

STRATEGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE 2018

LES PROPOSITIONS ET CONTRIBUTIONS DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE



Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, la Fédération Hospitalière de France a réalisé des contributions pour chacun des 5 chantiers :

- **Territorialisation**
- **Ressources humaines**
- **Qualité-pertinence**
- **Numérique**
- **Financement**

Les contributions et les 22 propositions de la FHF pour la transformation du système de santé sont présentées dans ce livret.



SOMMAIRE

- **Les 22 propositions de la FHF pour transformer le système de santé** **page 4**
- **Les contributions de la FHF** **page 8**

22

PROPOSITIONS

**POUR
TRANSFORMER
LE SYSTÈME
DE SANTÉ**

Propositions issues des auditions et des contributions de la FHF dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé

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



POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ COHÉRENTE, FAISANT SENS ET ASSUMÉE

1

- ▶ Afin de redonner du sens et de la cohérence, **organiser une conférence nationale annuelle de consensus associant les acteurs de santé, en amont du projet de loi de financement de la sécurité sociale**, sur l'équilibre entre les réponses aux enjeux de santé publique, la garantie de bonnes conditions d'exercice professionnel et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, en s'appuyant sur une évaluation des politiques publiques de santé.

2

- ▶ **Lancer la mission sur le choc de simplification**, de lutte contre le poids des normes, des instructions, de la bureaucratie, des injonctions contradictoires, des reportings pesant sur les acteurs de santé et du secteur médico-social, afin de libérer de l'énergie, du temps « utile », et de rendre crédible la confiance aux acteurs sur les territoires.
- ▶ Engager également un vaste mouvement de simplification et de recentrage des ARS sur les missions de pilotage stratégique de l'offre de soins et d'appui aux réorganisations.

3

- ▶ **Mieux prendre en compte les besoins des usagers** en améliorant notamment le recueil et l'exploitation des dispositifs de mesure de leur satisfaction ; **les associer, de manière individuelle et collective, à l'élaboration de leur parcours et intégrer la culture de l'expérience patient.**

4

- ▶ À partir d'une démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences médicales à l'échelle territoriale élaborées sur la base de conférences hospitalo-universitaires réunissant les coordonnateurs, les chefs de service d'une même spécialité et les représentants des établissements, **engager la révision voire la suppression du numerus clausus, la FHF constatant les limites majeures de la logique de contingentement.**
- ▶ **Définir des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale** selon le double principe « *on ne s'installe que dans des lieux que l'on connaît ; on ne pourra mailler efficacement les territoires que si l'on promeut l'accès à la formation médicale pour les étudiants issus de ces territoires* ».

5

- ▶ **Porter une politique de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie et de santé mentale à la hauteur des enjeux de santé publique**, les troubles mentaux se situant au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Parmi les dix pathologies les plus préoccupantes en matière de santé publique, cinq concernent les maladies mentales (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression, trouble obsessionnel compulsif).
- ▶ **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.

6

- ▶ **Faire du grand âge, de l'autonomie et de la protection des plus fragiles une priorité nationale** : instituer un cinquième risque assis sur un socle de financements essentiellement collectifs.

7

- ▶ **Apporter des réponses adaptées à la spécificité des situations des territoires ultra marins au regard de leurs défis respectifs**, qu'il s'agisse de démographie médicale, d'afflux de patients et d'enjeux de santé publique.
- ▶ **Faire des territoires ultramarins des laboratoires d'innovation**, en termes de protocoles de coopération, de pratiques avancées et de télémédecine.

POUR UNE LOGIQUE TERRITORIALE REAFFIRMÉE DANS LE CADRE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

GRÂCE À UNE STRATÉGIE COORDONNÉE ET COHÉRENTE DES ACTEURS

8

- ▶ **Mettre en œuvre de façon effective la responsabilité populationnelle**, impliquant le développement de programmes cliniques communs par les professionnels de santé dans le cadre des projets territoriaux de santé.
- ▶ La FHF s'engage avec l'ensemble des acteurs de santé sur cinq territoires pionniers (Deux-Sèvres, Cornouailles, Douaisis, Haute-Saône, Aube).

9

- ▶ **Faciliter l'intégration publique dans le cadre des GHT sous la forme d'un droit d'option** - personnalité morale ; autorisations ; investissements.
- ▶ **Évaluer le périmètre de certains GHT.**

10

- ▶ **Proposer un statut rénové pour le CHU** qui reconnaîtrait sa spécificité dans la recherche, dans l'enseignement, dans l'innovation, dans son rôle structurant pour les territoires de santé et de rayonnement international.
- ▶ Faire bénéficier ces missions, en lien avec l'Université, d'un financement dédié.

11

- ▶ **Poser le principe de l'obligation de la coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux** (ESMS) publics d'une part et **renforcer l'articulation entre les ESMS d'autre part**, dans le cadre d'une stratégie territoriale de groupe publique.

AVEC DES IMPLICATIONS EN MATIÈRE FINANCIÈRE

12

- ▶ **Définir des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie** pour mieux financer les spécificités territoriales et lutter contre les inégalités de santé.
- ▶ **Instaurer, au niveau des territoires, un mécanisme durable d'accompagnement à l'investissement, dans le cadre des économies engendrées par les recompositions de l'offre ; renforcer la régionalisation de l'instruction des projets d'investissement** et engager une réforme du COPERMO.

13

- ▶ **Maintenir la T2A en y adjoignant un financement à l'épisode de soins et au parcours de santé avec des incitations à la qualité, à la pertinence, à la prévention.**
- ▶ Lier de façon plus étroite les financements au respect des meilleures pratiques cliniques.

14

- ▶ **Sanctuariser**, dans le cadre des objectifs nationaux, **l'évolution du financement de la recherche, de l'innovation et de l'investissement sans baisse tarifaire associée.**

15

- ▶ **Reconnaître l'investissement collectif et individuel** des professionnels publics de santé.
- ▶ **Mettre en œuvre, en assurant son financement, le volet relatif à la reconnaissance de la valeur professionnelle du protocole parcours, carrières, rémunérations, et notamment l'instauration de l'entretien professionnel**, la fonction publique hospitalière étant la seule fonction publique encore soumise à une notation fonction de l'ancienneté.

16

- ▶ **Mettre en œuvre le plan « intelligence artificielle en santé »** en permettant d'anticiper les métiers de demain et les nouvelles utilisations des données dans le but d'améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients et des professionnels de santé et en garantissant protection, confidentialité et égal accès aux innovations technologiques.
- ▶ Le secteur de l'imagerie est d'ores et déjà très concerné.
- ▶ **Créer une banque de données au service des travaux de recherche et de la pertinence des actes et des prises en charge.**

17

- ▶ **Lancer un plan numérique pour le secteur social et médico-social** : favoriser l'accès à la télémédecine et s'appuyer sur un système d'information permettant la fluidité des parcours de soins des plus fragiles.

POUR UNE NOUVELLE APPROCHE DU RÔLE DES ACTEURS DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS, DE COOPÉRATION ET D'OUVERTURE, IMPLIQUANT ÉGALEMENT LA CONVERGENCE DES DROITS ET DES DEVOIRS

POUR UNE LOGIQUE DE PARCOURS, DE COOPÉRATION, DE MIXITÉ ET D'OUVERTURE...

18

- ▶ **Développer les modalités d'exercice innovantes et attractives**, telles que l'exercice mixte ville/hôpital : valoriser l'expérience acquise en libéral pour faciliter l'accès au statut de praticien hospitalier à temps plein ou partiel.

19

- ▶ **Recentrer les médecins sur leur cœur de métier, développer les coopérations entre professionnels de santé et valoriser les compétences des professionnels paramédicaux :**
 - Agir pour développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé, tant par la simplification des process d'autorisation que par leur promotion pour augmenter le nombre de personnels paramédicaux autorisés ;
 - Mettre en œuvre l'exercice en pratique avancée dès la finalisation de la réglementation pour les infirmiers (IPA).

20

- ▶ **S'appuyer sur les hôpitaux de proximité comme lieux d'ouverture et de coopération avec la médecine de ville**, notamment sur les territoires en tension, pour permettre :
 - L'accès à un plateau médicotechnique ;
 - Le développement de la télémédecine ;
 - La mise à profit du foncier hospitalier pour les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé.

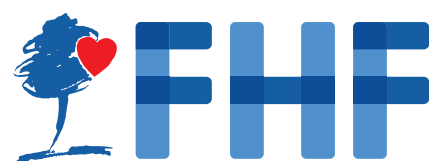
AVEC DES PRÉREQUIS, CAR LE SERVICE PUBLIC NE SE NÉGOCIE PAS, NE SE CHOISIT PAS, NE SE DÉCOUPE PAS

21

- ▶ **Réaliser une convergence des devoirs entre tous les acteurs de santé, avec l'obligation pour tous les acteurs financés sur des fonds publics de prendre leur part des contraintes**, et notamment de participer à la permanence des soins ; conditionner l'exercice des missions de service public à l'engagement d'en assurer la totalité.

22

- ▶ **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.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

STRATEGIE DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

LES PROPOSITIONS DE LA FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

MAI 2018

SOMMAIRE

REPENSER L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS	page 11
I. Le principe de responsabilité populationnelle comme fondement de l'organisation territoriale des soins – la stratégie d'intégration clinique grâce au développement du lien ville/hôpital	page 12
II. Les GHT, un outil de la stratégie de groupe publique à adapter à chaque réalité territoriale, avec des choix et des rythmes d'intégration différenciés selon les territoires, ce qui passe par la mise en place d'un droit d'option sur un certain nombre de domaines.	page 15
III. Une offre médico-sociale basée sur la coopération, répondant aux enjeux de santé et d'autonomie pour les populations les plus fragilisées	page 17
ADAPTER LES FORMATIONS AUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE	page 20
I. Renforcer les politiques de QVT fondées sur l'Autonomie des équipes	page 20
II. Renforcer le Management	page 22
III. Valoriser et reconnaître l'investissement	page 23
IV. Accélérer et valoriser les délégations de compétences et les coopérations entre professionnels de santé	page 24
ADAPTER LES FORMATIONS AUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE	page 25
I. Revoir les conditions de mise en œuvre des réformes pédagogiques	page 25
II. Décloisonner les formations pour préparer à l'interprofessionnalité et au travail en équipe	page 26
III. Homogénéiser les différents types de formation, tant en matière de format, de contenu, de débouchés que de financement (universitarisation des formations paramédicales...)	page 26
IV. Renforcer la formation au management dès la formation initiale	page 27
V. Mieux définir les besoins en compétences à l'échelle territoriale	page 28
VI. Former sur un territoire/ Structurer une offre de formation initiale à l'échelle territoriale	page 28
VII. Garantir la mise à jour des compétences et des connaissances	page 29
INSCRIRE LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS AU CŒUR DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES	page 30
I Le parcours, une révolution dans la perception de la qualité du service rendu au patient	page 30
II. Engager de manière volontariste la transition culturelle et financière vers la promotion de la pertinence	page 32
III. Une mesure de la satisfaction qui rende réellement compte de l'expérience vécue par le patient et qui permette une amélioration continue de la prise en charge	page 34

ACCELERER LE VIRAGE NUMERIQUE

page 36

I. Stratégie numérique FHF

page 36

II. La plateformes numérique

page 37

III. La Convergence territoriale

page 41

IV. Soutenir financièrement les territoires

page 42

V. Soutenir méthodologiquement les territoires

page 42

VI. Primum non nocere 2.0

page 43

REPENSER LES MODES DE REMUNERATION, DE FINANCEMENT ET DE REGULATION

page 44

I. Maintenir le financement à l'activité mais modulée par un financement plus forfaitaire à l'épisode de soins, au parcours de soins et au parcours de santé

page 46

II. Mixer ces nouveaux modes de financement à l'épisode et au parcours et des mécanismes incitatifs de financement à la qualité et à la pertinence

page 47

III. Garantir voire sanctuariser les financements de l'investissement, de la recherche et de l'innovation

page 48

REPENSER L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS

Introduction : la nécessité d'une approche par les territoires

La territorialisation en santé prend aujourd'hui l'allure d'un mille-feuille constitué de multiples niveaux différents qui ne se superposent pas complètement : territoires des GHT, territoires de démocratie sanitaires, territoires des conseils locaux de santé...

Le système pourrait gagner en cohérence, d'autant que se développent les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) pour les professionnels de ville ; l'illisibilité du système est réelle, il faudrait probablement simplifier la carte en se basant sur trois ou quatre échelles territoriales simples :

- Échelle locale (bassin de vie, dans le cadre de la commune, ou de l'intercommunalité) qui est le « territoire d'action », organisé notamment autour du contrat local de santé ;
- Échelle territoriale (territoire de démocratie sanitaire, souvent le territoire du GHT) qui est le « territoire de projet », où les filières sont élaborées, suivies et évaluées par les acteurs de terrain (usagers, CPTS, GHT, délégation territoriale de l'ARS) ;
- Territoire de subdivision universitaire qui impacte les domaines suivants : GPMC, recherche, enseignement, formation, etc.
- Échelle régionale (grande région) qui est le « territoire de recours » ; c'est l'échelle de la planification régionale et de la réflexion stratégique régionale (ARS, URPS, représentants régionaux des acteurs de santé et des usagers).

La FHF appelle de ses vœux une simplification afin d'assurer la cohérence des projets en santé, sans lesquels il risque d'y avoir des ruptures de continuité de prise en charge et de l'illisibilité pour tous les acteurs.

Comme elle l'a énoncé dans sa plateforme présidentielle, la FHF rappelle que le niveau territorial est aujourd'hui reconnu dans de très nombreux pays comme le niveau le plus adapté pour mettre sur pied une organisation hautement performante des systèmes de santé. Il s'agit maintenant de poursuivre la révolution de la territorialité et s'engageant dans le principe de responsabilité populationnelle, qui permette de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé d'un territoire autour de leur objectif commun, la santé et le bien-être de la population.

L'approche par les territoires commande de laisser à chaque territoire la capacité d'agir et de s'organiser en fonction des coopérations préexistantes entre les différents acteurs, en fonction des besoins et des attentes de la population, et en fonction du dynamisme de chacun. Ainsi, si certains objectifs et un cadre très général peut être fixé au niveau national, les moyens d'arriver à ces objectifs et les modèles de gouvernance institutionnels permettant de les atteindre doivent être laissés au choix des acteurs.

C'est pourquoi l'approche par les territoires exige d'abord de la souplesse et le développement de la capacité d'initiative des acteurs de terrain (« empowerment ») ; il ne pourra pas être demandé la même chose à tous les territoires, et le rythme de progression sur le chemin des projets territoriaux de santé portés par tous les acteurs sera nécessairement différent dans chaque territoire.

Le cas de l'Outre-mer est particulièrement emblématique des transformations dont le système de santé pourrait bénéficier.

En effet, les enjeux de santé publique qui sont identifiés en Métropole sont parfois différents, et souvent encore plus vifs dans les territoires ultramarins : difficulté d'accès aux soins (notamment aux soins primaires assurés par les acteurs de ville) ; déficience de la politique de prévention ; offre médico-sociale parfois quantitativement inférieure à l'offre présente en Métropole.

Pour traiter ces problématiques que l'insularité rend souvent encore plus difficiles, il sera nécessaire d'accorder encore plus de marges de manœuvre aux acteurs de santé ultramarins, et de leur permettre d'approfondir leurs coopérations quels que soit leur statut.

Ainsi, les territoires ultramarins seront des laboratoires de l'innovation du système de santé, les solutions innovantes qui seront trouvées dans ces territoires en terme d'organisation des soins, de coopération et de répartition des tâches entre les différents professionnels pourront inspirer l'ensemble des territoires français.

Afin de mettre en œuvre cette approche par les territoires, il sera nécessaire de dégager quelques grands principes structurants, qui serviront d'objectif et d'orientations pour la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle, principe unificateur permettant d'atteindre notre objectif d'améliorer réellement la santé et le bien-être de la population.

Ainsi, la responsabilité populationnelle passe par l'intégration clinique des acteurs ; le rôle des acteurs nationaux devra donc être de favoriser les conditions de cette intégration, et de fixer quelques grands objectifs de santé publique que les acteurs territoriaux devront atteindre.

Dans ce contexte, les groupements hospitaliers de territoire, qui restent des outils au service de la mise en œuvre de la stratégie de groupe publique, devront évoluer, chacun à leur rythme en identifiant et en levant les freins à la coopération, notamment par des outils juridiques et financiers qui pourront être renouvelés.

I. Le principe de responsabilité populationnelle comme fondement de l'organisation territoriale des soins – la stratégie d'intégration clinique grâce au développement du lien ville/hôpital

La responsabilité populationnelle implique l'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population d'un territoire donné :

- En rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent 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.

La responsabilité populationnelle doit devenir un principe cardinal d'organisation de notre système de soins. Elle recouvre à la fois l'amélioration de l'expérience individuelle des patients et l'amélioration de la santé de la population d'un territoire dans son ensemble.

En pratique, la responsabilité populationnelle permet de créer de l'unité dans un système fragmenté en **s'appuyant sur un concept d'intégration clinique**, qui respecte les identités et les rôles de chacun. Elle s'appuie sur ce qui réunit l'ensemble des professionnels sociaux, sanitaires et médico-sociaux : une responsabilité morale et éthique face à nos patients et nos populations.

Sur la base d'un territoire d'environ 300-500 000 habitants, elle implique de co-construire des programmes cliniques communs pour des populations cliniques qui correspondent aux besoins de santé, exprimés ou non.

Ces programmes, qui s'appuient notamment sur la stratification de population (des patients les plus complexes jusqu'aux individus présentant des facteurs de risque), **permettent de définir l'ensemble des ressources** qui doivent être assemblées autour d'un patient ou d'une personne donnée. L'objectif du système est soit de maintenir un patient donné dans une tranche de la pyramide (ex. qu'un patient à risque de diabète ne développe pas de diabète), soit, encore mieux, de le faire descendre (ex. qu'un patient complexe et instable devienne un patient complexe et stable).

Les ressources (médecins généralistes, association, spécialistes, infirmières, etc.) ne sont pas liées au statut, mais bien aux besoins réels d'un patient et aux ressources réelles existant sur un territoire (ici des services de la mairie, là des associations, ici un spécialiste hospitalier, là un spécialiste de ville, etc.).

L'approche populationnelle permet d'intégrer pleinement la prévention à l'offre de service d'un territoire, ainsi que d'améliorer la qualité tout en réduisant les variations de prise en charge, par le biais du couplage entre programmes cliniques et processus cliniques réels.

Eventuellement, cette méthode, qui permet de construire des processus cliniques complets, peut servir de base à l'élaboration de nouveaux modes de financement, puisqu'elle associe des ressources réelles à des programmes cliniques basés sur les meilleures connaissances disponibles.

Le concept d'intégration clinique permet de répondre aux enjeux de la coordination ville/hôpital/médico-social autour d'objectifs de santé publique, qui seront de nature à préfigurer les projets de santé territoriaux mis en œuvre sur chaque territoire. Il place également les acteurs de santé au cœur de la démarche et implique le développement d'un certain nombre d'outils (numérique), voire l'évolution de certains métiers.

Les professionnels des établissements publics prendront en effet toute leur part dans la coordination et l'animation des projets de santé territoriaux dont les programmes cliniques seront le socle. Dans cette structuration, les établissements publics sont, aux côtés des autres acteurs du territoire, responsables de la santé de leur population, et plus seulement responsables de l'offre dans leur établissement.

Ces programmes cliniques ont vocation à être appliqués à l'échelle locale et à l'échelle territoriale ; en poursuivant un objectif de proximité, pour lequel les soins de premier recours ont un rôle majeur.

Il est d'ailleurs nécessaire de rappeler que les soins de premier recours sont mis en œuvre tant par les acteurs de la ville que par les établissements de santé, notamment les hôpitaux de proximité, qui ont une importance majeure dans le maillage territorial de l'offre de santé, et qui peuvent, en tant que plateformes du GHT au niveau des bassins de vie, permettre un lien privilégié entre premier et second recours.

Les professionnels de santé de chacun des territoires doivent construire ensemble les réponses les plus adaptées aux problématiques de santé auxquelles ils sont confrontés. La logique de coopération renforcée avec la ville vise à concilier l'attente légitime de proximité et d'accès aux soins avec les exigences de qualité et de sécurité.

Il s'agira donc de mettre en œuvre un certain nombre de propositions pour améliorer le lien entre les établissements de santé et les acteurs de la ville.

Plusieurs axes doivent à cet égard être encouragés :

- FACILITER LES LIENS ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL - AVOIR UNE VISION PRAGMATIQUE
 - o Rendre obligatoire la communication des résultats médicaux aux médecins généralistes. Réciproquement, rendre obligatoire la transmission des éléments aux centres hospitaliers avant une admission.
 - o Organiser un accueil des soins non programmés à l'hôpital.
 - o Simplifier les échanges avec l'hôpital pour les libéraux, notamment avec une personne identifiée comme leur interlocuteur institutionnel.
 - o Favoriser la recherche clinique sur les soins primaires.
 - o Adopter des protocoles communs entre professionnels hospitaliers et de ville.

- INVESTIR POUR LA VILLE
 - o Investir pour un système d'information commun.
 - o Mettre à profit le foncier hospitalier pour les maisons de santé pluridisciplinaire et les centres de santé.
 - o Investir collectivement dans la coordination par des contrats d'objectifs avec l'assurance maladie.
 - o Expérimenter un financement à la population soignée.

- TERRITORIALISER LES ENJEUX DE SANTE
 - o Favoriser l'exercice mixte entre ville et hôpital.
 - o Créer des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale.
 - o Favoriser la place des acteurs de la ville dans le cadre des réflexions issues des GHT
 - o Accompagner, en partenariat, les besoins de consultations avancées de spécialité sur les territoires en tension.

- ORGANISER LA GOUVERNANCE VILLE HOPITAL
 - o Renforcer le lien entre acteurs locaux par la constitution de commissions territoriales de santé (Elus, ville, CH, usagers...)

- Favoriser les projets et accords communs médecine de Ville et Hôpital dans les pouvoirs publics
- Favoriser l'élargissement de la gouvernance des GHT à la médecine de ville.
- Créer des espaces de concertation entre acteurs institutionnels nationaux et régionaux.

II. Les GHT, un outil de la stratégie de groupe publique à adapter à chaque réalité territoriale, avec des choix et des rythmes d'intégration différenciés selon les territoires, ce qui passe par la mise en place d'un droit d'option sur un certain nombre de domaines.

Les GHT doivent répondre à plusieurs objectifs, exprimés dans leurs projets médicaux et soignants partagés :

- Assurer le maillage territorial, l'accessibilité des soins grâce au maintien de structures de proximité ;
- Assurer la gradation des soins ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Assurer la continuité des soins sur le territoire ;
- Assurer la meilleure stratégie de groupe publique au service de la population sur un territoire.

Pour mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle, les GHT pourront également se voir confier des objectifs de santé publique, notamment en participant à l'accès à la prévention.

La stratégie médicale doit être renforcée en tant que socle des groupements hospitaliers de territoire, le projet médical et soignant en étant l'incarnation.

L'évolution des GHT doit donc avoir pour but de maintenir une dynamique forte dans ce domaine, en trouvant les outils pour permettre aux équipes de préserver leur motivation.

Il faudra donc réfléchir à des outils de coopération qui viendront simplifier le modèle et encourager le travail en commun.

A cet égard, il paraît important de prévoir pour tous les GHT une commission médicale de groupement et un président de commission médicale de groupement qui bénéficient, comme la loi le permet actuellement, de transferts de compétences de la part des CME. L'installation dans tous les GHT d'une commission médicale de groupement sera de nature à renforcer la place de la stratégie médicale comme fondement des GHT.

Il est également nécessaire de rappeler que les GHT sont des outils au service de la stratégie de groupe publique, et ils doivent conserver cette particularité en permettant d'approfondir les coopérations entre établissements publics de santé.

En effet, les GHT associent à la coopération clinique – via le projet médical partagé, colonne vertébrale du GHT, une mutualisation de certaines fonctions, ce qui a pour objet de renforcer les établissements publics sur leur territoire grâce à une meilleure efficacité et une recherche d'efficacité commune.

Un premier bilan des GHT montre une dynamique de coopération médicale et soignante qui doit être renforcée grâce au développement des outils de coopération et la suppression des freins à

la mise en œuvre d'une stratégie de groupe.

Il est aujourd'hui indispensable de faire une première évaluation, à l'échelle de chaque GHT, des impacts de cette transformation : il s'agira pour chaque GHT d'étudier l'utilité réelle de cet outil pour faciliter les coopérations hospitalières, améliorer l'accès aux soins, et gagner en efficacité sur la mutualisation des fonctions supports.

Dans ce cadre d'évaluation, la pertinence des périmètres de quelques GHT pourra être examinée.

Pour renforcer les GHT, la FHF demande que les établissements publics puissent disposer de tous les outils permettant la simplification et l'adaptation des outils de pilotage à la gestion territorialisée.

Rappelant la diversité, la différence de nature et de maturité des territoires, la FHF appelle ainsi de ses vœux un droit d'option (via la convention constitutive) ouvert aux groupements hospitaliers de territoire qui souhaiteraient approfondir notamment les domaines suivants, dans le cadre d'une stratégie de groupe publique intégrée, pouvant passer par la personnalité morale :

- *Droit des autorisations commun : les GHT qui y sont prêts pourraient gérer les autorisations sanitaires et les mettre en œuvre sur les différents sites du groupement sous réserve du respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement définies pour ces activités. A minima, l'avis du comité stratégique du GHT sera requis dans le processus de demande d'autorisation par les établissements parties au groupement.*

L'enjeu de la territorialisation réside notamment dans la capacité du système de santé à concilier la qualité et la sécurité de soins avec la proximité et l'accessibilité grâce à la gradation des soins, dont le principe pourrait être directement intégré dans le régime des autorisations sanitaires, conformément à la direction prise par les travaux sur la réforme du droit des autorisations

En effet, le droit actuel des autorisations, appuyé sur les établissements, pourrait être pensé à l'échelle territoriale afin de renforcer la mise en œuvre de la stratégie de groupe ainsi que la gradation des soins sur le territoire.

- *Modalités de financement en cohérence avec le projet médical partagé (PMP) : les filières inscrites dans le PMP pourraient être directement financées en tant que telles, et les recettes et dépenses afférentes à ces filières versées au budget G du GHT.*

En effet, le système de financement actuel constitue un obstacle à la coopération, dès lors que la mise en œuvre des filières peut aboutir à la perte d'une activité, et donc de sa valorisation, sur un établissement. Cette perte n'étant pas toujours compensée dans l'économie générale du GHT, l'établissement n'a pas intérêt à la coopération.

- *Stratégies d'investissement en commun, en allant au-delà des examens par le comité stratégique des EPRD/PFGP.*

En effet, la mise en œuvre de la stratégie de groupe demande une consolidation de la stratégie d'investissement à l'échelle du GHT, afin de répartir les investissements de manière cohérente avec le projet médical partagé et avec les mutualisations nécessaires au fonctionnement du GHT.

- *Ressources humaines : lever les freins au fonctionnement des équipes de territoire en revoquant à l'échelle territoriale les règles de gestion du temps de travail et de rémunération des personnels concernés par l'exercice territorial ; simplification des instances dans la FPH, de leur fonctionnement et de leur régime juridique.*

Afin de renforcer les équipes territoriales, il est nécessaire d'introduire de la souplesse dans la

gestion des ressources humaines ; il faut également faciliter la gestion des ressources appelées à l'exercice territorial.

- *Prestations interétablissements : dans les GHT qui le souhaitent, les établissements pourraient assurer des prestations les uns pour les autres (in house).*

La mise en œuvre des fonctions mutualisées non obligatoires dans le cadre des GHT demande aux établissements de passer par la création d'un GCS ad hoc (ce qui peut alourdir les modalités de gestion) ou par la publication d'appels d'offres par les établissements, auxquels les établissements membres du même GHT peuvent répondre. Afin de simplifier ces modalités de coopération, il pourrait être opportun que les coopérations et fournitures de services à l'intérieur d'un GHT échappe au droit de la concurrence et soient considérées comme des prestations « in house ».

Plusieurs modèles de gouvernance devront être possibles sur les territoires, il sera important de laisser de la souplesse aux acteurs.

Comme nous le préconisons, les GHT ont également vocation à renforcer le travail clinique avec les autres offreurs de services de santé sur leur territoire grâce à l'intégration clinique. L'intégration organique sera nécessairement très légère, et pourra éventuellement s'appuyer sur ces éléments :

- Ouverture à la ville : intégrer des dispositifs d'association systématique aux organisations représentatives de la ville (URPS, Ordres, CPTS,...) ;
- Ouverture aux usagers : accroître leur rôle dans la construction et l'évaluation des filières ;
- Intégrer immédiatement la convergence des SI dans des systèmes de partage d'information territoriaux, premiers outils pour travailler sur la pertinence des soins.

III. Une offre médico-sociale basée sur la coopération, répondant aux enjeux de santé et d'autonomie pour les populations les plus fragilisées

Afin d'accompagner toujours mieux les plus fragiles (personnes en situation de handicap, personnes âgées), préserver leur autonomie et renforcer l'accès aux soins pour tous, la FHF promeut une coopération renforcée entre établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), et coordonnée entre établissements sanitaires et médico-sociaux d'autre part, dans le cadre d'une stratégie territoriale de groupe public.

Le secteur médico-social public, plus que jamais, est soumis à de fortes contraintes, démographiques, financières et concurrentielles.

Il peut trouver un nouvel élan, en s'orientant, comme l'ont montré des initiatives réussies, vers des pratiques de coopérations au sein du territoire permettant de projeter hors les murs les services et l'excellence des ESMS pour dépasser le modèle « historique » et s'orienter vers le développement de plateforme de ressources.

La FHF préconise que chaque établissement social et médico-social public s'inscrive dans une trajectoire de coopération qui sera diversifiée, selon ses caractéristiques propres et la configuration de son territoire. Ceci devra permettre à la fois des coopérations sur le « cœur de métier » (partages de compétences, gradation des prises en charge), sur les fonctions support et

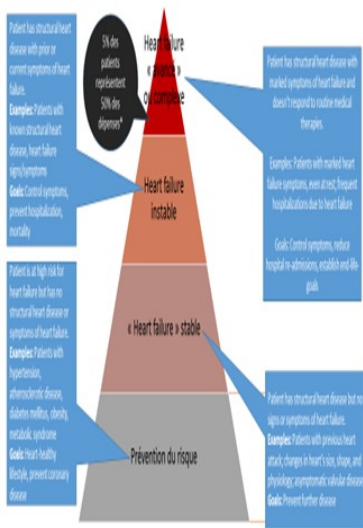
administratives, et la mise en œuvre de liens organisés avec les partenaires - établissements de santé et professionnels libéraux.

Si l'adhésion au GHT est organique pour les secteurs médico-sociaux rattachés aux établissements publics de santé, elle reste une possibilité pour les ESMS autonomes, particulièrement s'ils sont peu nombreux au sein du GHT, ou alors liés de manière forte à un établissement public de santé.

La FHF préconise, en vue de concevoir et de gérer des projets médico-soignants partagés, la mise en place de liens conventionnels forts entre chaque ESMS ou chaque groupement d'ESMS, et le GHT, en reconnaissant la légitimité et l'expertise fortes des ESMS pour les publics fragiles accueillis.

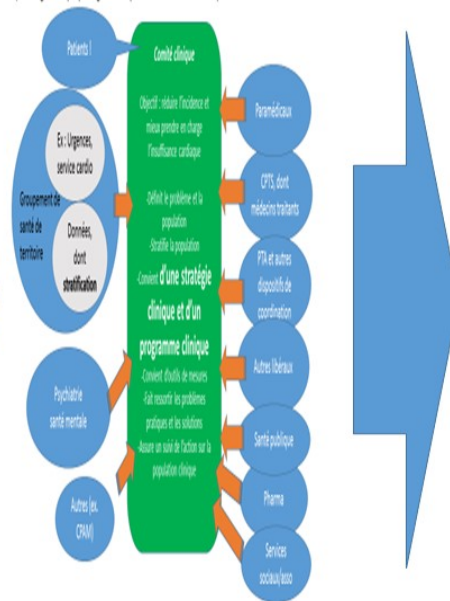
De la stratification, au programme clinique, au micro-système clinique

2) Stratifier une population (ex : insuffisance cardiaque chez Intermountain Healthcare) : chaque « membre » est assigné à une strate

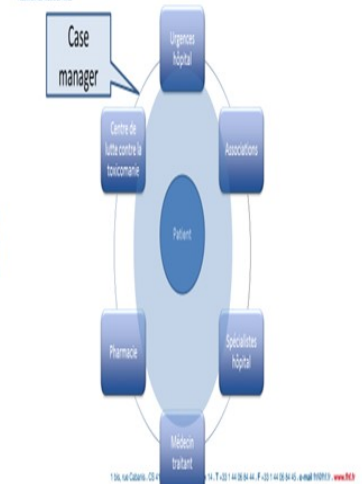


Source : Intermountain Healthcare • Blumenthal 2016

3) Stratégie clinique partagée: exemple sur insuffisance cardiaque



FHF Un micro-système clinique: le cas du « défi santé »



Mettre à contribution les **gestionnaires et prestataires de première ligne** dans la création d'une culture d'amélioration

Promouvoir la prise de décision éclairée par les **données-probantes**

Se concentrer sur les besoins de la **population**

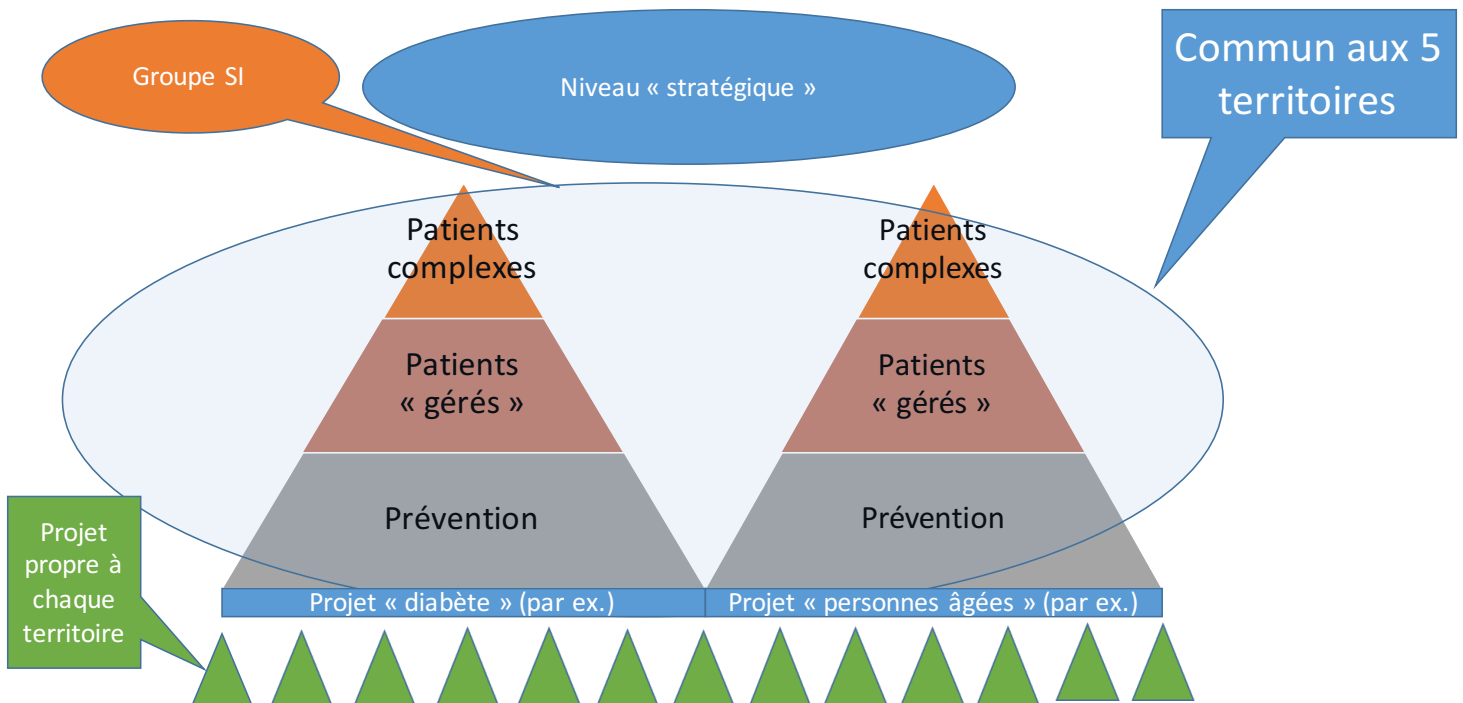
Mobiliser **les patients** et les citoyens

Élaborer des **politiques** et des mesures incitatives favorables

Renforcer la **capacité** organisationnelle

**AMÉLIORATION
DES SERVICES
DE SANTÉ**

Architecture du groupe « Pionniers de la Responsabilité populationnelle »



ADAPTER LES FORMATIONS AUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE

Pour la FHF, la politique de gestion des ressources humaines est au cœur de la stratégie des établissements publics de santé. Dans une volonté d'écoute des acteurs RH, nous réalisons annuellement un baromètre en partenariat avec le cabinet Obea. Il ressort de ce baromètre réalisé auprès des chefs d'établissements, DRH, DAM, quatre grands enseignements : un engagement fort des professionnels hospitaliers, une reconnaissance de la contrainte que vivent les équipes, une très grande implication dans les politiques de qualité de vie au travail (QVT) ainsi que dans la mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

A l'heure où la contrainte budgétaire n'a jamais été aussi forte et le management des établissements autant critiqué, la FHF appelle à redonner du sens à tous les professionnels.

L'hôpital ne peut rester au milieu du gué et absorber les surcoûts liés aux revalorisations sans réformes de fond et de long terme. Forte de cette conviction, la FHF porte à l'occasion de la Stratégie de Transformation du système de santé des propositions fortes et concrètes sur l'organisation territoriale, mais également en matière RH. Ces propositions visent une gestion des ressources humaines (GRH) au plus près des besoins du terrain, plus valorisante, et fondée sur l'éthique et la confiance dans les équipes pour qu'elles puissent répondre au mieux aux besoins des patients et, ainsi, au défi de l'attractivité :

- Appuyer les démarches de qualité de vie au travail fondées sur l'autonomie des équipes et la diversité des parcours médicaux ;
- Renforcer le management ;
- Mieux reconnaître la valeur professionnelle et l'engagement des personnels hospitaliers ;
- Accélérer et valoriser les pratiques avancées et les coopérations entre professionnels de santé.

Enfin, tout au long de ses prises de position, la FHF rappelle avec constance le besoin d'une meilleure visibilité – à moyen et long termes – des politiques publiques en matière de ressources humaines et d'une plus grande agilité des établissements.

I. Renforcer les politiques de QVT fondées sur l'Autonomie des équipes

Au niveau national

La priorité donnée ces dernières années à l'objectif d'équilibre des comptes de la Sécurité sociale a pu faire perdre de vue aux tutelles les missions des établissements et l'engagement des professionnels. Pour la FHF il doit être clairement réaffirmé que notre système et nos établissements doivent viser, simultanément et de façon intégrée, un triple objectif¹ d'une meilleure expérience pour le patient, d'une meilleure santé pour la population, au meilleur coût pour la société. Aucun de ces objectifs ne doit primer sur les autres, ni être poursuivi au détriment des deux autres. Ils doivent au contraire être poursuivis simultanément. Des voix de plus en plus

¹ Le Triple Objectif a été défini par Dr. Donald Berwick

nombreuses s'élèvent pour affirmer qu'à ces trois objectifs doit être ajouté un quatrième, celui de la qualité de vie au travail des professionnels. La FHF souscrit à cette approche. L'affirmation explicite de ces quatre objectifs permettra de remettre au cœur des préoccupations ce pourquoi tous se sont engagés : l'excellence clinique. Les professionnels de santé ne sont pas des facteurs de coût, mais au contraire une richesse : ils permettent aux usagers d'être bien soignés, mais aussi, par l'excellence de leur travail, d'avoir un système soutenable.

Pour ce faire, il est indispensable de clarifier la « feuille de route » assignée aux établissements et à leurs responsables, prérequis indispensable à la définition d'une ligne managériale claire. Concrètement, il s'agit de donner du sens aux acteurs et d'intégrer, en sus des objectifs économiques assignés aux établissements, des objectifs qualitatifs notamment d'organisation de travail. Il s'agit également d'arrêter les annonces contradictoires ou irréalistes comme :

- L'annonce, lors de la précédente mandature, d'un plan triennal...sans rendu de postes dans des établissements où les dépenses de personnel représentent en moyenne 70% ;
- L'annonce présidentielle le 15 avril d'absence de plan d'économie pour l'hôpital alors que la circulaire budgétaire 2018 prévoit 960 millions d'euros d'économie pour les hôpitaux.

En effet, les politiques d'accompagnement du changement supposent que les managers aient de la visibilité sur les évolutions de leur environnement, les politiques de QVT s'inscrivant dans un calendrier de long terme, incompatible avec des objectifs court-termistes de retour à l'équilibre par la simple réduction de leur masse salariale, qui en outre a montré ses limites.

L'outillage des projets (à l'échelle nationale au travers du COPERMO par exemple) doit donc intégrer des indicateurs relatifs à la QVT (du type taux d'absentéisme et turn-over).

La FHF appelle ainsi à une **conférence nationale de consensus sur l'équilibre entre la réponse aux enjeux de santé publique, l'assurance de bonnes conditions de travail et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, et ainsi à la cohérence des politiques publiques.**

Au niveau des établissements, renforcer les démarches participatives et valoriser les compétences

Les **démarches participatives** utilisent l'intelligence collective, l'expérience pratique, la créativité et la motivation de l'ensemble des professionnels d'une équipe. Elles s'appuient sur les réunions (« staffs ») pluri-professionnelles, la formation interne, le soutien aux équipes et la réflexion par projet. Ces démarches sont caractéristiques des organisations apprenantes et les valeurs d'équipe qu'elles promeuvent - reconnaissance, confiance, coopération, concertation - sont proches du modèle des Magnet Hospitals.

L'engagement dans ce type de démarche, tout comme l'amélioration des conditions d'exercice professionnel, doit être formalisé dans le projet d'établissement.

Il suppose l'acceptation d'une expression directe des participants avec autant de liberté que possible, entraînant une responsabilisation des acteurs et par conséquent l'implication de l'ensemble de la chaîne managériale. Une phase préalable de partage des objectifs de l'établissement est donc essentielle.

Ce fonctionnement d'équipes autonomes, participantes, soutenues par les managers médicaux et non-médicaux, suppose également une culture institutionnelle de valorisation des compétences.

Quelques exemples de démarches s'appuyant sur le design de services :

- La fabrique de l'hospitalité des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ;
<http://www.lafabriquedelhospitalite.org/>
- Le laboratoire d'innovation « Accueil de Hospitalité » (LAB-AH) du centre hospitalier Sainte-Anne
<http://www.ch-sainte-anne.fr/Actualites/L-hospitalite-au-caeur-des-projets-du-GHT-paris-avec-le-Lab-ah>

La reconnaissance par les établissements de santé de l'expertise de leurs équipes est un facteur important de la qualité de vie des professionnels. Ceci implique de partager les ressources précieuses que sont ces savoirs cliniques et organisationnels grâce à des **formations en interne**, que ce soit à l'intérieur d'une même équipe, entre équipes ou entre pôles. Une politique de formation interne portée par les professionnels permet, à tous les niveaux, de mélanger les professions, de valoriser les expériences, d'instaurer une dynamique de réflexivité sur les pratiques et de propager les bonnes idées.

Il importe également à ce titre de poursuivre **l'investissement sur la formation professionnelle** continue par le développement de la VAE afin de faciliter les promotions professionnelles et d'aider les parcours de carrière ascendants.

Enfin, il est nécessaire de poursuivre les travaux sur l'attractivité des métiers particulièrement en tension et souffrant de la concurrence du secteur libéral, comme le métier de masseur-kinésithérapeute ou d'orthophoniste notamment en permettant la titularisation sur emplois à temps non complet.

Concernant les professionnels médicaux, il convient de poursuivre les travaux engagés en 2016 sur l'attractivité afin de recentrer le temps médical sur la clinique, de permettre une plus grande diversité des parcours de carrière pour répondre au plus près et au mieux aux enjeux de santé, et de reconnaître l'investissement dans la permanence des soins en mettant fin aux écarts de rémunération dans le cadre d'un second volet du plan attractivité bénéficiant cette fois-ci d'un financement assumé et dédié.

II. Renforcer le Management

L'organisation hospitalière est complexe, marquée par des motivations spécifiques de service public, un haut niveau de professionnalisme et une grande importance des savoirs propres à chaque groupe professionnel. **Une réflexion sur le mode de management attendu doit également être menée au niveau national et de chaque établissement.**

Concernant le personnel médical, il s'agit de favoriser l'émergence des capacités managériales des futurs responsables médicaux par une démarche institutionnelle de repérage et de formation spécifique :

- La nomination des responsables médicaux doit s'appuyer sur un projet médical, mais aussi managérial. Plusieurs exemples de politiques formalisées d'accès aux postes à responsabilité sont présentées dans notre Mooc Attractivité (www.mooc-attractivite.fhf.fr).
- Les formations au management d'équipe et au travail en équipe doivent être délivrées en amont de leur prise de responsabilité ou au début de leur mandat. Elles doivent être inscrites dans le plan de développement professionnel continu.

Ces formations au management, et plus particulièrement au servant leadership, doivent à terme être portées par la faculté afin de pouvoir être déployées dès la formation initiale, mais aussi pour pouvoir répondre aux attentes spécifiques des médecins dans le cadre de leur formation professionnelle continue. Cette ambition doit également se traduire dans le cadre du volet managérial du projet d'établissement.

Enfin, l'établissement peut proposer des outils d'appui au management, comme des temps d'échanges entre pairs ou encore du co-développement managérial.

Quelques exemples de formations pluriprofessionnelles :

- au CHRU de Nancy, cf. <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/550/Reflexions-hospitalieres/PASSEPORT-Pilotage-Carriere-saison-2>
- l'initiative « Un pari sur l'avenir : le binôme «Interne des Hôpitaux Elève Directeur des Hôpitaux» » mis en place en 2012 par l'ISNIH et l'EHESP pour la promotion Françoise Barré-Sinoussi (2011-2013) : son objectif était de mieux se connaître de part et d'autre et mieux travailler ensemble à l'avenir
- au CHU d'Angers, cf. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/03/les-futurs-directeurs-d-hopitaux-formes-au-management-par-la-simulation.pdf>

Ou encore pour les formations des cadres, qu'ils soient soignants, administratifs, techniques, médico-techniques. Pour un exemple, cf. <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/563/RESSOURCES-HUMAINES/Formation-continue-des-cadres-au-management-Le-dispositif-toutes-filieres-du-CHRU-de-Nancy>

III. Valoriser et reconnaître l'investissement

Notre baromètre souligne niveau très élevé d'engagement des professionnels vis à vis de leur métier (97%), des valeurs de service public (80%) et de leur établissement (75%), doit être salué et constitue une véritable force pour relever les défis à venir.

75% des acteurs RH interrogés déclarent toutefois ne pas disposer des moyens adaptés pour reconnaître cet engagement.

Il s'agit donc :

- Pouvoir reconnaître l'investissement des équipes
- Et au sein des équipes, pouvoir formaliser des projets individuels qu'il s'agit d'accompagner et le cas échéant de valoriser, pour les professionnels médicaux comme non médicaux

Il s'agit pour ce faire d'institutionnaliser un temps d'échange annuel individuel pour l'ensemble des professionnels, paramédicaux comme médicaux. Il ressort en effet d'une enquête réalisée en 2017² que les médecins hospitaliers souhaitaient être plus accompagnés dans leur parcours professionnel (67,9% des répondants). Au-delà des procédures annuelles d'évaluation qui existent pour certaines professions, il apparaît donc pertinent d'organiser un entretien annuel individuel pour chaque professionnel. Ces entretiens doivent permettre de s'exprimer sur l'activité au sein de l'hôpital, les besoins en formation, les dysfonctionnements éventuels existants au sein du service et du pôle ... Ce moment d'échange est aussi l'occasion d'évoquer les projets professionnels et d'envisager les axes d'amélioration tant au niveau du service que de l'institution plus largement.

En appui à ces démarches, le MOOC « Attractivité » de la FHF permet de partager les bonnes pratiques développées dans les établissements en la matière.

Au-delà, concernant les personnels non médicaux, les établissements publics de santé demeurent en attente de la mise en œuvre du volet relatif à la reconnaissance de la valeur professionnelle du protocole PPCR, et plus particulièrement de l'instauration de l'entretien professionnel, la FPH étant seule fonction publique encore soumise à une notation fonction de l'ancienneté, et de la refonte d'un régime indemnitaire reconnu comme obsolète.

IV. Accélérer et valoriser les délégations de compétences et les coopérations entre professionnels de santé

Il s'agit de recentrer les médecins sur leur cœur de métier, de libérer du temps médical et de valoriser les compétences des professionnels paramédicaux.

Pour cela, il convient :

- D'agir pour développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé, tant par la simplification des process d'autorisation que par leur promotion pour augmenter le nombre de paramédicaux autorisés ;
- De mettre en œuvre l'exercice en pratique avancée dès la finalisation de la réglementation pour les infirmiers (IPA).

² L'enquête FHF- Arthur Hunt, réalisée en 2017, avait pour objectif d'identifier les besoins et attentes des médecins hospitaliers et des étudiants en médecine en matière de management et de Gestion des Ressources Humaines médicales. 1619 étudiants en médecine et 4003 médecins hospitaliers se sont exprimés à cette occasion.

ADAPTER LES FORMATIONS AUX ENJEUX DU SYSTEME DE SANTE

Les établissements publics de santé s'engagent au quotidien pour offrir la meilleure prise en charge aux patients et assurer la continuité des soins. Dans un contexte de forte pénurie médicale, avec un taux national de vacance statutaire de 26,5% pour les postes de praticien hospitalier temps plein et de 46,1% pour les postes de praticien hospitalier temps partiel (Rapport d'activité 2016 du Centre National de Gestion, hors DOM-TOM), les établissements doivent conjuguer :

- La dimension territoriale des projets médicaux et de fortes sujétions dans l'exercice médical, avec une demande de meilleur équilibre vie privée-vie professionnelle ;
- Des parcours professionnels longs, souvent au sein d'un même établissement, avec le souhait de parcours plus diversifiés ;
- Des difficultés de recrutement et de fidélisation des médecins, avec l'absence de marge de manœuvre sur le statut et les rémunérations, et dans un contexte concurrentiel fort.

A l'occasion de la concertation ouverte sur la Stratégie de transformation du système de santé, et plus particulièrement sur la formation, la FHF souhaite donc rappeler plusieurs points de vigilance et appelle à de profondes évolutions de notre système de formation mais aussi de régulation des besoins en formation.

I. Revoir les conditions de mise en œuvre des réformes pédagogiques

Les établissements publics de santé ont dû s'adapter à la mise en œuvre de la réforme du troisième cycle qui a eu pour impact une plus grande affectation des internes de médecine générale en ville, et des internes de spécialité hors médecine générale en phase socle dans les CHU. Face à ces évolutions, force est de constater une hétérogénéité entre les régions dans la politique d'agrément, mais aussi de répartition, avec des interventions très variables des ARS, notamment dans le recours aux dérogations au taux d'inadéquation.

Si la FHF partage l'objectif prioritaire de qualité pédagogique de la formation délivrée aux étudiants, il nous semble aujourd'hui fondamental d'accompagner l'évolution des équilibres de répartition de stages entre la ville et l'hôpital, entre CH et CHU, et ce afin de permettre la continuité de l'offre de soins et une répartition équitable des ressources médicales sur l'ensemble du territoire, en lien avec prospective démographique médicale territoriale.

Aussi, nous appelons à accompagner les réformes en prenant appui sur une étude d'impact préliminaire sur l'offre de soins, et à préparer les prochaines étapes de la R3C. Il est cependant d'ores et déjà indispensable d'harmoniser entre les régions les conditions de mise en œuvre de ces réformes, et que les établissements soient mieux associés à la gouvernance et au suivi des réformes pédagogiques, ce suivi devant aborder les aspects aussi bien pédagogique, organisationnel que budgétaire, et être décliné en région.

Enfin, les évolutions pédagogiques, et plus particulièrement des maquettes, doivent permettre d'intégrer les évolutions sociétales, mais aussi de créer des liens ville/hôpital dès la formation initiale, impliquant une mixité des stages, pour décrocher à terme les différents modes d'exercice dans la perspective d'une plus grande responsabilité populationnelle. Ces évolutions doivent également intégrer les évolutions réglementaires en matière de temps de travail, et plus particulièrement la réforme du temps de travail des internes, et aboutir à la définition de projets pédagogiques et professionnels individualisés, faisant l'objet d'un accompagnement / compagnonnage tout au long de la carrière.

II. Décloisonner les formations pour préparer à l'interprofessionnalité et au travail en équipe

Alors que les frontières de prise en charge sont de plus en plus fongibles et que la pluri-professionnalité, la coopération et le fonctionnement en réseau sont de règle à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. La persistance des barrières interprofessionnelles est un frein à la pratique collaborative et peut être facteur d'une qualité de vie au travail détériorée. Les formations professionnelles organisées en silos peuvent en effet contribuer à instiller des conflits d'intérêts entre corps de métiers différents et cacher l'interdépendance de leurs actions et des problèmes qu'ils auront à résoudre.

Il est donc essentiel de décloisonner au plus tôt les formations entre les différentes professions, dans le respect des spécificités de chacun.

Le développement de la simulation ou encore la mise en œuvre du service sanitaire y contribueront.

III. Homogénéiser les différents types de formation, tant en matière de format, de contenu, de débouchés que de financement (universitarisation des formations paramédicales...)

La stratégie en matière de formation des paramédicaux doit viser :

- Le maintien d'une double approche pédagogique : une formation professionnelle et universitaire. Ainsi, s'il est opportun de confier l'apprentissage des connaissances théoriques aux universités, il convient de renforcer l'acquisition des compétences cliniques ou pratiques par les professionnels de terrain.
- L'ajustement continu des référentiels de compétences requis en formation initiale

L'expérience des protocoles de coopération a permis de révéler les enjeux de transferts de compétences médicales à des paramédicaux, principalement dans les domaines de la stomathérapie ; la cancérologie ; la gériatrie ; la prise en charge de la douleur ; la psychiatrie ; les plaies et cicatrisations ; le diabète ; et des maladies chroniques.

Concernant les pratiques infirmières avancées, des domaines semblent prioritaires : prévention, éducation thérapeutique et coordination des parcours (cf. cancérologie). Elles se doivent d'être inscrites dans les projets médicaux et soignants des établissements, être encadrées juridiquement et répondre aux impératifs de sécurité et qualité.

Autrement dit, il s'agit de libérer du temps médical, de valoriser les compétences des professionnels paramédicaux et de répondre aux enjeux de santé publique. Pour cela, il convient

- D'agir pour développer les protocoles de coopération entre professionnels de santé, tant par la simplification des process d'autorisation que par leur promotion pour augmenter le nombre de paramédicaux autorisés ;
- De mettre en œuvre l'exercice en pratique avancée dès la finalisation de la réglementation

pour les infirmiers (IPA).

Enfin, et eu égard aux spécificités ultramarines, la FHF propose que ces territoires soient des laboratoires de l'innovation du système de santé, notamment en termes d'organisation des soins, de coopération et de répartition des tâches entre les différents professionnels.

IV. Renforcer la formation au management dès la formation initiale

La FHF appelle à créer des modules de formation initiale partagés dédiés à l'organisation de la prise en charge et au management. Ces formations permettraient une meilleure connaissance du rôle de chaque professionnel dans une équipe et une vision plus globale du soin apporté au patient.

Des cours ayant trait à l'éthique, à la déontologie, aux compétences communicationnelles et à la réflexivité sur les normes et les valeurs dans le soin pourraient ainsi rassembler de multiples métiers, mais aussi les patients, autour de la transmission d'une même conception de la prise en charge à l'hôpital.

Dans le cadre de la formation professionnelle continue, il est également nécessaire de prévoir des formations aux démarches qualité et pertinence, au numérique et aux moyens de l'intégrer dans la pratique professionnelle. Pour les responsables médicaux, les plans de formation continue doivent systématiquement intégrer une formation au management.

Ces formations au management, et plus particulièrement au « servant leadership », doivent à terme être portées par la faculté afin de pouvoir être déployées dès la formation initiale, mais aussi pour pouvoir répondre aux attentes spécifiques des médecins dans le cadre de leur formation professionnelle continue. Cela est vrai pour les formations médecins/soignants, mais également pour les formations médecins/directeurs – quelques exemples :

- au CHRU de Nancy, cf. <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/550/Reflexions-hospitalieres/PASSEPORT-Pilotage-Carriere-saison-2>
- l'initiative « Un pari sur l'avenir : le binôme «Interne des Hôpitaux Elève Directeur des Hôpitaux» » mis en place en 2012 par l'ISNIH et l'EHESP pour la promotion Françoise Barré-Sinoussi (2011-2013) : son objectif était de mieux se connaître de part et d'autre et mieux travailler ensemble à l'avenir
- au CHU d'Angers, cf. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/03/les-futurs-directeurs-d-hopitaux-formes-au-management-par-la-simulation.pdf>

Ou encore pour les formations des cadres, qu'ils soient soignants, administratifs, techniques, médico-techniques. Pour un exemple, cf. <http://www.revue-hospitaliere.fr/Revues/563/RESSOURCES-HUMAINES/Formation-continue-des-cadres-au-management-Le-dispositif-toutes-filieres-du-CHRU-de-Nancy>

V. Mieux définir les besoins en compétences à l'échelle territoriale

La FHF propose de rendre la démarche de GPMC médicale obligatoire dans le cadre de conférences HU, réunissant les coordonnateurs, les chefs de service d'une même spécialité et les représentants des établissements, avec pour objectif de faire connaître aux responsables de DES les besoins en effectifs mais aussi en compétence des équipes sur leurs territoires. Ces conférences peuvent être sanctuarisées à l'occasion de l'élaboration des contrats d'association des CHU aux GHT.

Ces travaux doivent ensuite pouvoir faire l'objet d'une agrégation à l'échelle régionale par les ARS en tant qu'autorité de régulation, et servir de support à l'organisation d'états généraux de la démographie médicale (au niveau régional puis national). Cette concertation approfondie doit permettre d'engager progressivement la révision voire la suppression du numerus clausus, et à court terme de revoir les quotas de Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE).

VI. Former sur un territoire/ Structurer une offre de formation initiale à l'échelle territoriale

Dans le cadre de leur projet médical partagé, et des projets de santé territoriaux, les GHT seront amenés à structurer des parcours de formation. Cette offre de formation doit être construite en coordination avec l'Université, en lien avec le CHU et les maîtres de stage en CH et en ambulatoire, avec pour objectif une lisibilité accrue des parcours de formation à l'échelle des GHT et des subdivisions.

Ce dispositif permettrait de favoriser la connaissance du terrain, des structures hospitalières et des professionnels de ville du territoire.

Pour ce faire, il sera nécessaire d'envisager une augmentation des stages de 2^d cycle en Centres Hospitaliers, qui ont une réelle plus-value pédagogique et en termes d'apprentissage clinique et technique, et en 3^{ème} cycle la possibilité « d'agrément partagé » entre établissements d'un même GHT.

Dans une perspective de plus grande association des centres hospitaliers, la commission des stages et des gardes comme la commission de répartition devront s'ouvrir à des représentants de ces établissements, y compris dans leurs travaux de préparation.

Par dérogation, il doit être envisagé de développer des dispositifs de coopération pérenne entre les centres hospitaliers ultra-marins et un ou plusieurs CHU métropolitains volontaires afin de faire connaître ces établissements, renforcer leur attractivité, y limiter le recours à l'intérim médical, proposer une réponse alternative aux besoins de post-internats et assurer une formation complémentaire intégrant les spécificités ultra-marines. Ces coopérations justifieraient de la création de postes d'assistants partagés avec un exercice pour partie en métropole, pour partie en outre-mer, bénéficiant d'un appui financier au niveau national.

VII. Garantir la mise à jour des compétences et des connaissances

Les établissements publics de santé accompagnent les projets professionnels, conformément aux aspirations individuelles, aux besoins identifiés par les travaux de GPMC et aux projets institutionnels. Afin de renforcer cet appui institutionnel, il importe aujourd'hui de simplifier le fonctionnement du DPC, d'élargir son champ aux compétences (management, recherche, nouvelles modalités de prise en charge) et une plus grande souplesse dans l'utilisation des crédits de formation.

Au-delà, afin d'accompagner au mieux les évolutions professionnelles de médecins exerçant des spécialités à fortes sujétions désormais régies par un DES spécifiques, la FHF appelle à une réflexion partagée sur le statut des praticiens en formation initiale lors d'un changement de spécialité.

De manière générale, et même en l'absence de changement de spécialité, la mise en œuvre d'un dispositif de recertification peut être un dispositif efficace au service de la qualité des soins, dont la FHF attend cependant les modalités plus précises (mission du Pr. Serge UZAN en cours).

Enfin, la dynamique d'équipe doit être encouragée, y compris en formation continue. Les procédures d'accréditation collective nous semblent à ce titre à encourager.

INSCRIRE LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS AU CŒUR DES ORGANISATIONS ET DES PRATIQUES »

I Le parcours, une révolution dans la perception de la qualité du service rendu au patient

En préambule, la FHF rappelle que la promotion et la mesure de la qualité doivent faire l'objet d'une politique cohérente. A ce titre, elle renouvelle son appel à simplifier et à mettre en cohérence les multiples dispositifs nationaux (CAQES, IFAQ, Certification...) et à coordonner réellement les Autorités sur le sujet (HAS, DGOS, DGS, ARS...). Elle rappelle par ailleurs que la qualité et la pertinence des soins doivent intégrer les fondements des formations initiales et continue des professionnels de santé. Le projet médical, le projet médical partagé et plus généralement le projet de santé territorial doivent en être les garants pour la population.

La FHF partage l'idée que **qualité doit être évaluée à l'échelle des parcours**.

C'est le sens du tournant du parcours promu par la FHF dans le cadre de la responsabilité populationnelle.

Ainsi, la production d'indicateurs et de méthodes d'évaluation participeront à donner du sens à cette évolution.

C'est pourquoi la FHF estime que la mesure de la qualité doit permettre de fait d'atteindre **trois objectifs** :

- **Améliorer effectivement la qualité du service rendu** au patient ;
- Rendre compte du **déroulement du parcours de soins et de la fluidité de la prise en charge** ;
- Assurer une **information lisible et précise** pour guider le patient dans le système de santé.
-

Pour cela, la mesure de la qualité doit s'attacher à interroger plusieurs aspects :

- **Pertinence des indicateurs** du **Pertinence des indicateurs** du point de vue de la qualité clinique des soins ;
 - cela tend à privilégier des indicateurs de résultat rendant effectivement compte de la santé du patient tout au long du parcours. Ces indicateurs sont nécessairement issus de résultats cliniques objectivés par le médecin et les résultats perçus par le patient (comme les PROMs, patient related outcome measures) ; en effet, donner du sens à la politique qualité demande de limiter les indicateurs à ceux qui ont fait preuve de leur forte valeur ajoutée.
 - La FHF sera attentive notamment attentive sur les « biais » d'indicateurs qui postuleraient des parcours de soins idéaux sans prise en compte des situations territoriales nécessairement différentes du fait des disparités de disponibilité de la ressource médicale (notamment en ville), des différences de recours aux urgences, des pratiques d'adressage particulières,... ;
 - Enfin, cet impératif de pertinence des indicateurs commande d'avoir des indicateurs spécifiques pour chaque type de parcours ciblé.
- « Chaînage » de la mesure de la qualité entre **acteurs de statut différent** pour coller au parcours, et **identifier les ruptures** de prise en charge ;

- Questionner la place de l'établissement en tant **qu'échelle pertinente d'action et de mesure**, afin de déterminer la garantie et la mesure de la qualité aux **trois niveaux** :
 - *Activité clinique* : équipe/service de soins ;
 - *Management de la qualité, sécurité des soins, vigilances, parcours intra établissement* : établissement ;
 - *Parcours inter établissement, filière de soins* : territoire (ville, hôpital et médico-social), groupement hospitalier de territoire

a. La transmission de l'information, au cœur de la qualité du parcours

L'entrée dans la logique de parcours demande à mettre réellement le patient au cœur de la réflexion, en permettant la sécurisation des interfaces. L'enjeu majeur de la qualité des parcours réside donc entre autres dans la qualité et l'assiduité dans la **transmission de l'information** entre les différents acteurs du parcours.

Le morcellement actuel de l'information sur le parcours du patient met en difficulté les patients et les professionnels dans l'organisation coordonnée de la prise en charge.

La transmission de l'information doit pouvoir se mesurer à toutes les étapes de la prise en charge :

- En amont, avant le « moment hospitalier », la transmission de l'information permet de connaître les antécédents du patient pour lui prodiguer le bon soin durant sa prise en charge hospitalière ;
- L'information donnée au patient doit également être claire et lui permettre de s'orienter afin d'être acteur de son parcours ;
- L'information donnée à la ville à la sortie du patient doit également être renforcée ;
- Enfin, la bonne transmission de l'information doit permettre que la sortie du patient du lieu hospitalier ne se traduise pas par une sortie totale du parcours ; l'ensemble des professionnels doit pouvoir participer au suivi médical et médico-soignant du patient, notamment le suivi post-urgences et post-consultation hospitalière, de manière à assurer la fluidité du parcours et éviter les hospitalisations. Dans ce cadre, le déploiement des outils numériques (notamment les éléments de partage du dossier patient) doivent permettre de mieux tracer les actes et d'éviter les doublons. En outre, ouvrir les dossiers patients aux usagers et leur permettre de les alimenter peut également renforcer la transmission de l'information.

b. Le temps et la mobilisation de compétences nouvelles, des prérequis pour l'amélioration de la prise en compte du parcours

La FHF souligne également que la qualité des parcours demande la mobilisation de ressources par les professionnels : **du temps et des compétences nouvelles**.

Il sera nécessaire de promouvoir et valoriser les **pratiques nouvelles impactant positivement la qualité** des soins et des parcours, telles que la pharmacie clinique.

L'organisation du parcours nécessite du **temps**, qui doit être reconnu comme un élément déterminant de l'organisation des parcours.

L'organisation demande également le développement de compétences nouvelles, grâce à la mobilisation des **métiers de la coordination**. Ces métiers dédiés ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge de filières comme les filières gériatriques ou les réseaux d'oncologie. Pour les pathologies et affections pouvant être modélisées sous forme de parcours, il pourra être pertinent d'encourager le développement de ces métiers.

c. Lier la mesure de la qualité du parcours avec les nouveaux modèles de financement

La mise en place d'un financement au parcours, multi-intervenants, nécessite un fort **intérêt à agir** pour que le parcours se passe au mieux, de la façon la plus efficace possible. Le paiement à la pertinence ou à la qualité peut constituer cette aiguillon.

Il paraît en effet plus intéressant de lier financement au parcours /à l'épisode d'un côté et financement à la qualité, voire à la pertinence de l'autre que de les dissocier.

Le financement incitatif à la qualité est aujourd'hui trop marginal et trop centré sur des indicateurs de moyens, facilement manipulables, pour être réellement un levier d'incitation.

Il convient donc de développer des indicateurs de résultats, dans un premier temps sur la base des données disponibles dans le PMSI/SNIRAM, puis dans un 2ème temps, sur la base d'éventuels nouveaux indicateurs.

La mesure de la qualité doit ainsi être développée dans trois champs :

- L'expérience vécue et la satisfaction des patients d'abord, comme le fait le questionnaire e-Satis depuis 2016 ;
- L'expérience des soignants et leur appréciation de la qualité des soins qu'ils délivrent ensuite (mesurées annuellement dans tous les hôpitaux britanniques depuis 2003) ;
- Les résultats cliniques enfin (mortalité, réadmissions, complications, infections nosocomiales, amélioration de la qualité de vie à l'issue d'un épisode de soins...)

Les parcours de soins peuvent être élargis, pour une pathologie chronique donnée, au parcours de santé incluant la prévention. Ainsi on peut identifier 4 catégories de population :

- Les populations à risque mais non malades à cible des mesures de prévention qui vont au-delà du sanitaire (activité sportive, coaching nutritionnel...) ;
- Les populations malades avec un parcours simple ;
- Les populations malades au profil plus lourd et au parcours plus complexe ;
- Les populations en phase aiguë et prise en charge en urgence à situations à réduire voire éviter grâce aux parcours efficaces des 2 précédents niveaux.

II. Engager de manière volontariste la transition culturelle et financière vers la promotion de la pertinence

La pertinence des soins est un pilier fondamental permettant d'améliorer concrètement le service rendu au patient tout en améliorant la performance médico-économique de notre système de santé.

Selon plusieurs études menées par les pouvoirs publics, les sociétés savantes comme par la FHF, près de 30 % des actes médicaux ne seraient pas « pleinement justifiés ». Les atlas de pratique médicale révèlent des variations impressionnantes dans les taux de recours à certains actes, qui ne semblent pas toujours justifiés par des différences sociales, démographiques ou géographiques. Ces actes potentiellement inutiles sont à la fois très coûteux pour la société, présentent des inconvénients pour les patients, et risquent de réduire inutilement le temps médical.

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

A noter que le sujet de la pertinence recouvre les actes inutiles mais également les problématiques d'accès aux soins. Les actes inutiles doivent être réduits mais tous les patients, actuellement non pris en charge pour diverses raisons, notamment des raisons d'accessibilité horaire, géographique ou financière, doivent avoir accès aux soins.

La question de la pertinence se décompose de fait en deux sous-chantiers :

- La question de la pertinence des actes en elle-même, dont l'enjeu est de déterminer ce que sont des actes non pertinents, qui est en charge de faire respecter les principes et référentiels de pertinence, quelles sont les incitations et les sanctions de la non-pertinence ;
- La question de l'appropriation des pratiques pertinentes par les professionnels.

La FHF a commandé en novembre 2017 une étude (cf pièce jointe) dont voici les quelques enseignements significatifs :

Constats :

- 1) Les trois-quarts des Français (76%) jugent que les actes médicaux non justifiés constituent un problème important en France aujourd'hui
- 2) Selon les Français (34%) comme les médecins (35%) ces actes inutiles représenteraient plus d'un tiers des actes médicaux
- 3) 9 médecins sur dix (88%) reconnaissent qu'il leur arrive personnellement d'en prescrire... sans doute à cause d'une poussée des craintes juridiques : 68% des médecins et 54% des directeurs d'hôpitaux disent avoir peur d'être poursuivis par leurs patients
- 4) 77% des Français pensent que lutter contre ces actes médicaux injustifiés constituerait un moyen efficace de faire des économies à notre système de santé... mais, ils sont convaincus (78%) que les hommes politiques en charge de la santé ne se préoccupent pas assez du sujet

Solutions :

- 1) 81% des Français sont ainsi POUR l'obligation d'un second avis avant la réalisation d'actes chirurgicaux lourds et autant se prononcent POUR la mise en place d'un service téléphonique de régulation des urgences
- 2) 85% des Français pensent que communiquer sur les écarts de pratiques des médecins pourrait améliorer les prises en charge médicales, et autant (87%) souhaitent que les hôpitaux rendent publics leurs résultats en matière de qualité et de pertinence des soins
- 3) 86% pensent que les mesures visant à responsabiliser les patients et les professionnels de santé pourraient avoir un impact positif pour diminuer le coût des soins en France
- 4) les Français se prononcent surtout pour la fin de la tarification à l'acte : 64% à 72% pensent qu'une autre rémunération des professionnels de santé et des hôpitaux serait « juste », « efficace », « positive pour les Français », « moins coûteuse » et surtout qu'elle serait « possible » (72%).

En outre, la FHF a également mené divers travaux sur les variations territoriales de pratique, dont le dernier développement est un « atlas des variations de pratiques » (cf pièce jointe) portant sur cinq types d'actes (césarienne, chirurgie du rachis, endoprothèses vasculaires sans IDM, interventions sur le cristallin).

Le **travail sur les variations de pratique**, qui mesure le recours aux actes, nous semble être un des aspects qui permet d'aborder la question de la pertinence, sous réserve que toutes les précautions méthodologiques soient prises.

La FHF propose ainsi d'engager deux à trois programmes identifiés (par pathologie ou type d'activité ou de structure) de pertinence des actes et des activités.

Chaque programme ciblé visera :

- A objectiver les variabilités constatées d'un territoire à un autre ;
- A identifier les critères qui entrent en jeu pour expliquer finement les différences de taux de recours, et une possible non-pertinence ;
- Emettre des préconisations issues des professionnels de santé et des usagers auprès des pouvoirs publics.

C'est pour ces raisons que la FHF porte la question de la pertinence, notamment grâce à ses actions adossées au label « Choisir avec soins » :

- **Choisir avec soins** est une démarche internationale, dont le but est de favoriser l'engagement de chaque professionnel de santé dans la pertinence grâce à une approche « bottom up », partant des professionnels du terrain. La FHF demande à encourager cette démarche qui favorise l'appropriation de la pertinence par les professionnels.
- Ce programme nous semble adapté pour agir réellement sur les pratiques professionnelles.

En adoptant l'approche « Choisir avec soin », la FHF souhaite aider au déploiement d'une campagne où les professionnels ont le leadership sur les questions de pertinence des actes, des soins. Elle met au cœur la relation patient-médecin et la qualité du dialogue et de l'information délivrée comme une clé de la prescription pertinente. Cette campagne est également portée par les usagers du système de santé.

Le projet vise à coordonner le travail des sociétés savantes de manière à les amener à :

- Produire leurs listes des 5 prescriptions, basés sur des preuves scientifiques, à prioriser pour lesquelles la balance bénéfice-risque et le coût économique est trop élevé ;
- A les déployer au sein des établissements de santé via les commissions médicales d'établissement, via les sociétés savantes participantes ainsi que les usagers voire même au niveau des étudiants en médecine via les facultés.
- A bâtir ensuite les indicateurs et d'essayer d'évaluer l'impact de la mise en œuvre de la campagne.

III. Une mesure de la satisfaction qui rende réellement compte de l'expérience vécue par le patient et qui permette une amélioration continue de la prise en charge

L'indicateur de mesure de la satisfaction des usagers, e-SATIS, développé par les pouvoirs publics est un outil important pour le recueil de la parole des usagers, de leur expérience, de leur satisfaction. En cela, il constitue un enjeu majeur pour améliorer la qualité et la transparence du service rendu par notre système de santé.

La FHF souhaite une **évaluation du dispositif e-Satis** afin de poursuivre et élargir ces travaux, pour avoir notamment de meilleurs taux de réponse.

Cette évaluation permettrait d'analyser le processus, que ce soit la forme du questionnaire, la pertinence des items et l'intelligibilité des questions, le recueil du consentement, la représentativité de l'échantillon au regard de la population accueillie et la réelle exploitation que peuvent faire les établissements de ces indicateurs.

La FHF propose d'évaluer de façon concertée le bénéfice pour l'utilisateur de l'indicateur e-SATIS, tel qu'il est mesuré aujourd'hui, au regard des autres modalités de recueil de la parole des usagers au sein des établissements (bilan des CRUQPC, médiations, questionnaires de sortie, expériences patient) et des travaux menés par la Haute Autorité en Santé.

Actuellement, l'enquête e-Satis semble surtout fondée sur l'organisation des soins et sur l'information ; elle pourrait être mieux reliée au parcours ou aux résultats cliniques, en l'élargissant par exemple à des indicateurs internationaux de perception de l'expérience patient.

Contexte

La stratégie de transformation du système de santé a été lancée le 13 février dernier. Elle se déploie à travers 5 chantiers transversaux :

- ✓ Inscrire la qualité et la pertinence des soins au cœur des organisations et des pratiques
- ✓ Repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation
- ✓ Accélérer le virage numérique
- ✓ Adapter les formations aux enjeux du système de santé et accompagner la transformation du travail et des métiers dans le secteur public hospitalier
- ✓ Repenser l'organisation territoriale des soins

L'enjeu du chantier N°3 est « d'adopter pour notre système de soins une stratégie pour engager son virage numérique qui positionne le patient au cœur de l'organisation ». En effet, les technologies du numérique sont porteuses de changements majeurs dans l'organisation et le fonctionnement du système de santé.

Il s'agit notamment :

- ✓ D'améliorer l'accessibilité en ligne, pour chaque patient, de ses données médicales
- ✓ De dématérialiser l'intégralité des prescriptions
- ✓ De simplifier le partage de l'information entre tous les professionnels de santé (télémédecine....)

« Ce virage devra s'inscrire clairement dans un cadre éthique conforme aux valeurs humanistes de notre Pays, en plaçant le patient au cœur du dispositif et en intégrant harmonieusement les professionnels de santé ». La concertation prévoit une consultation des acteurs, une coordination Etat – assurance maladie et un décloisonnement Ville – Hôpital.

I. Stratégie numérique FHF

Pionnière en matière de stratégie par les territoires, la FHF continue à formuler des propositions visant à garantir pour l'ensemble de la population un accès structuré à des soins de qualité organisés sur l'ensemble du territoire. A noter qu'un accompagnement particulier est nécessaire dans les territoires ultramarins, eu égard à leur situation géographique respective.

L'égal accès aux innovations technologiques est un impératif. La sécurité, la protection des données et l'éthique dans la façon de les traiter sont des valeurs fondamentales qui sous-tendent chacune des propositions.

C'est pourquoi, la FHF s'engage aujourd'hui fortement sur deux sujets majeurs liés au chantier

numérique :

- ✓ La responsabilité populationnelle qui permet de rassembler l'ensemble des acteurs de la santé, du médico-social et du social d'un territoire autour de leur objectif commun, la santé et le bien-être des populations pour un territoire. Pour cela, la FHF porte cinq projets qui visent à intégrer les informations nécessaires dans une plateforme spécifiquement dédiée, sans intégrer les structures et donc leur Système d'Information. La stratégie de groupe publique conserve non seulement tout son sens, mais doit s'accélérer pour permettre une intégration facilitée avec la plateforme de responsabilité populationnelle. Des plateformes de ce type existent à l'étranger et il convient d'initier ces travaux sur des territoires qui disposent d'une bonne maturité en termes de SI (organisation, outils, usages, ...) et une implication forte des acteurs (hospitaliers, libéraux, MSP, privés, pharmacies, CCAS, ...).
- ✓ Le développement de l'Intelligence Artificielle sur l'ensemble des thématiques hospitalières et médico-sociales : évolution des métiers, parcours de soins, recherche, prévention, place de l'humain, gestion, exploitation et protection des données...

Mais ces propositions intègrent également les évolutions de la société et notamment le déploiement de services numériques à destination des professionnels de santé et du grand public. Elle encourage les organisations qui visent à rendre chaque citoyen/patient acteur de sa prise en charge. L'empowerment est donc naturellement intégré aux propositions qu'elle formule.

Les pouvoirs publics ont initié et financé de nombreuses expérimentations innovantes ces dernières années. Il convient aujourd'hui de prendre le temps d'une véritable évaluation de ce qui a été financé : DMP, TSN, télémédecine, etc. pour généraliser ce qui a fonctionné et analyser afin de capitaliser sur ce qui a échoué. Une répartition claire des rôles opérationnels entre les acteurs nationaux, régionaux et territoriaux devra être établie en favorisant et accompagnant les initiatives du terrain.

II. La plateforme numérique

Chacun aura pu entendre ici où la parler de plateforme. Les Géants Américains GAFAM (Google, Amazon, Facebook, Apple, Microsoft) et les géants du Web chinois : Baidu, Alibaba, Tencent et Xiaomi s'intéressent de près au business de la santé et du bien-être. Les investissements sont colossaux dans l'intelligence artificielle, la robotique, et les applications dites de bien-être. En effet, chacun a pu voir apparaître des applications dites « santé ou bien-être » en achetant un nouveau smartphone ou plus simplement en faisant une nouvelle mise à jour. Cette façon de collecter des données personnelles pose de nombreuses questions.

Cette « intrusion » dans la vie privée aurait au moins pu être explicitée. Tout comme celle qui consiste à collecter des données personnelles, qui seront revendues, retraitées, souvent à notre insu sur les réseaux sociaux.

Face à ces stratégies mondiales, aux moyens financiers colossaux, la FHF propose une véritable stratégie publique de plateforme numérique efficace et efficiente. Pour cela, elle formule un certain nombre de propositions qui intègrent deux faits récents majeurs :

- ✓ la Création des grandes Régions, qui donne une légitimité plus grande à cet échelon territorial pour conduire et piloter stratégiquement les politiques publiques,

- ✓ la création des GHT, qui donne à cet échelon territorial une véritable capacité à les mettre en œuvre notamment grâce aux outils numériques. Le territoire doit permettre à l'ensemble des acteurs de partager les informations nécessaires pour assurer une prise en charge efficiente et de qualité de l'ensemble de ses habitants.

C'est pourquoi la FHF propose que les pouvoirs publics :

a) offrent à chaque citoyen une plateforme de « santé numérique personnelle », déployée pourquoi pas dans le cadre de la mise en œuvre d'un guichet unique. Lancé en 2004, le DMP ne s'est pas imposé comme le dossier de coordination des professionnels de santé. Deux raisons principales peuvent être avancées : difficulté pour un seul outil à jouer simultanément les rôles de dossier médical personnel et de coordination des professionnels, difficulté à imposer un outil de coordination unique à l'échelle d'un Pays de 70 Millions d'habitants. Il conviendrait aujourd'hui de fusionner le DMP et AMELI, afin que chaque citoyen assuré social (quel que soit son régime) dispose de services numériques en santé. Cette fusion serait une première étape suivie de la création d'un identifiant de santé personnel de chaque citoyen auquel tous les Systèmes d'Information de santé pourront se raccrocher, dans un format au standard international. Ce service serait ensuite alimenté des éléments essentiels concernant la santé, qui auront été intégré par les professionnels de santé. En cas d'information nécessitant une annonce, celle-ci aura été faite préalablement à tout envoi dans cet espace numérique ; l'alimentation automatique et volumétrique d'éléments risquant de rendre l'exploitation du dossier par le patient et tout personnel qu'il autorisera compliquée. De plus, cet espace pourrait proposer des services de prévention, d'éducation à la santé, ou donner des informations sur les droits des patients. Les citoyens s'approprient réellement leurs « services numériques santé personnels » dès lors que seront proposés des services individualisés, et un lien contextuel vers les plateformes territoriales de santé populationnelle.

b) assurent le financement de plateformes territoriales de « santé populationnelle » construites par les professionnels de santé et médico-sociaux publics, privés, libéraux, ... pour partager, échanger, se coordonner, suivre, anticiper, s'informer, se former, etc. Ces plateformes, pour être efficaces doivent être déployées rapidement, à un échelon territorial qui permette un réel travail en commun des acteurs. Ceux-ci doivent se connaître, connaître les services disponibles (sanitaire, médico-social et social) et avoir une réelle volonté d'implémenter des services numériques partagés par tous. L'échelon territorial paraît le plus pertinent pour travailler la responsabilité populationnelle et les organisations à mettre en œuvre. Cinq étapes sont nécessaires à la bonne réalisation d'un projet de ce type :

- intégrer les données : interfacier chaque logiciel de chaque acteur à la plateforme implique d'une part qu'ils ne soient pas trop nombreux et d'autre part que le travail de convergence des SI hospitaliers soit bien engagé
- agréger les données : attacher chaque donnée à un patient, la stocker, la hiérarchiser, la croiser avec les autres disponibles en utilisant des dictionnaires et enfin pouvoir lui donner un sens pour qu'elle devienne une information exploitable par l'équipe en charge de la gestion de cas.
- notifier/alerter : afin que des actions concrètes puissent être engagées

- analyser : utiliser les données pour déceler les écarts aux bonnes pratiques, patient par patient en utilisant les modèles adéquats de façon automatisée
 - coordonner le parcours de soins par des gestionnaires de cas
 - offrir des services au patient (objet connecté, télésuivi, lien facilité avec IDEC, etc)
- c) permettent la constitution de plateforme de « parcours recherche du patient »** agrégeant les données disponibles (ATIH, Assurance maladie, données sociales, établissements de santé et médico-sociaux, données environnementales (génomique, exposome) etc.). La constitution d'entrepôts de données en santé interrégionaux (voir internationaux) devra permettre de libérer la recherche, notamment en termes d'Intelligences Artificielles au bénéfice de la santé et du bien-être. Des données bien saisies sur des SI performants, des cohortes de patients bien organisées et des bio-collections/bio-marqueurs suffisants sont les trois clefs du parcours patient recherche. Pour y parvenir, l'hôpital devra continuer son ouverture, après le secteur médico-social, la ville, les sciences sociales... l'enjeu est de s'ouvrir aux mathématiques, aux ingénieurs, nouer des partenariats innovants avec des industriels. Des équipes interdisciplinaires de recherche associant CHU, universités, grandes écoles, centres de recherches, mathématiciens, ingénieurs, industriels travaillant sur des projets communs d'Intelligences Artificielles est un défi majeur pour la santé publique et pour toute la société.
- d) permettent la constitution de plateformes de formations** initiales et continues pour les métiers du soin. Le développement de MOOC (Massive Open Online Course ou Cours en ligne ouvert à tous) validés par les universités peut permettre une appropriation plus rapide des nouvelles pratiques dans un cadre sécurisant. Avec plus de 230 000 étudiants en formation, la plateforme numérique SIDES (Systèmes Informatique Distribué d'Evaluation en Santé) de l'UNESS (Université Numérique En Santé et Sport) est un exemple de mutualisation nationale à développer. Des programmes disponibles en accès privés ou publics, permettraient d'accompagner la transformation du système de santé par une formation des professionnels aux dernières techniques/organisations. Par ailleurs, les facultés de santé Françaises pourraient rayonner et engager des programmes Francophones internationaux.
- e) portent la création de plateformes de simulation interrégionales.** Celles-ci doivent permettre aux équipes de simuler ensemble une nouvelle pratique sur des mannequins, avec des robots, en utilisant une IA, ... Ces plateformes seront aussi utilisées à des fins de formations initiales ou continues des professionnels.
- f) encouragent les usages de la télémédecine sur des plateformes régionales** à destination des professionnels. La FHF s'est engagée fortement en faveur du développement de la télémédecine ces dernières années, notamment dans sa campagne #déverouillonslatélémédecine. Des avancées significatives ont eu lieu, mais il reste du chemin à parcourir :
- d'un point de vue juridique, le décret d'octobre 2010 devrait évoluer après une phase d'évaluation des expériences de télémédecine et afin notamment de donner de la souplesse

- les usages sont bien développés notamment en urgence neurologique, en dermatologie, en radiologie et continuent à croître dans de nouvelles disciplines. Les demandes sont multiples, notamment en psychiatrie où professionnels et usagers y souhaitent un développement urgent et principalement en gérontopsychiatrie. Les EHPAD y voient une opportunité d'accéder à des ressources médicales hospitalières ou de ville pour des résidents qui ont parfois du mal à se déplacer. Elles y voient par ailleurs une véritable opportunité d'aménagement du territoire en milieu très rural en s'ouvrant sur l'extérieur pour faire bénéficier du point d'accès de télémédecine aux habitants des villages et de fait contribuer à y maintenir la pharmacie, la vie... Il faut accélérer ce mouvement de fluidification du parcours patient et accompagner les établissements qui transforment leurs organisations pour l'intégrer.
- les premières expériences montrent des effets positifs sur les métiers, notamment un effet d'apprentissage des professionnels des sites requérant au contact des professionnels experts des sites requis. Il y a aussi des effets négatifs avec une facilité à demander des avis même quand ceux-ci ne seraient pas toujours requis. Il faut donc intégrer la télémédecine aux travaux sur la pertinence, comme toute autre discipline médicale.
- une réflexion sur l'évolution des métiers des opérateurs de télémédecine doit s'engager et notamment sur l'intégration d'Infirmière en Pratiques Avancées.
- les patients sont allés plus vite que les institutions dans l'usage des objets connectés. Les plateformes régionales de télémédecine doivent intégrer les objets connectés, notamment pour développer le télé-suivi dans le cadre de pathologies chroniques.
- si la définition du prix de l'acte de télémédecine en médecine de ville est considérée, par l'assurance maladie, comme le facteur déclenchant de la généralisation de la télémédecine, l'hôpital ne doit pas être oublié. Ces derniers sont déjà de fait impliqués, les CHU étant souvent moteurs dans un certain nombre d'expérimentations. Il apparaît important de prévoir des modalités financières plus incitatives pour tenir compte des spécificités de certaines filières médicales (ex : télé-imagerie), soutenir celles qui sont sous DAF (ex : psychiatrie) ou valoriser des éléments particuliers d'organisation (mobilisation de temps paramédical, organisations dans le domaine du vieillissement et du handicap). Au regard du rôle joué par les établissements de santé en matière de télémédecine, il conviendrait d'associer la FHF aux négociations conventionnelles. Enfin, les Fédérations auraient également toute légitimité à participer à la levée des freins à l'usage par notamment la simplification administrative. En effet, avec ce nouveau modèle économique, il serait souhaitable de simplifier les démarches d'autorisations en les dématérialisant.

III. La Convergence territoriale

L'implémentation de plateformes territoriales de santé populationnelle (cf : supra), nécessitera l'interopérabilité des Systèmes d'Information présents sur le territoire pour devenir le véritable point de convergence territorial. Moins les systèmes seront nombreux, plus cette implémentation sera aisée. C'est pourquoi il y a nécessité de prolonger le mouvement de convergence engagé dans la loi pour la modernisation du système de santé.

Les DSI de territoires devront en effet engager trois grands chantiers de convergence :

- ✓ Sur le champ MCO : par domaine d'application
- ✓ Sur le champ psychiatrique : avec les partenaires privilégiés, soit établissement support, soit avec la Communauté Psychiatrique de Territoire (dont secteur médico-social Personnes Handicapées)
- ✓ Sur le champ médico-social : faire converger les applications des EHPAD qui souhaitent se raccrocher à la DSI du GHT. Les EHPAD ne disposent pas aujourd'hui des moyens humains et financiers pour porter de tels projets. Pourtant les résidents qu'elles hébergent sont souvent ceux qui nécessitent le plus de soins et donc auraient un besoin de coordination important... Résoudre ce paradoxe permettrait d'une part de mieux prendre en soins nos aînés pour les rendre plus autonomes, et d'autre part d'alléger le travail des équipes qui s'en occupent.

Ces chantiers devront intégrer prioritairement les nombreuses obligations réglementaires (Hébergement Données de Santé, archivage à valeur probante, directive Européenne Network Information Security, etc...), ainsi que la généralisation des outils permettant de créer du lien entre les professionnels en favorisant les échanges et la coordination (MSS, DMP, Dossier Pharmaceutique, outils de coordination, outils de réseaux sociaux, etc.). Par ailleurs des services complémentaires devront être implémentés tels que la dématérialisation des documents et des échanges dans tous les domaines (médical, administratif, financier,...) ou bien encore des services à la médecine de ville. L'ouverture des projets aux technologies nouvelles (IA, objets connectés, robotique, blockchain, open access, santé mobile, logiciels libres, etc) ne sera pas négligée.

Pour mener à bien ces projets numériques de transformation du système de santé, il y a nécessité d'avoir une réflexion globale permettant un renforcement des maitrises d'ouvrages. Les difficultés de recrutement d'agents qualifiés rendent la mission des DSI délicate et compliquée. Un travail sur la formation, sur le statut et sur le salaire des métiers en lien avec le Système d'Information paraît incontournable.

Le développement des Systèmes d'Information, la multiplication des échanges, l'ouverture sur l'extérieur, augmentent la visibilité et donc les risques associés. La sécurité des Systèmes d'Information doit aujourd'hui être intégrée dès l'origine des projets. La nomination d'un Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information par territoire, travaillant en réseau et en lien étroit avec le GRADeS et l'Asip Santé est aujourd'hui incontournable. L'application de la PGSSI-S (Politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé) et son évolution régulière devront faire l'objet de tests réguliers pour assurer un niveau de sécurité attendu.

La FHF accompagne la mise en œuvre du Règlement Général pour le Protection des Données qui

entre en application le 25 mai prochain. Chaque GHT désignera un Data Protection Officer (Directeur de la Protection des Données) qui aura en charge la protection des données comme exigé par le règlement. Cette nouvelle fonction pourra évoluer au cours de la période pour :

- ✓ Assurer la protection des données de la plateforme territoriale de santé populationnelle
- ✓ Garantir la qualité des données
- ✓ Permettre la valorisation des données (recherche, IA, ...)

IV. Soutenir financièrement les territoires

Des plans de financements devront accompagner la mise en œuvre de ces projets :

- ✓ Le programme e-parcours devra permettre aux ARS de sélectionner les projets d'appui à la coordination, après qu'elles aient défini une stratégie régionale de services numériques.
- ✓ Doté de 420 M€ pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés Hop'en prendra le relai d'Hôpital Numérique sur le champ sanitaire.
- ✓ La FHF demande qu'un plan de financement spécifique soit créé pour le secteur médico-social et ainsi conduire une convergence rapide et totalement financée.

Néanmoins, il convient de cibler des crédits spécifiques pour permettre au RSSI et au DPO de territoire, d'exister et de pouvoir exercer ses fonctions dans de bonnes conditions. Ces deux fonctions obligatoires servent à tous et sont garantes de la sécurité et de la protection des systèmes et des données ; c'est une condition sine qua non de la confiance des acteurs et par voie de conséquence, de leur engagement.

V. Soutenir méthodologiquement les territoires

Une gouvernance du numérique associant l'ensemble des acteurs et de leurs fédérations doit véritablement se mettre en œuvre. Une mission auprès de Madame la Ministre doit en être la garante.

Des actions concrètes doivent être engagées, pour accompagner les GHT dans leur transformation digitale :

- ✓ Avec une simplification des procédures afin que le travail administratif ne prenne pas le pas sur le déploiement de services à valeur ajoutée.
- ✓ Avec les centrales d'achat pour détecter et proposer des solutions ou services innovants ou mûres avec des procédures achats facilitées et reproductibles
- ✓ Avec l'ASIP Santé qui serait l'agence technique en charge : de la veille juridique et technologique, de l'accompagnement des structures via des guides de bonnes pratiques et en présentiel, de définir les normes à utiliser notamment en terme d'interopérabilité, d'assurer le lien avec les Responsables Sécurité des Systèmes d'Information en terme de cybersécurité, etc.
- ✓ Avec l'ANAP sur les analyses de pratiques nouvelles et leur retour

VI. Primum non nocere 2.0

Toutes les études le démontrent qu'aujourd'hui les citoyens ont toute confiance dans leur médecin, leur professionnel de santé et leur hôpital. Si les professionnels ont le moindre doute quant à un risque de nuire à leur patient, alors la machine grippera. Aucun déploiement numérique de transformation du système de santé ne pourra se faire si cette confiance s'érode. Aucune prise en charge ne sera possible sans l'accord éclairé du patient.

Les hôpitaux publics sont attentifs à la sécurité des personnes, de leurs informations et au-delà, aux questions éthiques. Les données des patients devront bien sûr être sécurisées, protégées, qualifiées, parfois anonymisées afin de concilier deux impératifs concernant les données individuelles : qu'elles deviennent un bien commun sans porter de préjudice individuel.

Naturellement, de nombreuses questions se posent : les données seront-elles bien protégées ? Y'a-t-il un risque d'impact sur le niveau de cotisation de l'assurance complémentaire ? Qui aura accès aux données de mon patient ? Comment garantir que seuls les professionnels en charge du patient auront accès à ses données ? Ou bien encore : comment sécuriser les informations patient pour ne pas lui nuire, mais comment les partager pour qu'elles fassent cohortes à des fins d'études utiles à tous ?

Les questions éthiques soulevées sont nombreuses et doivent être traitées parallèlement au déploiement.

Remarque liminaire et rappel du contexte du financement hospitalier

Il est essentiel que le chantier financement et rémunération du plan de transformation du système de santé englobe une réflexion d'évolution du mode de financement et de rémunération de l'ensemble des acteurs de santé participant à la prise en charge des épisodes et des parcours de soins. Il ne peut et ne doit pas se réduire à une réforme du financement hospitalier et notamment des hôpitaux publics.

Plusieurs problématiques se posent actuellement :

- ✓ Le niveau de l'ONDAM, dont le taux d'évolution a fortement baissé ces dernières années, atteint aujourd'hui ses limites, sans restructurations et recomposition de l'offre de soins. La question fondamentale est la suivante : quels objectifs pour quel niveau de financement ?
- ✓ La régulation de l'ONDAM est assurée à travers des objectifs d'économie basés sur l'enveloppe à respecter, plus que sur des évaluations objectivées et réalistes, et repose sur des prévisions d'activité en volume surestimées
- ✓ La régulation pèse depuis plusieurs années sur le seul secteur hospitalier. Or, il convient que tous les secteurs participent à la régulation de l'ONDAM et au respect des enveloppes. Par ailleurs, l'hôpital a un poids économique dans le tissu local prépondérant (1€ dépensé à l'hôpital, c'est 2 € d'impact dans l'économie : emplois, achats...) dont il faut tenir compte dans la régulation de la dépense publique.
- ✓ Le souhait de stabiliser la dette des hôpitaux publics s'est traduite par une limitation du financement des investissements, amplifiée par la dégradation de la capacité d'autofinancement et de la marge brute des établissements depuis plusieurs années. Le financement des opérations majeures n'est pas assuré par les tarifs séjours qui n'ont pas été calibrés pour inclure ces investissements. Les plans courants d'investissement sont normalement inclus dans les tarifs mais la baisse continue de ces derniers depuis plusieurs années ne permet plus de garantir leur financement. On peut également noter des difficultés voire des impasses de financement en matière de recherche clinique et d'innovation, qu'elle soit biologique, pharmaceutique, technologique ou organisationnelle.

En ce qui concerne les EPS, il est également fondamental de rappeler que la tarification à l'activité ne concerne déjà pas la totalité de leurs recettes actuelles, loin s'en faut. En effet, les recettes de T2A (séjours, ACE, MON, DMI de la LES) ne représentent que 63% des recettes assurance maladie des établissements, recettes AM qui constituent la grande majorité de leurs recettes totales. Si on prend la totalité des recettes des établissements (assurance maladie, patients-mutuelles, autres), les recettes liées à l'activité (T2A, TM, FJ...) en représentent 55%. En effet, de nombreuses activités de service public et d'intérêt général sont financées sous forme de dotations et de forfaits, certes modulés à l'activité en fonction d'unités d'œuvre (nombre et poids de publications scientifiques par ex) ou calibrés en fonction de seuils d'activité, mais notifiés sous forme de dotations déterminées pour l'année, indépendamment de l'évolution infra-annuelle de l'activité. Ces financements peuvent également constituer un financement socle auquel vient se rajouter la tarification à l'activité, celles-ci étant considérée comme ne couvrant pas suffisamment

les charges fixes et les surcoûts liés à ces activités ou à ces prises en charges (urgences, permanence des soins, consultations lourdes...).

Un financement mixte au forfait/dotation et à la T2A est donc déjà en place à l'hôpital public.

Des principes forts à affirmer et à rappeler :

- Un mode de financement **équitable** pour les différents acteurs de santé qui doivent partager non seulement les mêmes objectifs de qualité, de pertinence, d'efficacité mais aussi les mêmes contraintes d'efforts collectifs pour respecter l'enveloppe de l'assurance maladie. Un système de financement qui ferait peser l'essentiel des efforts sur certains acteurs seraient ressenti comme injuste et pénaliserait l'action collective.
- Un système de financement **incitatif** afin de respecter les objectifs partagés et les contraintes communes. Le mode de financement ne peut être une fin en soi mais doit accompagner l'organisation des prises en charge, les objectifs de qualité et de pertinence des soins, la politique de prévention et la coordination entre les acteurs. Cette incitation peut passer par un intéressement positif ou négatif et par un reversement significatif d'une partie des économies générées par les acteurs.

Pour que ces financements collectifs et forfaitaires au parcours ou à l'épisode soient performants, chaque acteur doit avoir un intérêt à agir et doit être rendu solidaire des autres par des objectifs communs et un intéressement lié à ces objectifs communs.

Pour une même pathologie ou pour une même activité (SSR par ex), les règles du jeu doivent être les mêmes quels que soient les secteurs ou tout au moins, un socle commun doit être défini, tout en préservant les spécificités de chacun et notamment le financement des missions de service public et d'intérêt général (MIGAC, financement de la prise en charge des situations de crises...). L'hôpital public pallie en effet souvent les défaillances des autres acteurs (permanence des soins, urgences...). Ces spécificités de service public et d'accueil de populations spécifiques et d'activité de recours doivent faire l'objet d'un financement adéquat (consultation longue, télé-médecine, RCP...).

Une équité de financement doit également être garantie dans le domaine des actes et consultations externes. Or, les établissements publics de santé ne peuvent aujourd'hui émarger à toutes les majorations et suppléments auxquels ont droit les médecins libéraux alors que leurs charges de structure, liées notamment au plateau technique, sont plus élevées. Les représentants hospitaliers doivent donc être associés aux négociations conventionnelles dans ce domaine, à l'inscription des actes et à leur tarification.

Des points de vigilance à surveiller :

- éviter à tout prix une dichotomie de financement entre des activités simples et programmées (activités chirurgicales, accouchements simples...) financées à l'acte ou à l'activité et des activités complexes et polyvalentes (séjours longs de médecine) qui seraient financées au forfait. Cela favoriserait les cliniques privées dont l'activité est centrée sur les premières et pénaliserait le secteur public qui prend en charge la majorité des secondes et est déjà fortement financé au forfait (à environ 40%). Une telle dichotomie ne constituerait pas un mode de répartition et de financement équitable aux yeux des acteurs qui souhaitent une application des mêmes objectifs (qualité, pertinence, prévention) et un socle commun en matière de règles de financement, même si les spécificités de chacun doivent être préservées et reconnues.
- Garantir le financement des opérations courantes et des opérations majeures d'investissements et sanctuariser celui de la recherche clinique et de l'innovation

Trois idées force :

- **Maintenir le financement à l'activité complété d'un financement plus forfaitaire à l'épisode de soins, au parcours de soins et au parcours de santé ;**
- **Mixer ces nouveaux modes de financement à l'épisode et au parcours avec des mécanismes incitatifs de financement à la qualité et à la pertinence ;**
- **Garantir voire sanctuariser les financements de l'investissement, de la recherche et de l'innovation.**

I. Maintenir le financement à l'activité mais modulée par un financement plus forfaitaire à l'épisode de soins, au parcours de soins et au parcours de santé

Financement à l'épisode

L'hôpital, à travers la T2A, est déjà dans un financement orienté à l'épisode de soins, en tout cas en ce qui concerne l'hospitalisation, le séjour pouvant être en soi considéré comme un épisode de soins. Toutefois, l'épisode de soins recouvre plutôt une notion élargie, au-delà du seul séjour hospitalier, à l'avant et à l'après séjour hospitalier. Ainsi, l'assurance maladie souhaite expérimenter, dans les hauts de France, un financement à l'épisode de soins relatif à la prise en charge des PTH/PTG, comprenant la préparation à la RAAC, l'intervention chirurgicale et la prise en charge post-hospitalisation (rééducation, kinésithérapie...). Cette expérimentation est inspiré d'un modèle suédois de prise en charge de l'épisode de soins des arthroplasties de la hanche et du genou.

Financement au parcours

La tarification au parcours de soins semble aller encore plus loin, être plus novateur et plus structurant, en ce sens qu'il permet le financement d'une prise en charge complète de patient/de pathologie, indépendamment de l'institution ou du PS qui intervient dans ce parcours. Il convient toutefois d'être vigilant, le système de santé étant construit en silo avec des intervenants de statut différents, autonomes juridiquement et budgétairement, ayant chacun des financements et des modes de financements spécifiques, le risque est de monter un système extrêmement complexe.

La question de la **coordination du parcours et de la redistribution du financement** au parcours à chaque intervenant ayant participé à la prise en charge dans le parcours va également se poser. Les acteurs de santé intervenant dans le parcours ne semblent pas les mieux placés pour assurer cette redistribution du financement, y compris l'hôpital qui ne sera d'ailleurs pas forcément l'intervenant principal dans la prise en charge du patient selon la pathologie. L'assurance maladie pourrait assurer cette ventilation car n'intervenant pas directement dans la prise en charge du dispositif sans pour autant assurer la coordination du parcours ni le contrôle de la pertinence et de la qualité.

Du parcours de soins au parcours de santé incluant la prévention

Les parcours de soins peuvent être élargis, pour une pathologie *chronique* donnée, au parcours de santé incluant la prévention. Ainsi on peut identifier 4 catégories de population :

- Les populations à risque mais non malades, cibles des mesures de prévention qui vont au-delà du sanitaire (activité sportive, coaching nutritionnel...);
- Les populations malades avec un parcours simple ;
- Les populations malades au profil plus lourd et au parcours plus complexe ;

- Les populations en phase aiguë et prise en charge en urgence à réduire voire éviter grâce aux parcours efficaces des 2 précédents niveaux

L'idée est de partir des besoins (dans le champ sanitaire mais pas seulement) de la population et des patients et d'avoir pour cible une des organisations les plus performantes (établissement, système de soins, territoire...) ou un objectif cible à dire d'expert.

La FHF va ainsi porter ainsi un projet d'expérimentation nationale centré sur la responsabilité populationnelle, qui intègre, pour une pathologie donnée, non seulement les populations malades, mais également les personnes non malades mais fragiles à risque. Cette expérimentation, qui serait déclinée au sein de 5 territoires volontaires, intégrerait un volet financement.

Cibler les financements à l'épisode et au parcours

Le financement au parcours ne peut pas s'appliquer à tous les profils de patients et de prise en charge. Il convient certainement de sérier les profils de recours aux soins, et de limiter, dans un premier temps, les pathologies concernées :

- les patients souffrant de pathologies chroniques nécessitant des prises en charge au long cours, des interventions récurrentes et le recours à de multiples acteurs de santé. Le financement au parcours de soins, voire au parcours de santé pourrait être adapté à ce type de prise en charge.
- les patients ayant recours de façon épisodique au système de santé pour une pathologie ou une intervention ciblée. Le financement à l'épisode de soins semble alors plus correspondre, même si cet épisode de soins peut être étendu (avant/pendant/après l'hospitalisation). Ex : le financement d'une intervention chirurgicale peut être étendu à la consultation pré-opératoire, la CPA, les analyses biologiques et les examens, le suivi post-op, la rééducation...
- Les patients les plus fragiles, les plus âgés, polypathologiques. Un financement au parcours de soins complexes, éventuellement revalorisé par rapport au parcours simple peut être envisagé.

Au total, les financements à l'épisode vont surtout concerner des interventions réglées (PTH, PTG, épaule, main...) ou des prises en charges protocolées (accouchements). Les financements au parcours vont concerner plutôt des prises en charges de pathologies chroniques, au long cours (diabète, insuffisance cardiaque, cancer...).

II. Mixer ces nouveaux modes de financement à l'épisode et au parcours et des mécanismes incitatifs de financement à la qualité et à la pertinence

Lier financement à l'épisode/parcours et incitation qualité/pertinence/prévention

Il est indispensable de lier financement au parcours /à l'épisode d'un côté et financement à la qualité, voire à la pertinence de l'autre et de ne pas les dissocier.

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

Par exemple, un financement à l'épisode de soins incluant les complications (sous forme d'un forfait « reprises et complications) a pu, toujours dans l'exemple suédois, diminuer les taux de complication. L'assurance maladie, dans une étude inspirée de l'expérience suédoise, souhaite

également aller plus loin avec la mise en place une redistribution d'une partie des économies liées à la baisse des complications afin d'intéresser les établissements les plus performants.

Il semble cependant pertinent de prévoir des garde-fous. Ainsi, il convient que l'intéressement soit corrélé, non pas à la proportion de reprises et complications prises en charge mais générées, afin d'éviter le renvoi des reprises et complications à d'autres structures, notamment publiques de recours afin de bénéficier du forfait (versé pour tout patient pris en charge initialement, en fonction de l'âge et du risque) sans avoir à subir les coûts liés à la prise en charge des reprises et complications. On pourrait alors envisager un reversement de l'intéressement aux établissements ayant généré peu de complications, voire de mettre en place un système d'intéressement négatif (pour les établissements ayant transféré des complications et ayant induit perçu des forfaits de complications) et positif (pour ceux ayant pris en charge ces reprises et complications). Des exemples américains, anglais et belges d'intéressement collectif sur la base d'objectifs ont aussi été expérimentés (ACO).

Renforcer et faire évoluer les indicateurs actuels

Le financement incitatif à la qualité est aujourd'hui trop marginal et trop centré sur des indicateurs de moyens, facilement manipulables, pour être réellement un levier d'incitation. Il convient donc de développer des indicateurs de résultats, dans un premier temps sur la base des données disponibles dans le PMSI/SNIRAM, puis dans un 2^{ème} temps, sur la base d'éventuels nouveaux indicateurs. La mesure de la qualité doit être développée dans trois champs : l'expérience vécue et la satisfaction des patients ; l'expérience des soignants et leur appréciation de la qualité des soins qu'ils délivrent (mesurées annuellement dans tous les hôpitaux britanniques depuis 2003) ; les résultats cliniques (mortalité, réadmissions, complications, infections nosocomiales, amélioration de la qualité de vie à l'issue d'un épisode de soins...)

Le financement à la qualité semble plus facile à mettre en œuvre que le financement à la pertinence, même si, dans l'exemple des prothèses, on peut imaginer que les acteurs aient non seulement intérêt à réduire le nombre de complications et de reprise mais également à réfléchir à la pertinence des indications afin d'éviter d'avoir à gérer des reprises ou des complications pour des indications peu ou non justifiées.

Réduire les actes inutiles mais ne pas oublier les problématiques d'accès aux soins

A noter que le sujet de la pertinence recouvre non seulement les actes inutiles qu'il convient de réduire mais également les problématiques d'accès aux soins, qu'il convient de traiter et de résoudre. Les actes inutiles doivent être réduits mais tous les patients, actuellement non pris en charge pour diverses raisons, doivent avoir accès aux soins.

III. Garantir voire sanctuariser les financements de l'investissement, de la recherche et de l'innovation

Ces financements doivent évoluer de façon à suivre l'évolution des besoins et des coûts.

Le financement de l'innovation, qu'elle soit biologique (RIHN, LC), pharmaceutique (LES, ATU et post-ATU par ponction sur les tarifs), clinique ou technologique doit bénéficier d'enveloppes fléchées, sanctuarisées au sein de l'ONDAM, afin de pouvoir accompagner réellement le développement de ces activités.

Le financement des missions de recherche et d'enseignement doit également être préservé. Or, nous ne constatons aucune évolution de l'enveloppe depuis des années de cette enveloppe fermée sur laquelle émergent de plus en plus d'établissement. Un gel définitif en 2015 n'a de plus jamais été restitué aux établissements. *Une sanctuarisation au sein de l'ONDAM semble indispensable, voire un transfert de financement de l'assurance maladie vers un financement sur crédits d'Etat.*

En matière de financement de l'investissement, il convient de privilégier les subventions en investissement plutôt que couvrir partiellement l'impact de l'endettement. Par ailleurs, les hôpitaux semblent avoir atteint les limites de leurs marges de manœuvre en interne. Les marges d'économies doivent être recherchées aujourd'hui à l'échelle des territoires, voire des régions.

Lier la question des investissements et de leur financement et recompositions territoriales

La question des investissements doit être abordée à travers les territoires et la recomposition d'une offre graduée de soins. Cette recomposition de l'offre de soins impliquera des besoins d'investissements générant des besoins de financement mais générant aussi des économies liées aux restructurations des activités. La FHF a, dans sa plate-forme de proposition, proposé la mise en place de fonds régionaux d'investissement avec une instruction et un arbitrage des projets d'investissement au niveau régional. Le suivi et l'évaluation des projets pourrait rester au niveau national, sur la base de critères communs et homogènes. La question de l'amorçage initial et de la dotation initiale de ces fonds d'investissement se pose, sachant que, par la suite, ils pourraient être alimentés par le reversement d'une partie significative des économies générées par les restructurations des activités et la recomposition de l'offre de soins.

CONCLUSION

Il nous semble important, afin d'expérimenter les différentes pistes de modulation possibles de la T2A, d'utiliser les possibilités ouvertes par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale. La FHF propose donc d'expérimenter :

- Au moins une organisation et un financement à l'épisode de soins, mixé avec un mécanisme d'intéressement à la qualité, voire à la pertinence, appliqués à des interventions réglées (PTH, PTG, épaule, main...) ou des prises en charges protocolées (accouchements).
- Au moins une organisation et un financement au parcours, mixé avec un mécanisme d'intéressement à la qualité, voire à la pertinence, appliqués à des prises en charges de pathologies chroniques, au long cours (diabète, insuffisance cardiaque, cancer...)
- Au moins une modulation par capitation/forfait, à étendre au secteur hospitalier privé et à la médecine de ville, le secteur hospitalier public étant déjà largement concerné par ces modes de financement.
- Un mode d'organisation et de financement au parcours de santé basé sur la responsabilité populationnelle. La FHF va ainsi présenter un projet d'expérimentation au niveau national, centrée sur la responsabilité populationnelle et déclinée, autour d'une ou deux pathologies, dans 5 territoires volontaires.



**1BIS, RUE CABANIS
75014 PARIS**

www.fhf.fr