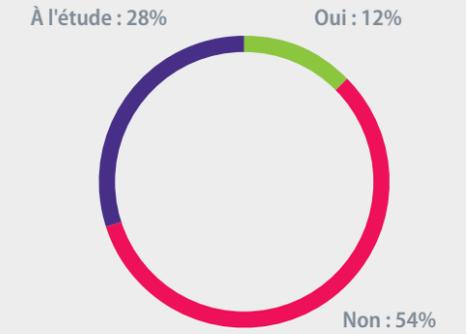


Impact positif Pas d'impact attendu Impact négatif Non-réponse

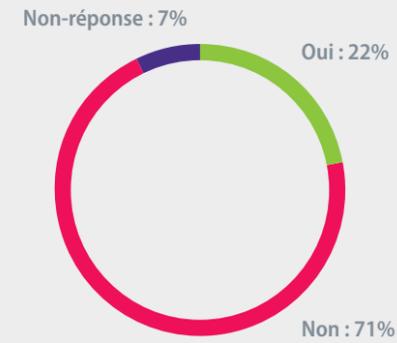
Dans le cadre de la coopération territoriale, une mutualisation des compétences RH est-elle prévue au-delà de celle de la formation ?



Avez-vous réalisé des états des lieux à l'échelle de votre GHT : politiques RH, cartographies des organisations et compétences... ?



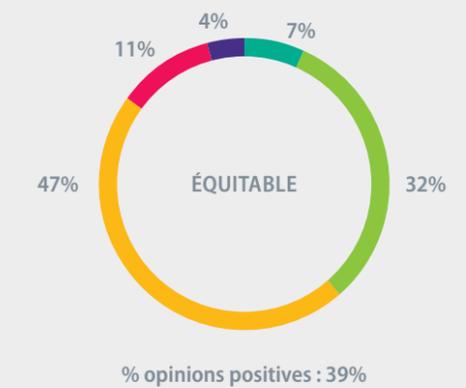
Disposez-vous des outils adéquats (réglementaires) pour déployer le travail des professionnels sur plusieurs établissements ?



10 PERSPECTIVES

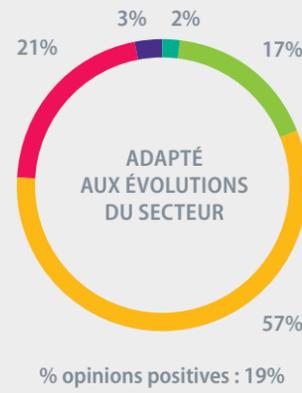
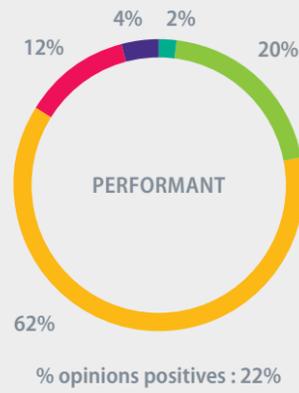
VOTRE SENTIMENT SUR LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Diriez-vous que le cadre statutaire actuel est...



Oui, tout à fait Oui, assez Non, pas vraiment Non, pas du tout Non-réponse

Diriez-vous que le cadre statutaire actuel est... (suite)



■ Oui, tout à fait
 ■ Oui, assez
 ■ Non, pas vraiment
 ■ Non, pas du tout
 ■ Non-réponse

Pour les mois à venir, quel est votre niveau de confiance en ce qui concerne...



■ Très confiant
■ Plutôt confiant
■ Pas vraiment confiant
■ Pas du tout confiant
■ Non-réponse

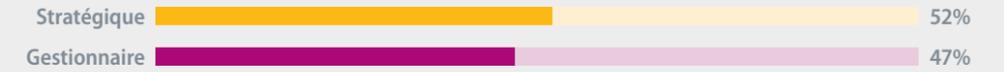


■ Très optimiste
■ Plutôt optimiste
■ Plutôt pessimiste
■ Très pessimiste
■ Non-réponse

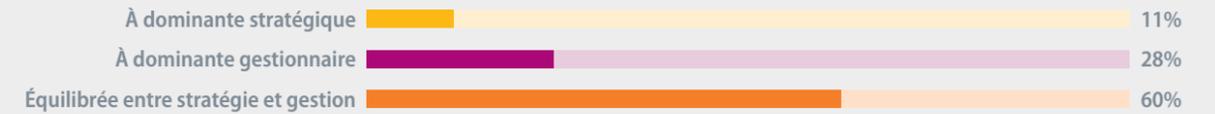
POUR FINIR

Au sein de votre établissement, estimez-vous que...

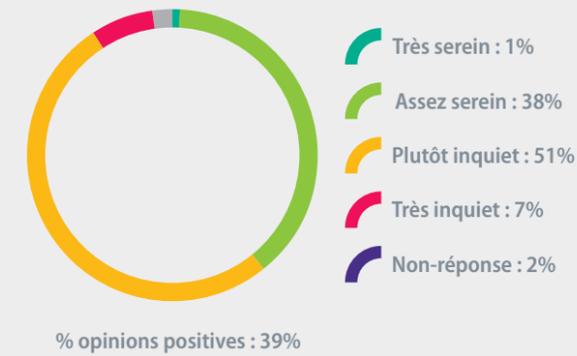
... votre fonction est davantage considérée comme :



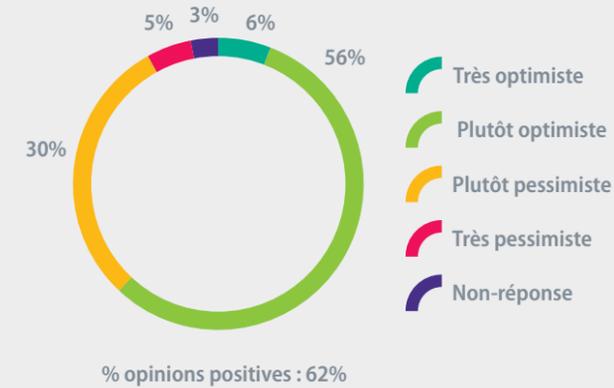
... la réalité de vos missions est :



Etes-vous serein ou inquiet sur le rythme des réorganisations ?



Concernant votre avenir professionnel dans votre établissement, êtes-vous :



LES PROPOSITIONS DE LA FHF SUR L'ACTIVITÉ LIBÉRALE À L'HÔPITAL DANS LE CADRE DU RAPPORT LAURENT

1 AMÉLIORER LA TRANSPARENCE : LE RESPECT DES RÈGLES EXISTANTES

LE RESPECT DU TEMPS CONSACRÉ À L'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Pour permettre aux établissements de vérifier d'une part que le temps consacré à l'activité libérale ne dépasse pas 20% du temps de travail et d'autre part que le volume de l'activité publique est au moins aussi important, il est impératif que celle-ci soit connue avec précision. Cela passe soit par **une déclaration obligatoire** par les praticiens concernés de leur activité publique (consultations, actes d'imagerie et d'explorations fonctionnelles, actes opératoires), soit par la mise au point (ou la généralisation) dans chaque hôpital d'un système de recueil de l'activité publique individuelle, (retenu par le rapport LAURENT).

Toutefois il est à noter la difficulté de définir l'activité réalisée spécifiquement par le praticien dans les CHU.

Par souci d'équité, il conviendrait également d'enregistrer, sur un mode probablement déclaratoire, le temps consacré par les praticiens hospitaliers à l'activité d'expertise au profit notamment, mais pas exclusivement, de laboratoires pharmaceutiques. Ces activités, rémunérées et pour nécessaires qu'elles soient, amputent le temps consacré à l'activité de soins publique et doivent par conséquent être contrôlées et évaluées par la communauté de chaque établissement.

LE RESPECT DE L'ÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

La plupart des patients qui consultent « *en privé* » à l'hôpital le font d'abord, mais pas exclusivement, pour diminuer les délais d'attente.

Il est illusoire de penser que les délais de rendez-vous pourront être identiques en public et en privé, pour des raisons purement mathématiques, le nombre de patients du « *public* » étant très supérieur à celui du « *privé* ».

Nier cette réalité ne peut que contribuer à alimenter des polémiques stériles. La FHF partage l'avis exprimé par un certain nombre de membres du groupe de travail, à savoir que l'équité dans l'accès aux soins doit être organisée et appréciée dans le cadre de l'équipe et non par praticien. Il appartient à chaque chef de service de rechercher et d'organiser le meilleur moyen d'assurer cette égalité d'accès aux rendez-vous dans le cadre de l'équipe médicale dont il assure la direction.

Cette exigence serait inscrite dans la charte dont il sera question plus avant et dans les contrats d'activité libérale.

2 AMÉLIORER LE DISPOSITIF ACTUEL

Sans alourdir à l'excès les règles actuelles qui doivent avant tout être appliquées, il convient de compléter le dispositif actuel. La FHF note que la totalité des membres de la commission présidée par Madame Dominique Laurent, ainsi que les organisations auditionnées, réclament un respect strict de la loi et des dispositions réglementaires, seul moyen de stopper les rares dérives constatées.

L'INFORMATION DU PATIENT

Comme l'ont justement fait remarquer certains membres du groupe de travail, l'information du patient peut s'avérer trop tardive lorsqu'elle se limite à l'affichage des tarifs dans les salles d'attente des praticiens exerçant en activité libérale. La charte sur l'activité libérale devrait mentionner l'obligation faite aux personnes chargées de donner les rendez-vous d'indiquer l'existence d'un secteur public lorsque la personne s'est adressée (ou a été orientée) vers une consultation privée.

LA COMMISSION LOCALE D'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Le nombre de réunions pourrait utilement être augmenté lorsque le nombre de praticiens concernés est important. La FHF suggère que le rythme des réunions soit arrêté par le conseil de surveillance, après avis ou sur proposition du directeur et du président de la CME.

Une charte type, élaborée au niveau national par les conférences de présidents de CME et de directeurs et la FHF, devrait prévoir des contrôles réguliers sur la base de statistiques fournies par l'administration.

La FHF estime que la présidence de la commission locale ne peut être assurée par un praticien exerçant lui-même une activité libérale. (retenu par le rapport LAURENT) **et que le directeur soit membre de la CAL** (retenu par le rapport LAURENT)

La FHF juge enfin utile que la commission locale puisse être saisie par la CRUQPC (retenu rapport Laurent).

Dans l'hypothèse où serait créée une commission régionale de l'activité libérale, placée auprès de l'ARS, il conviendrait de la faire présider par un magistrat des chambres régionales des comptes et de prévoir un rôle uniquement un rôle de recours et non pour délivrer les autorisations.

L'AUTORISATION D'ACTIVITÉ LIBÉRALE

Actuellement le contrat est signé entre le directeur et le praticien sur avis chef de pôle et président CME. Il doit être approuvé par l'ARS.

La FHF propose que l'autorisation soit donnée par le conseil de surveillance.

UNE CHARTE D'ACTIVITÉ LIBÉRALE DANS CHAQUE ÉTABLISSEMENT

(RETENU PAR LE RAPPORT LAURENT)

Les règles seront d'autant mieux respectées que les instances (conseil de surveillance, CME et directoire) et donc la communauté de chaque établissement se seront engagées à les faire respecter.

La charte type serait déclinée par établissement, constituant ainsi un affichage clair et un engagement collectif. Elle accompagnerait chaque contrat individuel d'activité libérale et engagerait chaque praticien concerné.

Le contrat d'activité libérale devrait être adapté à chaque praticien au regard notamment de la nature des activités exercées dans chaque service.

TRANSPARENCE DES AVIS DE LA COMMISSION LOCALE D'ACTIVITÉ LOCALE ET DES DÉCISIONS DU CONSEIL DE L'ORDRE

La FHF pense que les avis de la commission locale, ainsi que les décisions du conseil de l'Ordre des médecins doivent être portés systématiquement à la connaissance du conseil de surveillance, de la CME et du directeur (le rapport LAURENT évoque la CME).

INTRODUCTION D'UNE CLAUSE DE NON-CONCURRENCE DANS LES CONTRATS D'ACTIVITÉ LIBÉRALE

(RETENU PAR LE RAPPORT LAURENT)

La FHF souhaite que les contrats d'activité libérale comportent une clause de non concurrence pour ceux des PH et PU-PH qui quittent l'hôpital pour s'installer dans une clinique proche.

De telles clauses existent d'ores et déjà dans les contrats signés entre les cliniques commerciales et leurs médecins.

Outre le fait que le départ vers une clinique crée une concurrence vis-à-vis de l'hôpital, il peut en outre entraîner des problèmes d'accès aux soins lorsque celui-ci n'est pas en mesure d'assurer le remplacement du partant, ce qui oblige les patients à choisir la clinique avec les dépassements d'honoraires qui en découlent la plupart du temps.

PAIEMENT DES HONORAIRES À LA CAISSE DE L'HÔPITAL (NON RETENU PAR LE RAPPORT LAURENT)

La FHF est favorable au paiement obligatoire des honoraires à la caisse de l'hôpital, seul moyen de supprimer ou de limiter les abus.

DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La FHF est favorable au plafonnement du produit global de l'activité libérale de chaque praticien (non retenu rapport Laurent).

ADAPTER LE SYSTÈME DE L'ACTIVITÉ LIBÉRALE AUX NOUVELLES MODALITÉS DE PRISES EN CHARGE DES MALADES

La prise en charge du patient se fait de plus en plus en réseau sur un territoire donné. Il peut être intéressant de permettre le développement de l'activité libérale dans le cadre de coopérations avec des maisons ou centres de santé. Il en va du décloisonnement et de l'attractivité.

LES 17 PROPOSITIONS ISSUES DES ASSISES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

1 FRANCE UNIVERSITY HOSPITALS, UNE MARQUE INTERNATIONALE

Le savoir-faire français, médical, technique et organisationnel est reconnu dans le monde. Des outils communs sont nécessaires pour l'exporter.

PROPOSITION 1

Créer la marque internationale « *France University Hospitals* » et une filiale commune assurant la veille et les réponses aux appels d'offres internationaux.

PROPOSITION 2

Promouvoir l'accueil de patients étrangers en proposant une « *charte pour l'accueil de patients étrangers* » et en regroupant les offres disponibles sur une page Internet dédiée en anglais : www.france-university-hospitals.fr

PROPOSITION 3

Créer un dispositif « *Fellowship in French university hospitals* » #myfellowship France university hospital.

2 LES CHU AU SERVICE DE TOUTE LA POPULATION

L'expertise des universités et des hôpitaux universitaires doit irriguer l'ensemble du territoire et mettre l'excellence au service de toutes les populations.

PROPOSITION 4

Renforcer la politique qualité et les démarches d'évaluation des parcours en associant les praticiens de ville et en impliquant les patients dans les missions de soins, enseignement et recherche.

PROPOSITION 5

Créer un label CHU reconnaissant l'expertise d'équipes multisites, notamment dans le cadre des GHT, des maisons de santé pluriprofessionnelles et promouvoir la télémédecine.

PROPOSITION 6

Promouvoir et mettre en oeuvre une stratégie de groupe « *CHU en réseau* » sur les missions hospitalo-universitaires et sur la démographie médicale dans chaque région.

PROPOSITION 7

Intégrer les centres de lutte contre le cancer et les CHU dans des pôles territoriaux de cancérologie pour des projets médicaux communs, des parcours de soins cohérents et la diffusion des meilleures pratiques.

3 LES CHU MOTEURS D'ÉCOSYSTÈMES DE RECHERCHE EN SANTÉ

Les CHU doivent être des chercheurs-innovateurs, entraînant l'ensemble du système de santé.

PROPOSITION 8

Développer les structures collaboratives de soins et recherche intra- et inter-CHU par grandes thématiques liées aux parcours patient sur le modèle DHU-IHU.

PROPOSITION 9

Développer le label CHU en matière de recherche, notamment au travers du Comité national de coordination de la recherche (CNCR), concentrer dans les CHU les financements des services supports et d'expertise au service de l'ensemble du territoire.

PROPOSITION 10

Créer une véritable politique d'innovation avec des CHU moteurs de l'écosystème (plateforme innovation du CHU, start-up), assurer son financement par une dotation dédiée de l'Ondam et développer des équipements innovants par un fonds d'amorçage.

PROPOSITION 11

Construire le modèle français et européen des *big data* et de la santé numérique : labelliser les entrepôts de données ; mettre en place des consortiums entre CHU, partenaires académiques et industriels.

4 ENSEMBLE POUR UNE FORMATION 3.0

PROPOSITION 12

Intégrer dans l'université toutes les formations aux métiers de la santé et assurer une formation pratique de qualité et notamment en ambulatoire.

PROPOSITION 13

Diversifier les modalités de recrutement des professionnels de santé et favoriser la promotion professionnelle et les passerelles entre les cursus.

PROPOSITION 14

Inclure la simulation dans les maquettes de formation initiale et continue de tous les professionnels de santé, publics et privés.

PROPOSITION 15

Développer les outils numériques de formation initiale et continue des professionnels de santé.

5 FIERS ET HEUREUX DE TRAVAILLER EN CHU

PROPOSITION 16

Proposer aux personnels médicaux des carrières attractives tout au long de la vie professionnelle :

> créer des contrats de début de carrière médicale avec une valence universitaire (professeur assistant). Offrir une valence universitaire aux praticiens hospitaliers impliqués dans les activités d'enseignement (PH enseignant) ;

> contractualiser avec chaque praticien pour prioriser l'exercice des missions cliniques, scientifiques, pédagogiques, managériales dans un service ou dans un pôle ;

> repenser une stratégie interne pour mettre en valeur l'expertise senior sur les fonctions transversales.

PROPOSITION 17

Faire évoluer les carrières du personnel non médical pour développer de nouvelles compétences et de nouveaux métiers :

> valoriser les parcours de formation et les pratiques avancées ;

> introduire des compléments de rémunération pour sujétions particulières et développer le télétravail.

ENJEUX ACTUELS DES DÉCOMPOSITIONS ET RECOMPOSITIONS, OU COMMENT FAIRE « SORTIR LES ENTRÉES »

François LANGEVIN

Les mécanismes liés aux économies d'échelle, à la mutualisation des moyens, au découplage et à la rationalisation de l'offre de soins a pris diverses tournures au cours des dernières décennies, à travers les fusions d'établissements [Bonnet, 2013, § 2.1.1], la création des pôles médicaux, ou encore maintenant les GHT [Marin, §1.3.3]. Les transformations se sont faites petit à petit, en obéissant aux impératifs successifs, financiers, managériaux, ... sans pouvoir toujours en prévoir tous les effets, notamment dans un contexte de vieillissement de la population [VALDES, §1.2.2], de transformation sociologique du monde médical [JAY PASSOT, §], de numérisation et de robotisation de la société [GUERDER, §].

L'évolution récente des territoires de santé modifie en profondeur l'offre notamment par le nombre des structures très réduit qui va en résulter à terme et incite à réfléchir

aux rôles respectifs des hôpitaux de référence et des autres établissements. Il devient nécessaire de recenser et organiser les ressources actuelles et imaginer les recompositions futures des établissements de soins et de leurs parties, à leur juste répartition dans l'espace territorial, et non de procéder uniquement par suppression de doublons ou par hospitalo-centrisme des établissements les plus gros. Une vision globale s'impose, une organisation réticulée des territoires de santé se substituant aux entités hospitalières proprement dites.

Nous rappelons ici quelques points de repère d'ordre historique, puis nous nous appuyons sur deux exemples de découpages et de modes d'organisations proposés en Hollande et au Royaume-Uni pour en discuter les tendances, et nous plaidons pour une politique d'évolution rationnelle.

1 UN DOUBLE MOUVEMENT DE CONCENTRATION ET DE PROXIMITÉ

Si l'on synthétise à grands traits les évolutions de ces 60 dernières années, la période 1960-1970 a été principalement caractérisée par des durées moyennes de séjour (DMS) de plus de 15 jours, la naissance des plateaux médico-techniques centralisés et uniques dans un hôpital, des consultations essentiellement limitées à la préparation d'un acte médico-technique, des hôpitaux proches des centres des villes et des infrastructures externes comme le nombre de place de parking par lit faible, des moyens de transport publics limités car on avait affaire à des flux de patients et de personnel peu nombreux.

Aujourd'hui, l'équilibre s'est largement inversé, tout d'abord avec une DMS qui a beaucoup chuté, un éloignement des hôpitaux avec la construction d'édifices en majorité en périphérie des villes à l'instar des supermarchés, des zones d'activités industrielles ou des aéroports, un nombre de consultations et d'actes d'imagerie en très forte hausse, un flux de personnes également en très forte hausse, et surtout un nombre d'urgences qui a explosé. Les pratiques ambulatoires se généralisent et sont encouragées par les autorités sanitaires, ce qui conduit toujours à des réductions capacitaires du nombre de lits drastiques [COUDRIER, §1.2.6] et concentre les actes complexes dans le temps et dans l'espace dans les meilleures conditions de sécurité et de prix.

Le rapport du ministère de la santé et des solidarités [Nouvelles organisations et architectures hospitalières, 2010] a proposé une charte d'analyse des bâtiments hospitaliers conçue par la commission « ingénierie et architecture » des DG de CHU.

Sept parties sont ainsi définies dans le découpage de l'hôpital :

- > **l'hospitalisation, avec l'hospitalisation MCO, SSR et longue durée, et la réanimation et les soins intensifs ;**
- > **le plateau médico-technique avec le bloc opératoire, l'imagerie, la médecine nucléaire et la radiothérapie ;**
- > **les urgences et l'ambulatoire, comprenant le service d'aide médicale d'urgence, le service mobile d'urgence et de réanimation, le service d'accueil des urgences, unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences, les consultations et explorations fonctionnelles, l'hôpital de jour, la dialyse et la chimiothérapie ;**
- > **la logistique médicale avec le laboratoire, la pharmacie et la stérilisation ;**
- > **les activités tertiaires, poste central médical, services administratifs, accueil, administration vestiaires ;**
- > **la logistique non médicale, archives, restauration, locaux d'entretien, locaux techniques ;**
- > **les parkings.**

Cette classification assez exhaustive permet de constater l'ampleur des missions dévolues à ces structures, mais aussi d'analyser et clarifier les flux entre les différents espaces de 12 établissements hospitaliers pris en exemple, publics et privés, pour moitié en fonctionnement ou en construction. De manière implicite, elle est reliée à l'organisation des ressources humaines, ce qui apparaît dans l'appartenance de l'anesthésie réanimation à l'hospitalisation, ou la dialyse et la radiothérapie à l'ambulatoire et non au plateau médico-technique.

On constate aussi une grande diversité des solutions qui résulte de la complexité, de la spécificité de chaque site, de la logique du travail initial de programmation et d'architecture et d'un périmètre de conception centré sur l'entité hospitalière proprement dite, c'est-à-dire la problématique du maître d'ouvrage, plutôt que de celle du régulateur au niveau du territoire. Ainsi par exemple, les urgences sont, elles, présentées comme l'une des grandes priorités du système de soins, avec une croissance statistique et un besoin urbain de sécurisation auxquels il faut répondre sans en remettre en cause la dérive.

Pourtant, dans ce contexte de densification et d'économies d'échelle, d'interrogation sur la santé financière des établissements de petite taille et de réduction du nombre d'hôpitaux locaux, on peut s'étonner de l'émergence et de l'expansion, apparemment à contre courant, de petites structures de santé de proximité.

Ces nouveaux modèles de santé intermédiaires, entre structures hospitalières dotées d'un plateau médico-techniques hospitaliers et médecine de ville, fleurissent depuis plusieurs années dans différents pays. Parmi les expériences à l'étranger, on peut mentionner les Centros de Atenció Primària, (premier et second recours) en Catalogne [MAYOLAS, §], les Independent treatment Centers (ZBC) en Hollande, les Cancer Healthcare Centre au Danemark (spécialisés), les Medizinische Versorgung Zentren (MVZ) après la loi Schröder de 2003 (premier et second recours) en Allemagne [IMBAUD, §], ou encore les Patient Center Medical Home (PCMH) ou les Ambulatory surgical center (ASC) (spécialisés) aux États-Unis, en France, les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) depuis la loi HPST de 2009 (1^{er} recours) en plus des centres de santé, etc.

Les raisons de la création et du succès de ces structures de proximité sont sans doute multiples : meilleure réponse aux nouveaux besoins de la population, aux modes d'exercice du monde médical, nouveau marché avec une création de valeur, exigence d'équité devant l'accès aux soins et la lutte contre certains déserts médicaux, excès de concentration hospitalière, voire quelquefois d'inhumanité ; retour vers des organisations de taille plus modeste, plus réactives et plus flexibles, clef pour proposer des soins de proximité, parfois techniques, mieux intégrés, et prévention des hospitalisations évitables.

Pour résumer, on observe un couple de forces, une « rotation » des types d'organisations qui pousse :

- > **d'une part vers une concentration des techniques et des pratiques dans des plateaux médico-techniques à la pointe des connaissances et des savoir-faire, avec une recherche de performance et de sécurité.**

Les économies d'échelle sont incontournables pour relever les défis de la spécialisation, la qualité et la sécurité des soins. Les investissements importants à réaliser doivent être mutualisés, qu'il s'agisse de grands équipements cliniques ou de recherche. On peut imaginer que le nombre des CHU baisse encore légèrement et que leurs activités soient comparables à des stands de Formule 1 ;

- > **et d'autre part vers petits établissements de proximité, comme il en existe déjà dans différents pays permettant de mieux répondre à la montée des pathologies liées au vieillissement. Nous y revenons plus loin.**

2 DEUX EXEMPLES DE RECOMPOSITION HOSPITALIÈRE EN HOLLANDE ET AU ROYAUME-UNI

EN HOLLANDE

Le Netherlands Board for Healthcare Institutions (NBHI) a proposé en 2007 une approche de décomposition de l'hôpital en quatre couches possédant chacune leurs caractéristiques en matière de **spécificité** de la construction, de **coût**, de **flexibilité** pour croître ou au contraire pour être réduite, et enfin la **capacité de revente** de la propriété immobilière sur le marché (*marketability of the property*).

Les modèles d'hôpitaux sont ainsi décomposés comme suit :

> la première couche est le **plateau médico-technique** (*hot floor*) avec des fonctionnalités high-tech à fort investissement propres à l'hôpital, une spécificité maximale, une flexibilité et une capacité de revente médiocres. La **partie hôtelière** comprend la majeure partie des équipements et services d'hospitalisation des patients, avec notamment les services infirmiers, de distribution de médicaments et de repas. Spécificité, coûts sont modérés, flexibilité et capacité de revente plus élevés ;

> la couche **services médicaux** (« *office* ») comporte les unités pour les patients externes, la comptabilité, les unités de management et de formation. Spécificités et coûts sont les plus faibles, flexibilité et remise sur le marché les plus fortes. La couche **logistique** (« *industry* »), elle comprend les laboratoires, la production pharmaceutique, les cuisines, c'est-à-dire des fonctions à fort investissement en capital, spécificité et coûts sont relativement importants, flexibilité et revente sur le marché faibles.

AU ROYAUME-UNI

La réforme du système de santé britannique de 2012, avec le « *new Health and Social Act* » a marqué une étape importante au Royaume-Uni, après une période difficile marquée par la construction d'hôpitaux *via* de dispendieux PFI (*Private Finance Initiative*), une part importante de la gouvernance de la santé a échoué aux médecins généralistes (GP, *General Practitioner*) et l'organisation des soins de proximité a été repensée.

Le NBHI propose ensuite trois scénarios de constructions hospitalières, le premier modèle est celui du bâtiment classique monobloc des années 1970, le deuxième et le troisième consistent en bâtiments séparés, avec une proportion plateau médico-technique *versus* services médicaux différente, la troisième hypothèse extériorisant des pans plus importants du plateau médico-technique dans les services médicaux, tels que le traitement des patients externes, les consultations et les prélèvements de laboratoire.

La logique utilisée par le NBHI hollandais, prend en compte, en plus des flux entre bâtiments, les caractéristiques et de la nature du patrimoine immobilier, avec un nombre de classes limité. C'est un point de vue mettant en priorité la propriété de l'immobilier.

En 2013, le ministère de la Santé a publié une série de rapports sur l'architecture des bâtiments de santé, une de ces notes concerne ces structures de proximité [*Facilities for primary and community care services*, 2013] donne un certain nombre de recommandations et de points de repères à partir de l'expérience de dix territoires de santé mélangeant tissu urbain, banlieue et milieu rural, avec une gradation des dispositifs et une intégration du secteur sanitaire et du secteur social.

Trois modèles donnent une idée du spectre de l'offre ainsi proposée : **des centres de santé et de bien-être** (*Health and well-being*) intégrant soins primaires et social, **des centres de soins « express »** (*Healthcare express*) avec des soins primaires, des généralistes, mais aussi des unités de radiologie, de phlébologie... ce sont souvent des services d'hôpitaux aigus relocalisés à proximité de la population, et **des centres hospitaliers publics** (*community hospitals*), dont la taille, le nombre de lits (toujours très faible) et la plage d'activités varient selon les régions et la population desservie. Ces « *Productive Community Hospitals* » sont conçus pour améliorer l'efficacité, la sécurité et la fiabilité pour les patients de jour et pour les urgences mineures.

Ces établissements, même s'ils sont très variés dans leurs réalisations, obéissent tous à quelques principes fondamentaux d'intégration du sanitaire et du social, d'une situation proche des lieux d'habitation ou de travail, de flexibilité architecturale et d'écologie. Les bâtiments sont décomposés selon quatre zones, les espaces publics, les zones de soins primaires et communautaires publics (*community*), les zones de staffs et des zones optionnelles.

Il est à souligner que les soins primaires et communautaires sont assurés au Royaume-Uni par le service public et non par le secteur privé comme cela se profile en grande partie en France, de la même manière qu'ils le sont en Catalogne et dans une grande partie de l'Espagne, avec une analogie de leurs systèmes de santé d'inspiration bévériodienne.

3 DISCUSSION ET PROPOSITIONS

L'analyse stratégique des territoires par les instances de régulations, notamment le ministère de la santé et les ARS, oblige tout d'abord à avoir une vision globale des territoires, et donc de se doter des outils de cartographie les plus modernes. Ceux-ci deviennent plus que jamais indispensables pour représenter de manière synthétique les ressources humaines, matérielles, les temps d'accès aux structures, la population, sa densité, son âge, ses pathologies... Le plan de l'hôpital devient une carte de territoire et des flux des patients et du personnel.

La proportion des investissements immobiliers cède le pas devant ceux des systèmes d'information, clé de voûte des systèmes de santé à venir, et garantie d'une bonne gestion des parcours de soins.

Notre équipe propose une classification simplifiée des structures fonctionnelles d'un hôpital, inspirée notamment par celle du NBHI hollandais, basée sur des cycles de vie et des valeurs foncières distinctes, pour étudier leur localisation optimale.

> Entrées	> Plateau médico-technique	> Plateforme logistique	> Hébergement
- Consultations	- Imagerie	- Médicale (stérilisation, pharmacie)	- Hospitalisation
- Urgences	- Chirurgie, RT, dialyse, soins intensifs	- Non médicale (magasins, restauration, blanchisserie)	- Hôtel de suite
	- Laboratoires d'analyses biologiques		- SSR
			- EHPAD

Il se dessine une nette tendance à la séparation des bâtiments de fonctions et de « *métabolismes* » différents, notamment dans certains des projets architecturaux récents (CHU de Nantes, Charleroi) [NBHI, 2007, Foucault, §1.1.2]. Il s'agit d'un retour vers des structures hospitalières pavillonnaires, dont les bâtiments ont des cycles de vie et des valeurs sur le marché distinctes. S'attendant à des innovations technologiques et médicales majeures et rapides avec un horizon de moins de 10 ans, la pérennité des activités de base n'est pas certaine. Les business plans des nouveaux projets doivent intégrer la revente des bâtiments

par morceaux après deux décennies au plus et les prêts bancaires ne doivent pas excéder plus de 30 ans.

Depuis une dizaine d'années, les nouvelles plateformes logistiques non médicales, comprenant les magasins, la fabrication des repas et la blanchisserie, ont été implantées sur des sites éloignés des bâtiments principaux de l'hôpital, à l'instar des supermarchés. La « *granularité* » de la distribution (camions, triporteurs) se fait en fonction de la taille de l'hôpital (ou du supermarché) à desservir.

La légitimité d'un établissement à prendre en charge la fabrication de ses repas peut être discutée : les diètes sont de toute évidence les premiers pas de la santé, mais à investir massivement dans ce domaine, on infléchit la direction première de l'hôpital et on donne de l'inertie en cas, par exemple de virage ambulatoire et de réduction drastique du nombre de lits, ou d'obligation à passer des alliances pour vendre et rentabiliser ces infrastructures. Mais la dimension territoriale confirmera probablement cette tendance à séparer la logistique non médicale et la localiser de manière optimale par rapport aux établissements distribués.

Plusieurs autres observations majeures s'imposent également, qui plaident à notre avis pour la création de satellites des hôpitaux de référence à proximité de la population ou des lieux de travail :

> les services d'urgences sont devenus pléthoriques pour plusieurs raisons connues, dont leur accès à toute heure du jour ou de la semaine, la globalité des examens sans avoir à revenir, la rémunération des établissements... Compte tenu du nombre important d'hospitalisations évitables, des conséquences néfastes cliniques et financières de ces hospitalisations, il est indispensable que les urgences soient triées dans des structures de proximité, notamment en surveillant une population fragile, avec les moyens modernes existants (technologie connectée, intelligence artificielle...) et avec des dispositifs de transports complémentaires en cas de nécessité (ambulances, hélicoptères...);

> les centres de référence, construits en majorité dans la périphérie de villes pour des questions d'espace et de prix des terrains disponibles, se sont éloignés de la population. S'il demeure logique de se rendre dans ces établissements pour tous les soins complexes, cela pose des problèmes pour tout ce qui est chronique, les prélèvements destinés aux analyses biologiques, les consultations externes, le suivi des grossesses, les suivis pharmacologiques... Nous suggérons que ces activités soient également satellisées et se rapprochent des lieux de vie : des consultations au plus près de la population, notamment pour les patients chroniques et ou avec des polyopathologies, avec un petit plateau médico-technique délocalisé, pour réaliser le plus d'examens en une seule fois, sans avoir à revenir.

L'hôpital de référence doit ainsi se projeter hors de ses murs, nous résumons ces deux points par une formule, il est nécessaire de faire « **sortir les entrées** » dans des SMART (service médical ambulatoire à rayonnement territorial), urgences et consultations, comme l'ont été les nouvelles plateformes logistiques non médicales.

En fait, il s'agit d'un paradigme nouveau qui doit redessiner l'offre de soins et l'intégration du social au sanitaire. La prise en charge des pathologies chroniques et des poly-pathologies de la personne âgée, les urgences mineures, l'intégration de la dimension sociale doivent se faire à cette échelle de proximité, pour éviter les hospitalisations non nécessaires et sécuriser les patients.

> la diffusion de technologies légères, plus miniaturisées, communicantes, peut être délocalisée auprès d'équipes médicales ou paramédicales de petite taille, ou au domicile des patients. La délégation de responsabilité doit être largement étendue à des professionnels titulaires de compétences de nouveaux métiers (assistants de télémédecine, techniciens d'imagerie ou de laboratoires délocalisés, coordonnateurs de soins...), et une part des examens devra être de plus en plus automatisée. C'est également à ce niveau que l'intégration des signaux de télésurveillance et des objets connectés à domicile doit être faite pour éviter le caractère totalement anonyme du suivi des patients, et permettre la détection proactive et anticipée des défaillances des personnes les plus fragiles.

La proximité a le double avantage d'éviter l'éloignement des patients les plus démunis et de se situer dans le cadre d'une urbanisation propre, en limitant les déplacements de véhicules.

Une part de la gouvernance quotidienne et prospective de ces satellites doit impliquer les patients ou les associations qui les représentent ;

> enfin, les CHU reçoivent une trop grande part de leurs ressources pour des activités de routine qui pourraient être réalisées dans des établissements de taille plus modeste, donc de coûts fixes moins élevés, ce qui signifie que des investissements plus lourds que nécessaire sont réalisés, avec un impact sur l'inertie des activités, la rentabilité, la bureaucratie... Sans aller vers une position inverse extrême comme celle des États-Unis où de très petites unités chirurgicales voient le jour, ou encore comme dans certaines activités avec des protocoles très précis (dialyse, radiothérapie) qui sont prises en charge par le secteur associatif ou privé, toute une série de diagnostics et de traitements peuvent être réalisés à proximité.

Nous plaidons en revanche pour que le caractère universitaire et d'excellence des CHU se renforce, notamment à travers les IHU ou leurs variantes, que les plateformes logistiques médicales restent situées au sein des établissements de référence, comme partie intégrée des plateaux médico-techniques, car l'efficacité des stérilisations ou des traitements pharmaceutiques est bien meilleure lorsque les configurations architecturales permettent un dialogue fréquent avec les équipes cliniques.

L'hospitalisation quant à elle va continuer à se réduire dans le secteur chirurgical, avec l'ambulatoire et les procédures rapides avec anesthésie allégée, et une sortie de patients plus lourds qui devront être suivis par des structures de proximité. Le site du plateau médico-technique, de la plateforme de logistique médicale et des lits d'hospitalisation lourde peut être, quant à lui, éloigné du centre des villes. Les lits de gynécologie sont stables, ceux de médecine, véritable interface avec le médico-social, devront être maintenus, plutôt en milieu urbain.

En conclusion, dans un contexte où la construction de nouveaux ensemble, hospitalier, s'est ralentie, où les investissements se décalent nettement vers les systèmes d'information, des recompositions territoriales rationnelles sont nécessaires pour faire face à la vague des pathologies chroniques et des polyopathologies. Elles doivent impliquer des satellites de grands établissements hospitaliers de référence d'excellence clinique, à proximité des lieux de vie de la population, dont les infrastructures plus légères auront des cycles de vie courts et devront intégrer le sanitaire courant et le médico-social.

Bibliographie

- > Netherlands board for healthcare institutions (NBHI), 2007, *Building Differentiation of Hospitals, layers approach*, Report n° 611.
- > *Nouvelles organisations et architectures hospitalières*, 2010, ministère de la Santé et des Solidarités.
- > Health Building Note 11-01, 2013, *Facilities for primary and community care services*, Department of Health of United Kingdom.

COMMENT MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA PRÉCARITÉ SOCIO-ÉCONOMIQUE DES PATIENTS ?

Travail réalisé par le centre hospitalier de Saint-Denis



Centre Hospitalier de Saint-Denis

FINANCEMENT DES SURCÔÛTS DE LA PRÉCARITÉ À L'HÔPITAL

RÉFLEXION SUR LES MODALITÉS DE RECONSTRUCTION DU MODÈLE MIG PRÉCARITÉ À PARTIR DU RETOUR D'EXPÉRIENCE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS (CHSD)

La MIG Précarité a été créée en 2009. Intitulée « les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité », elle consacre près de 150 M€ à la prise en compte des surcoûts induits par la prise en charge, au sein de l'hôpital, de ces patients.

Constatant les insuffisances d'un modèle jugé historique, biaisé, et finalement peu plastique aux spécificités territoriales, la FHF souhaite participer au débat national en défendant l'enjeu d'une péréquation objectivée.

À cette fin, la présente note vise à :

- > rappeler synthétiquement les modalités d'éligibilité des établissements à l'obtention d'une MIG Précarité et les écueils induits par ce modèle (I) ;
- > détailler la méthodologie en modèle continu déployée par le CH de Saint-Denis pour en limiter les impacts et poser les bases d'une approche populationnelle nationale (II).

1 LE MODÈLE DE CONSTRUCTION DE LA MIG PRÉCARITÉ PRÉSENTE PLUSIEURS ÉCUEILS POTENTIELLEMENT PÉNALISANTS, EN DÉPIT DES DERNIERS AJUSTEMENTS DONT IL A FAIT PREUVE

Les critères originels d'éligibilité des établissements à cette MIG accordent une prévalence à la dimension administrative d'une inclusion par franchissement de seuil :

- > seuil d'accès fixé à 10,5% de la patientèle des établissements (séjours hors séances) relevant de prises en charge CMU, CMUc, et AME établies par la CNAMTS ;

- > montants alloués répartis au prorata de leur nombre de séjours (hors séance) après un seuil plancher fixé à 40 K€ pour limiter la dispersion des financements ;
- > répartition des financements des établissements exclus sur les établissements restant éligibles.

L'adossement de ce modèle à la seule donnée des «% de patients précaires» en interroge l'équité réelle :

- > quid des EPS prenant en charge un grand volume de patients précaires, sans pour autant parvenir à dépasser le seuil des 10,5% ? ;
- > les données administratives CMU, CMUc, AME peuvent présenter une volatilité d'un exercice à l'autre pour un patient donné ;

Les évolutions récentes ont permis des ajustements à la marge, sans pour autant parvenir à lisser ces biais :

- > mises à jour des sources en 2015 et croisement de deux remontées d'informations : PMSI et DCIR ;

Le GT Précarité animé par la DGOS envisage les pistes d'amélioration suivantes :

- > identification de marqueurs de la précarité plus pertinents et pondération de chacun d'eux, pour éviter les effets de seuil ;
- > réflexion ouverte sur la possibilité de comptabiliser le nombre de séjours de patients bénéficiant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) (surcoûts réels de la précarité liés aux restes à charge vecteurs d'ANV) ;

> insuffisance du modèle dans sa capacité à prendre en compte le préjudice lié au vide juridique des patients précaires sous visa ;

> absence de prise en compte des patients couverts par un SUV (pourtant marqueur d'une situation de précarité d'une part, et source d'une prise en charge très souvent complexifiée d'autre part).

> intégration de 36 EPS et retrait de 62 EPS avec effets revenus négatifs (117) et positifs (180) ;

> existence d'une enveloppe complémentaire : nouveau seuil reconstruit à 20% et introduction d'un ajustement proportionnel.

> déploiement de l'indicateur de défaveur Fdep (approche populationnelle à l'échelle infracommunale) pour l'appréhender à une zone géographique de recrutement des EPS (pose le problème de la moyennisation des scores et postule un recrutement théorique homogène de % des classes sociales) ;

> faiblesse d'utilisation observée des codes en Z, pourtant de bons marqueurs de précarité de la CIM10.

2 L'APPORT DE LA MÉTHODOLOGIE IRIS¹ OU LA CONSTRUCTION D'UN MODÈLE CONTINU² INVENTÉ PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS POSE LES BASES D'UNE MEILLEURE PÉRÉQUATION POSSIBLE

La cartographie présentée dans ce document a été réalisée en croisant les **données fournies** par le CHSD sur les **adresses** de l'ensemble de ses patients depuis 2010, et des **données INSEE** sur les **caractéristiques des IRIS** d'Île-de-France.

L'analyse de la précarité s'appuie sur un ensemble d'indicateurs utilisés par l'INSEE relatifs à la précarité liée aux **revenus**, à l'**emploi** et à la **dépendance** aux aides sociales. Ces indicateurs permettent d'appréhender et de mesurer la précarité d'un territoire dans **toutes ses dimensions**.

Il est ensuite possible de **comparer les niveaux de précarité** de la **zone de chalandise** réelle du CHSD avec ceux des zones de chalandise estimées des autres hôpitaux d'Île-de-France.

La **méthodologie** est présentée dans l'encadré méthodologique et les résultats détaillés pourront être communiqués au besoin en annexe de cette note synthétique.

CARTOGRAPHIE DE LA PRÉCARITÉ EN IDF ET AUTOUR DU CHSD – MÉTHODOLOGIE

L'étude repose sur une approche exhaustive et anonyme de l'ensemble des séjours (hospitalisations et consultations externes) du CHSD depuis 2010 et sur une analyse des indicateurs sociodémographiques de l'INSEE au niveau le plus fin (IRIS, rassemblant une population de 2 000 habitants en moyenne).

GÉOLOCALISATION DES ADRESSES

Il faut tout d'abord géolocaliser les adresses des patients du CHSD (1 700 000 adresses correspondant à l'ensemble du 1,4 million de séjours au CHSD depuis 2010). Chaque adresse est ensuite reliée, grâce aux données IGN, à son IRIS d'origine.

1 - Ilots Regroupés pour l'Information Statistique = brique de base INSEE en matière de diffusion de données infracommunales :
 > rassemblent environ 2000 habitants chacun qui permettent d'avoir une information territoriale très fine ;
 > couvrent complètement le territoire français, avec 16 000 IRIS en France (DOM compris) ;
 > contours et coordonnées GPS des IRIS sont disponibles sur le site de l'IGN.

2 - Un modèle dit continu s'oppose dans la littérature statistique à un modèle dit discret, enclin à des effets de seuils/des sauts.

11 INDICATEURS DE LA PRÉCARITÉ

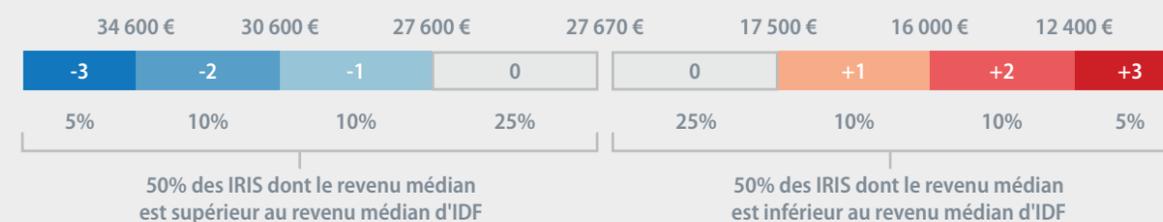
La littérature retient trois dimensions de la précarité : l'une liée aux revenus, l'autre à l'emploi, la dernière à la dépendance aux aides sociales. Ces trois dimensions sont capturées par 11 indicateurs issus du dernier recensement de population INSEE (2011, mises à jour 2015) pour lesquels les données sont très complètes. Ils correspondent à ceux utilisés par l'INSEE dans ses études sur la précarité (INSEE Nord-Pas-de-Calais 2011, INSEE Rhône-Alpes 2010, 2008).

Revenus	Revenu médian	Allocataires du RSA (%)	Ménages imposés (%)	
Emploi	Taux de chômage	Taux de chômage des 15-24 ans	Taux de chômage longue durée	Taux de chômage non qualifié
Prestations sociales	Allocataires aide au logement (%)	Allocataires familles monoparentales (%)	Couverts à plus de 50% (%)	Bénéficiaires CMUC (%)

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR DE PRÉCARITÉ

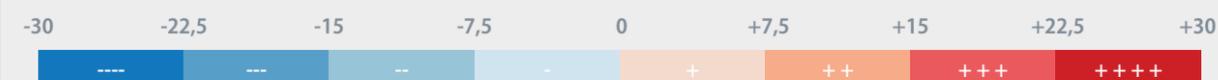
Il a ensuite fallu construire un indicateur synthétique de précarité par IRIS. Pour chacun des 11 indicateurs, on calcule le score de chaque IRIS en fonction de sa position relative par rapport au reste de l'Île-de-France. Par exemple, pour l'indicateur lié au revenu, un IRIS situé dans les 5% des IRIS les plus pauvres d'Île-de-France (revenu médian inférieur à 12 400 €) se verra attribuer un score de précarité de +3.

Un IRIS ayant un revenu médian inférieur à 12 400 € a un score de +3.



L'indicateur de précarité synthétique est ensuite calculé en agrégeant les scores de chaque IRIS sur les 11 indicateurs (le total sommant à 33 points est rapporté à un score sur 30).

Un IRIS ayant obtenu +3 pour les 11 indicateurs, a un score de précarité global de +30.

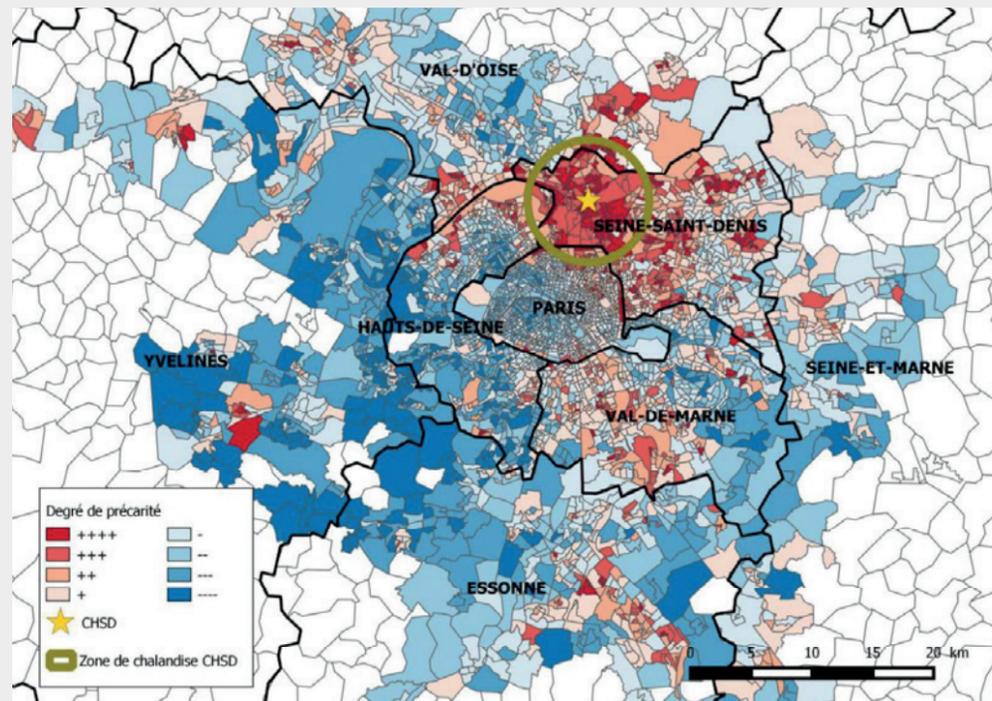


Cette méthode donne le même poids à tous les indicateurs. Elle est robuste à tout changement dans les pondérations accordées aux différents indicateurs.

COMPARAISON DES NIVEAUX DE PRÉCARITÉ DE LA ZONE DE CHALANDISE DU CHSD ET DES AUTRES HÔPITAUX

La zone de chalandise réelle du CHSD est construite à partir de la géolocalisation des adresses des patients du CHSD. Elle est définie comme la zone regroupant 75% de ses séjours. Elle correspond à un disque d'un rayon de 5 km à vol d'oiseau autour de l'hôpital.

En l'absence de données sur la patientèle des autres hôpitaux, leur zone de chalandise est construite de la même manière, en considérant un rayon de 5 km autour de l'hôpital. Les résultats sont robustes à des variations de la taille estimée de la zone de chalandise : des rayons de 3 km et de 7 km autour des autres hôpitaux ont été testés et conduisent aux mêmes conclusions.



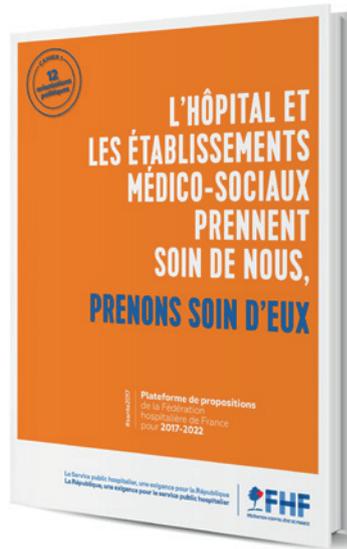
MISES EN PERSPECTIVE POSSIBLES

Les patients du CHSD venant en très grande majorité des IRIS les plus précaires, il n'est pas possible, avec les données du CHSD de mesurer directement l'impact de la précarité de l'IRIS d'origine sur la probabilité de recouvrer une facture.

Des données complémentaires, portant sur la facturation d'autres hôpitaux situés dans des zones de chalandise plus hétérogènes, permettraient d'estimer, en s'appuyant sur la même méthodologie, l'impact de la précarité de l'IRIS d'origine sur la probabilité de recouvrement des factures¹.

Ces indicateurs pourraient servir de base à la construction d'une clé d'allocation scientifique et objective de la MIG Précarité entre les différents hôpitaux franciliens. Dans cette perspective, les données sur la patientèle des hôpitaux autres que le CHSD sont nécessaires afin de définir la zone de chalandise réelle de chacun.

¹ - Objet d'analyse du projet ORFEH (optimisation du recouvrement et de la facturation des établissements hospitaliers) initié par l'ARS IDF et le CHSD, avec l'appui du cabinet Veltys.



Retrouvez toutes nos propositions sur le site www.fhf.fr



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis, rue Cabanis - 75993 Paris cedex 14 - T. + 33 (0)1 44 06 84 44 - F. +33 (0)1 44 06 84 45 - fhf@fhf.fr - www.fhf.fr

