

AGIR MAINTENANT

BÂTIR LA SANTÉ DE DEMAIN

CENTENAIRE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
UN LIVRE BLANC POUR DESSINER L'AVENIR



Mai 2024



AGIR MAINTENANT BÂTIR LA SANTÉ DE DEMAIN

CENTENAIRE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
UN LIVRE BLANC POUR DESSINER L'AVENIR



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
1 BIS, RUE CABANIS, 75014 PARIS

La santé de demain doit s'inventer aujourd'hui

Deux options s'offrent aux organisations qui passent le cap du centenaire : décliner ou se renouveler. Le choix de notre Fédération est clair : nous tourner vers l'avenir pour bâtir la santé de demain.

Tout au long de son siècle d'existence, la Fédération hospitalière de France a su défendre avec ferveur une vision exigeante de notre système de santé. À la fois porte-voix des établissements publics et force de propositions, elle a été de tous les combats.



Zaynab RIET

Déléguée générale de la
Fédération hospitalière de France

Arnaud ROBINET

Président de la Fédération
hospitalière de France

Un centenaire pour l'avenir

Cette histoire nous engage et nous oblige vis-à-vis de l'avenir de notre système de santé. Nous connaissons ses forces, ses fiertés mais aussi ses nombreuses fragilités. C'est tout l'enjeu des travaux que nous avons conduits ces derniers mois avec plus d'une centaine de personnalités de la communauté hospitalière et hospitalo-universitaire – médecins, soignants, directeurs, représentants d'usagers, élus – et en lien étroit avec l'ensemble des acteurs du système de santé à savoir organisations publiques, associations d'élus, ordres professionnels, associations de patients et organisations syndicales. Que tous en soient chaleureusement remerciés.

Le livre blanc que nous présentons aujourd'hui est le fruit de cette réflexion de fond. Il s'agit d'un travail de constat d'abord, pour objectiver les voies de transformation pertinente de notre système de santé ; et d'un travail de conviction ensuite, pour que l'horizon que nous dessinons devienne la réalité du système de santé de demain.

Notre démarche répond à une évidence : le système de santé n'est pas suffisamment armé pour les défis qui l'attendent. Longtemps érigé en modèle, il s'est affaibli pendant des années faute de réformes systémiques et sous l'effet de politiques redoutablement comptables.

La prise de conscience consécutive à la pandémie de COVID-19 a permis d'enrayer cette dynamique pour lancer une reconstruction de notre système de santé – que ce soit avec le Ségur, le déploiement des services d'accès aux soins, la suppression du numerus clausus, ou encore l'évolution des compétences des professionnels non médicaux et des organisations territoriales. Il est désormais temps d'accélérer et de faire entrer ce processus de reconstruction dans une nouvelle dimension.

Trancher le nœud gordien

L'urgence est là, comme en atteste le grand baromètre de l'accès aux soins que nous avons présenté en mars dernier en partenariat avec France Info. Si l'activité progresse à l'hôpital, un sous-recours aux soins demeure en 2023 dans plusieurs disciplines essentielles de médecine ou de chirurgie lourde, quels que soient les acteurs, publics ou privés.

En parallèle, la situation budgétaire des CHU, CH et des établissements médico-sociaux publics n'a jamais été aussi dégradée. En 2023, la grande majorité des hôpitaux publics subissait un déficit inédit de 1,5 milliard d'euros. La situation est la même pour le secteur médico-social dont 85 % des EHPAD publics sont aussi en situation de déficit, à des niveaux absolument considérables et jamais vus jusqu'ici. Cette situation dégrade massivement la capacité à investir des établissements publics, c'est-à-dire, au fond, leur capacité à préparer l'avenir. Le statu quo serait le choix du pire.

Alors que la « dette de santé publique », qui demeure après quatre années de pandémie de COVID-19, et que le vieillissement de la population, associé à une explosion des pathologies chroniques, vont, dans les prochaines années, accroître encore la demande de soins et de solutions d'accompagnement, il n'a jamais été aussi urgent d'anticiper. En 2040, la population de notre pays comprendra 2,5 millions de personnes de plus de 80 ans, soit une augmentation de 60 % par rapport à aujourd'hui. Si nous ne changeons pas de philosophie et de modèle de santé, si nous ne nous dotons pas d'outils adaptés, la pression sur notre système de santé augmentera encore, et avec elle les dépenses de santé. Et cela alors même que les financements publics s'annoncent durablement contraints.

Des choix difficiles nous attendent. Ils sont inévitables, et le nœud gordien devra être tranché. Il faut donc agir avec détermination, prendre le risque d'innover. Non pas pour reconstruire un système de santé adapté aux problématiques d'aujourd'hui, mais bien pour en inventer un nouveau, un bouclier sanitaire capable de surmonter les défis des décennies à venir.

Les grandes orientations à suivre sont connues : la prévention doit devenir notre priorité absolue ; la sobriété doit s'imposer, tant sur le plan écologique que financier ; la responsabilité collective des acteurs de santé doit être déclinée résolument ; les métiers et compétences doivent valoriser le sens de l'engagement, la prévention et l'innovation. Le tout suivant une logique de planification et une volonté d'investissement permettant ainsi de répondre aux transformations qui s'annoncent tant sur la santé que sur le grand âge.

Le temps des réflexions doit être mis derrière nous pour que s'engage, enfin, la transformation dont l'ensemble des acteurs du système de santé connaissent l'urgence.

Pour cela, nous pouvons compter sur des valeurs fortes, des valeurs qui animent les acteurs publics depuis toujours et résonnent avec celles qui fondent notre pacte républicain. L'égalité d'abord, qui doit demeurer le socle de notre modèle social et sanitaire et sur laquelle tant de progrès restent possibles, en matière de handicap ou de prise en charge des personnes en situation de précarité par exemple. L'excellence, aussi, la continuité et la qualité des soins, qui sont autant d'exigences portées par le service public. La santé de demain doit pouvoir faire vivre ces valeurs et redonner confiance à nos concitoyens. Pour que notre système de santé redevienne un étendard aux yeux du monde, un modèle qui fera notre fierté parce qu'il sera en mesure de répondre aux besoins de la population sans rien céder sur nos principes.

Le cap est fixé, reste à construire le chemin pour y arriver. Le présent livre blanc traduit ce que doit être sa philosophie et formule des priorités concrètes à cet effet. Plusieurs publications thématiques viendront ensuite l'enrichir tout au long de cette année.

Notre Fédération, fidèle à son passé, propose une voie précise et ambitieuse pour la réinvention de notre système de santé. Aux pouvoirs publics d'y répondre par des actes clairs, des décisions assumées et une détermination à agir sur la durée.

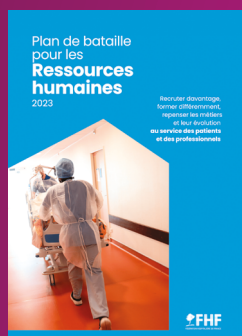
BÂTIR LA SANTÉ DE DEMAIN PUBLICATIONS THÉMATIQUES À L'OCCASION DU CENTENAIRE DE LA FHF

En parallèle du présent livre blanc, plusieurs priorités en matière de santé font l'objet de publications spécifiques.

Publications thématiques à venir en 2024 : prévention, ressources humaines, financements, pédopsychiatrie.



Société de la longévité
Janvier 2023



Ressources humaines
Février 2023



Transition écologique
Novembre 2023



Sport-Santé
Février 2024



Psychiatrie
Mars 2024

SOMMAIRE

1.

Sept chantiers prioritaires pour l'avenir du système de santé

Page 7



CHANTIER 1

La voie de la sobriété,
défi et opportunité

Page 10



CHANTIER 5

La recherche
et l'innovation,
moteurs de l'excellence

Page 34



CHANTIER 2

La responsabilité
partagée, un levier
d'efficacité

Page 18



CHANTIER 6

Investir dans
le Grand Âge,
une priorité absolue

Page 42



CHANTIER 3

La prévention,
fondement de l'avenir
des politiques de santé

Page 24



CHANTIER 7

Simplifier,
pour plus de souplesse
et d'efficacité

Page 46



CHANTIER 4

L'engagement, l'innovation
et le ré-enchantement de
l'environnement de travail,
clés de l'attractivité et de
l'évolution des métiers

Page 28

2.

Le service public, cœur d'une offre de santé d'excellence accessible à tous, graduée et ouverte à son territoire

Page 49

1.



Sept chantiers prioritaires pour l'avenir du système de santé

SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS POUR L'AVENIR DU SYSTÈME DE SANTÉ

1. LA VOIE DE LA SOBRIÉTÉ, DÉFI ET OPPORTUNITÉ



Accélérer le déploiement des mesures en faveur de la transformation écologique, en priorisant les opérations de rénovation ou d'efficacité énergétique par la création d'un fonds vert à destination des établissements publics de l'État, dont les CHU et CH, et en permettant aux ESMS publics d'émarger au fonds vert à destination des collectivités territoriales.



Faire de la **pertinence des actes et des parcours** de soins deux leviers concrets d'une évolution de l'offre de soins et des pratiques, au service du patient et d'une dépense de santé plus efficace.



Créer les outils médico-économiques susceptibles d'intéresser plus fortement les acteurs de santé au **déploiement de la prévention et des alternatives à l'hospitalisation complète**, ceci en intégrant pleinement les spécificités des CHU et CH, leurs contraintes et leurs missions de service public.



Améliorer l'efficacité du système de santé en mettant en cohérence, pour tous les acteurs, les tarifs des actes et des soins avec leurs coûts de production.

3. LA PRÉVENTION, FONDEMENT DE L'AVENIR DES POLITIQUES DE SANTÉ



Déployer une **campagne massive de communication** en faveur de la prévention et d'information sur les risques des produits addictifs.



Rendre obligatoire les labels et scores validés par les autorités sur tous les produits concernés pour maximiser l'information de l'utilisateur sur sa consommation ou ses pratiques.



Mieux valoriser l'engagement dans la prévention, par des rétributions symboliques et financières pour les usagers et les professionnels.



Ouvrir le remboursement d'actes à visée préventive et définir une nomenclature d'actes de préventions claires et précises.



Généraliser la signature des contrats locaux de santé incorporant un volet prévention.



Favoriser la structuration de **stratégies et de directions de la prévention et de la santé publique** au sein des GHT, des futurs GTSMS et des établissements.



Utiliser tous les contacts qu'ont les établissements de santé avec les usagers pour leur **proposer un bilan de prévention**.



2. LA RESPONSABILITÉ PARTAGÉE, UN LEVIER D'EFFICACITÉ



Soutenir fortement la **généralisation des modes d'exercice collectif et le renforcement de la coordination entre acteurs** respectivement de ville et de l'hôpital à l'échelle d'un territoire.



Déployer les projets territoriaux de santé dans chaque territoire, et apporter un soutien fort au déploiement de la démarche de responsabilité populationnelle.



Pour décliner la loi, inscrire chaque établissement et chaque professionnel dans un **schéma territorial de permanence de soins** sous l'égide des ARS.



Réaffirmer le rôle des ARS de régulateurs et d'organiseurs de l'offre de soins territoriale, en les engageant à soutenir partout les évolutions nécessaires de l'offre de soins tout en assurant la contribution de chaque acteur à la permanence des soins et à la réponse aux soins non programmés.



Instituer une unité de temps et de lieu dans les **discussions tarifaires entre hôpitaux et acteurs de ville**, et y associer les représentants des usagers.



Élaborer une **loi de programmation en santé**, centrée sur l'investissement, la recherche clinique et l'innovation.



Renouveler et approfondir le protocole de pluriannualité des ressources des établissements de santé sur une période de cinq ans, en y intégrant l'intégralité des vecteurs de financement et notamment les MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) et les MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation).



Afin de corriger les inégalités profondes dans la régulation de l'ONDAM entre ville et hôpital, tout en s'assurant de la maîtrise des dépenses publiques, **mettre en place une réserve prudentielle pluriannuelle commune à l'ensemble des acteurs de la santé**.



Reporter la date d'extinction de la dette sociale et l'aligner sur celle de la dette COVID de l'État afin de dégager des ressources.



4. L'ENGAGEMENT, L'INNOVATION ET LE RÉ-ENCHANTEMENT DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL, CLÉS DE L'ATTRACTIVITÉ ET DE L'ÉVOLUTION DES MÉTIERS

- Redonner du sens à l'engagement** de l'ensemble des professionnels de santé en les recentrant sur leur cœur de métier.
- Répondre à des besoins de santé différents par des **formations ouvertes et adaptées**.
- Anticiper et accompagner** les nécessaires montées en compétences et les reconversions professionnelles.
- Réenchanter les environnements de travail** hospitaliers, médico-sociaux et en santé.



6. INVESTIR DANS LE GRAND ÂGE, UNE PRIORITÉ ABSOLUE

- Prendre en compte et **corriger les différences de situations socio-fiscales** entre les ESMS de différents statuts.
- Élaborer au plus vite une **loi de programmation pour le grand âge**, apportant des réponses claires en matière de gouvernance et soutenue par la programmation de moyens adéquats pour répondre à la croissance certaine des besoins.
- Apporter des **réponses structurelles à la situation de crise financière inédite rencontrée par les ESMS publics** : faire évoluer le cadre de financement, sur la base des travaux menés autour du modèle économique des EHPAD, pour garantir la prise en compte de l'évolution des coûts, mais aussi de l'évolution du profil des personnes accompagnées.
- Garantir la pérennité des **financements de la branche autonomie consacrés à l'investissement** au-delà de 2024 par l'affectation d'une ressource durable.



5. LA RECHERCHE ET L'INNOVATION, MOTEURS DE L'EXCELLENCE

- Structurer la politique de recherche en santé**, du niveau national jusqu'au niveau établissement, mais également au niveau régional et territorial.
- Lever les obstacles et les lourdeurs** actuels et soutenir les dispositifs existants qui ont montré toute leur pertinence.
- Soutenir les coopérations territoriales de la recherche**, garantes de l'accès aux innovations thérapeutiques et diagnostiques sur les territoires.
- La santé publique et la prévention, une véritable priorité de la recherche** au niveau national et territorial qui doit être soutenue.
- Structurer partout le **management de l'innovation**.
- Développer une **culture et une méthode d'évaluation**.
- Sanctuariser et pérenniser le **financement de l'innovation**.



7. SIMPLIFIER, POUR PLUS DE SOUPLESSE ET D'EFFICACITÉ

- Assouplir l'application du code de la commande publique afin de **permettre une véritable négociation des prix aux établissements publics**, en matière de marchés de travaux en premier lieu.
- Rationaliser et **rendre plus efficace le circuit des dépenses et le recouvrement des créances**.
- Faire évoluer la répartition des prestations couvertes** entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladies complémentaires, et **simplifier les circuits** de facturation des établissements publics de santé en instaurant un guichet unique.



CHANTIER 1

La voie de la sobriété, défi et opportunité

Au terme du premier quart du XXI^e siècle, l'action publique est marquée par la nécessité d'intégrer durablement l'impératif de sobriété. Il s'agit à la fois de répondre pleinement à l'enjeu écologique et de prendre en compte l'effet ciseau observé entre la hausse tendancielle des dépenses et la contrainte croissante sur les finances publiques.



L'urgence à réduire notre empreinte environnementale



Accélérer le déploiement des mesures en faveur de la transformation écologique, en priorisant les opérations de rénovation ou d'efficacité énergétique par la création d'un fonds vert à destination des établissements publics de l'État, dont les CHU et CH, et en permettant aux ESMS publics d'émerger au fonds vert à destination des collectivités territoriales

Le réchauffement climatique, l'érosion de la biodiversité et les pollutions affectent directement la santé de la population et alimentent de nouveaux risques absolument majeurs, parmi lesquels l'antibiorésistance, considérée comme l'une des principales menaces pour la santé humaine par l'OMS, et des vagues de chaleur induisant, en 2022, 20 000 recours aux soins (hyperthermies, déshydratations, hyponatrémies...), dont 17 000 passages aux urgences, 10 000 hospitalisations, et 2 800 décès en excès selon Santé publique France¹. Les risques de situations sanitaires exceptionnelles majeures se trouvent par ailleurs accrus. Comme le rappelle le Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires, leur prévention implique de se protéger « contre les risques d'ordre environnemental ou liés aux pollutions physico-chimiques » et de « prendre rapidement la mesure du lien étroit entre menaces infectieuses et environnementales et du potentiel de co-bénéfice, en termes de diminution de la tension sur le système de soin, que le contrôle et la prévention des risques infectieux et environnementaux connus «permettraient² ».

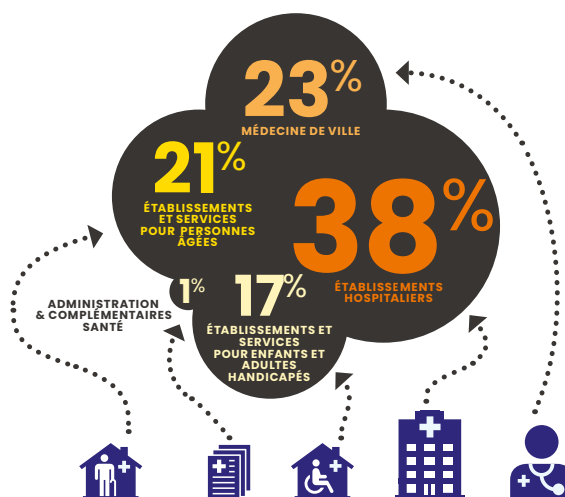
1. Santé publique France, Bilan canicule et santé : un été marqué par des phénomènes climatiques multiples et un impact sanitaire important, novembre 2022.

2. Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires, Évaluation des risques de situations sanitaires exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030, Avis du 3 avril 2024, 76 p.

3. Feuille de route Planification écologique du système de santé - ministère de la Santé, décembre 2023.

La France a ainsi adopté une stratégie de planification écologique « France nation verte », qui vise notamment, d'ici 2030, la diminution d'au moins 55 % des émissions nettes de gaz à effet de serre par rapport à 1990 et d'ici 2050, la neutralité carbone. L'objectif est de respecter l'engagement national de rester sous la barre de +1,5 °C supplémentaire depuis l'ère préindustrielle³. Dans ce cadre, l'empreinte environnementale des acteurs publics comme privés doit être drastiquement réduite, en limitant les consommations (énergie, achats, consommation de gaz de climatisation ou médicaux...) et la production de déchets, ainsi qu'en protégeant et en favorisant la biodiversité. C'est particulièrement le cas en matière de santé, qui représente **environ 8 % des émissions de gaz à effet de serre de la France**.

Répartition des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé par acteur (hors médicament et dispositif médical).



Source : The Shift Project

Cette répartition ne prend pas en compte les émissions associées aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux, qui représentent environ 50 % des émissions du secteur (29 % pour les médicaments et 21 % pour les dispositifs médicaux⁴).

Chaque année, l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux produisent plus de 700 000 tonnes de déchets⁵, préparent 1,5 milliard de repas⁶ et représentent 12 % de la consommation énergétique du secteur tertiaire⁷. À eux seuls, les établissements de santé publics dépensent 29 milliards d'euros

4. Rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement », The Shift Project, avril 2023.

5. ADEME, 2010.

6. ADEME, 2016.

7. ADEME, 2020.



d'achats⁸. Le seul secteur de l'autonomie représente, hors médicaments et dispositifs médicaux, environ 40 % des émissions du système de santé français, un chiffre similaire aux hôpitaux français. On y comptabilise plus d'un milliard de repas consommés chaque année, représentant 24 % des émissions du secteur, mais aussi des déplacements nombreux, pour 27 % de ses émissions et une consommation d'énergie fossile à hauteur de 17. Compte tenu du vieillissement de la population, les émissions du secteur de l'autonomie pourraient augmenter de 40 % d'ici 2050 si rien n'est fait, mais, sous réserve d'un changement de trajectoire ambitieux, elles pourraient aussi diminuer de 70 %⁹.

La feuille de route de Planification écologique du système de santé présentée par le Gouvernement en mai puis en décembre 2023, déclinée et précisée dans la convention de Planification écologique du système de santé adoptée en mars 2024, a doté notre système de santé d'un pilotage clair en la matière. À présent, l'enjeu est de mettre en œuvre des actions puissantes et de prioriser celles qui permettent d'avoir des effets massifs. Notre stratégie de décarbonation doit prendre appui sur le concept d'Une Seule Santé¹⁰ (*One Health*), évoqué à de nombreuses reprises et notamment par le rapport « Dessiner la santé publique de demain » du Professeur Chauvin.

C'est en ce sens que la FHF a publié en novembre 2023 cinquante propositions très concrètes, à destination des pouvoirs publics et des acteurs de terrain, pour décliner finement cette ambition et actionner les leviers pertinents afin de permettre une réelle transformation écologique du système de santé. Parmi ces propositions, plusieurs ont d'ores et déjà été reprises par les pouvoirs publics, et la FHF se félicite en particulier de la réflexion initiée par l'assurance maladie sur les transports partagés, de l'expérimentation qui sera menée par le ministère de la Santé et de la Prévention sur le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique (art. 66 de la LFSS pour 2024) ou encore de la formation de l'ensemble de la fonction publique hospitalière d'ici 2027, à commencer par les gouvernances de GHT, sous l'impulsion du ministère de la Transformation et de la Fonction publiques.

D'autres propositions, vitales, restent à mettre en œuvre. Il en va ainsi de la création d'un fonds vert à destination des établissements publics de l'État, dont les hôpitaux publics font partie : doté de 5 milliards d'euros sur cinq ans, ce fonds aurait pour objectifs de financer massivement la rénovation et la construction de bâtiments performants, de développer le

recours aux équipements de confort thermique et aux énergies renouvelables, mais aussi de végétaliser les établissements afin de lutter contre les îlots de chaleur et d'améliorer les conditions d'accueil des patients. Un fonds semblable existe déjà pour les collectivités territoriales et pourrait être ouvert aux établissements médico-sociaux publics. La dégradation des capacités d'investissements des hôpitaux publics rend sa mise en œuvre d'autant plus nécessaire. Elle serait, par ailleurs, vertueuse sur le plan économique : les opérations d'efficacité énergétique permettant, à court terme, une réduction très importante des dépenses d'exploitation (économies d'énergies). **Le fonds pourrait donner lieu à une priorisation en faveur de projets à fort retour sur investissement sur le plan écologique** (réduction des émissions de gaz à effet de serre et sobriété énergétique) **et économique** (réduction des dépenses d'exploitation).



Du point de vue des soins à la population, la sobriété dans la mobilisation des ressources publiques constitue une exigence autant qu'un défi

Une exigence, car l'évolution des ressources allouées par la Nation à la santé paraît contrainte par la situation des finances publiques, elle-même corrélée à la croissance économique potentielle de la France, qui avoisine les 1 %¹¹, loin de la situation économique de la deuxième moitié du XX^e siècle. Entre 1970 et 2000, la croissance moyenne du PIB en volume en France était en effet de 2,8 % par an, et encore plus importante au cours des années 1960, avec une croissance annuelle moyenne du PIB de 5,9 %¹². Or la France est l'un des pays de l'OCDE qui consacre le plus de ressources à la santé. En 2021, la France était le 5^e pays en termes de dépenses de santé par habitant, en 2^e position parmi les pays de l'Union européenne, derrière l'Allemagne¹³. Ramenées au PIB, les dépenses de santé de la France sont proches de celles de l'Allemagne (12,1 % contre 12,7 % en Allemagne¹⁴).

8. DGOS, 2021.

9. Rapport « Décarbonons le secteur de l'autonomie ! » - The Shift Project, avril 2024.

10. Une seule santé, pouvant être définie comme un lien étroit et une interdépendance entre la santé des humains, des animaux domestiques et sauvages, des plantes et de l'environnement en général : <https://www.inrae.fr/alimentation-sante-globale/one-health-seule-sante>.

11. Projections macroéconomiques, Banque de France, décembre 2023.

12. Évolution du produit intérieur brut et de ses composantes - Données annuelles de 1950 à 2022, Insee, 2023.

13. Les dépenses de santé en 2022, Résultats des comptes de la santé, DREES, 2023.

14. Panorama de la santé, OCDE, 2023.

Malgré ce niveau de dépenses, le secteur de la santé, et tout particulièrement les hôpitaux et les structures médico-sociales publiques, est fortement affecté par **les mesures de maîtrise des dépenses publiques associées**. Le déficit des hôpitaux publics s'élevé ainsi à plus de 1,5 milliard d'euros en 2023, soit trois fois plus qu'en 2019.

Dans ce contexte, alors que les besoins de santé croissent fortement, la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé constitue un défi considérable. Avant les mesures d'économies, l'évolution des dépenses de santé était d'environ 3 à 4 % par an en volume. Concilier les évolutions démographiques (vieillesse, forte hausse de la prévalence des pathologies chroniques, progrès technologiques associés à des traitements plus coûteux), entraînant une forte hausse des dépenses, et un contexte économique durablement difficile, impose d'**élaborer les outils d'un modèle économique sobre et adapté** fondé sur la pertinence, la prévention et l'évolution des prises en charge, préservant les CHU et CH. Si le progrès médical et technologique peut influencer sur les besoins de santé, l'ampleur de la contrainte budgétaire implique de prévoir des leviers d'efficacité intelligents, structurels et durables plutôt que d'imposer une politique court-termiste de rabout budgétaire délétère et contre-productive, souvent centrée sur le seul hôpital.

Dans ce contexte, la FHF identifie des mesures à court et à moyen terme touchant aux mécanismes de financement des acteurs et aux politiques de santé à mener pour s'assurer de la meilleure utilisation des ressources publiques.



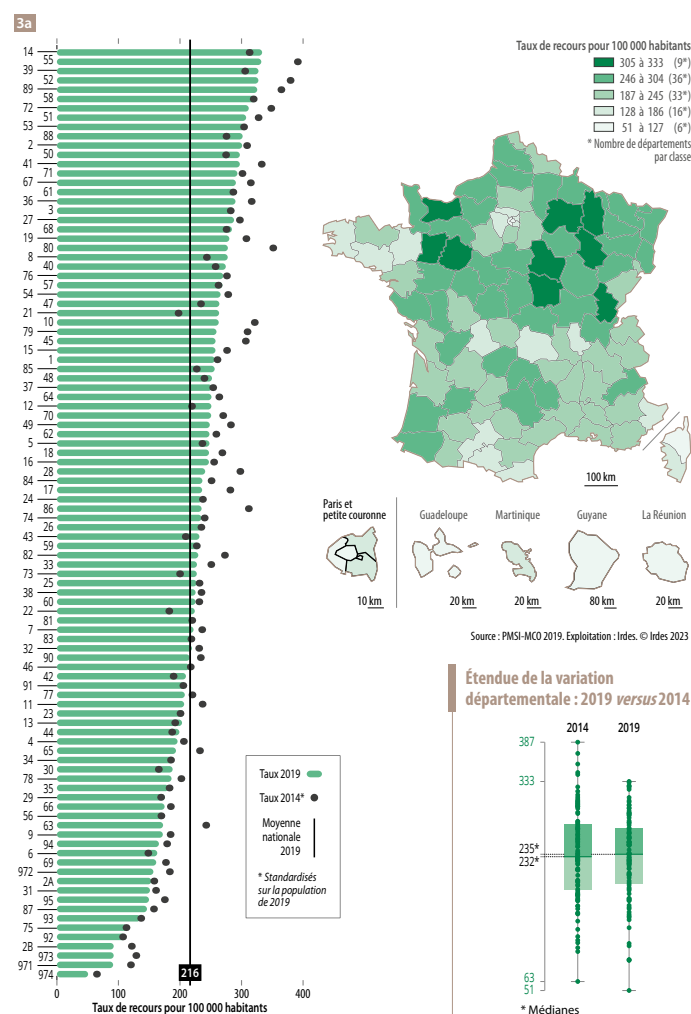
Faire de la pertinence des actes et des parcours de soins deux leviers concrets d'une évolution de l'offre de soins et des pratiques, au service du patient et d'une dépense de santé plus efficace

La pertinence des actes et des parcours de soins, des prescriptions d'examen et de médicaments et des modalités de prise en charge, constitue un axe privilégié pour concilier l'évolution de l'offre de soins et la contrainte en termes de dépenses publiques.

Il s'agit en premier lieu d'identifier puis de réduire les soins, les actes et les prescriptions inutiles ou pouvant être évités. Le travail relatif à la pertinence passe d'abord par l'harmonisa-

tion des pratiques pour assurer une prise en charge cohérente des patients sur l'ensemble du territoire. Il est donc indispensable de disposer de données et de cartographies riches, fréquemment actualisées, permettant ainsi de cibler les actes évitables, voire inutiles, et les écarts de pratiques (sur-recours ou sous-recours). Cela pourrait se traduire par l'élaboration de lignes directrices nationales ou régionales, en tenant compte des spécificités de chaque environnement de soins (exemple de différences dans le suivi endoscopique pour certaines pathologies). Les données publiées par l'IRDES¹⁵ constituent un exemple qui illustre les écarts de pratiques entre territoires à population comparable. Elles peuvent servir de fondement à une action en matière de pertinence.

Chirurgie du syndrome du canal carpien Taux de recours départemental standardisé pour 100 000 habitants en 2014 et 2019



Atlas des variations de pratiques médicales

15. Atlas des variations de pratiques médicales, IRDES, 2023.



Au-delà des démarches incitatives à la pertinence, il pourrait être proposé la mise en place d'une approche statistique en modulant les tarifs des acteurs de soins qui s'écartent trop fortement de la moyenne sur certains actes (césarienne, chirurgie bariatrique, cataractes...) dans une logique de régulation prix/volume microéconomique distincte de la régulation prix/volume macroéconomique relative à la tarification à l'activité.

Les pouvoirs publics disposent déjà des outils nécessaires pour le mettre en œuvre, à travers notamment le volet pertinence des nouveaux CAQES, et plus particulièrement le dispositif de mise sous surveillance.

Une démarche en plusieurs étapes pourrait être envisagée :

- au niveau national, avec la sélection de 10 à 15 actes (écarts très importants de pratiques, tarifs élevés au regard des coûts engagés et de l'évolution des techniques médicales), symboles d'une volonté politique forte et volontariste, d'une impulsion nationale et d'une obligation pour tous de s'engager : réalisation d'un atlas des pratiques, au niveau régional, départemental et des établissements ;
- au niveau régional avec la priorisation de quelques actes au sein de la sélection nationale en fonction des spécificités territoriales et des priorités de santé publique. La démarche serait obligatoire mais resterait souple dans le choix des priorités ;
- le ciblage des établissements aux pratiques les plus extrêmes dans un premier temps. Une telle démarche embarquerait également les professionnels libéraux exerçant en établissements privés. Un contrat serait alors signé entre ces établissements et les ARS avec un objectif de correction des pratiques ;
- une possibilité de malus financier en cas de non-atteinte des résultats attendus.

Il s'agit en second lieu d'optimiser les parcours de soins au niveau territorial à travers l'organisation de filières et la gradation des soins, et de mettre en cohérence le financement et les parcours.

Parallèlement à la pertinence des actes et des prescriptions d'exams, la pertinence de l'organisation territoriale de l'offre de soins et des parcours des patients pour améliorer les prises en charge sont également des sujets essentiels. Une révision de l'organisation de l'offre permettrait, dans plusieurs cas, d'attribuer les ressources publiques de façon plus efficace.

À titre d'exemple, il convient de concentrer les ressources rares en renforçant les plateaux techniques existants de soins critiques plutôt que de disperser ces ressources et ces compétences rares, coûteuses pour les finances publiques.

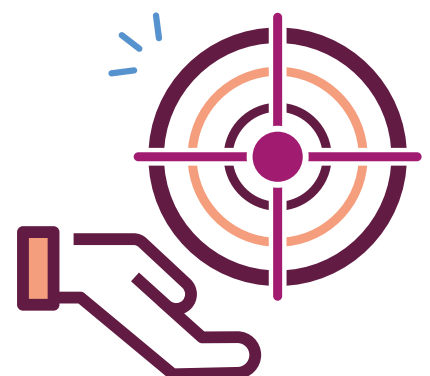
De même, pour la prise en charge des urgences, certains territoires font face à un morcellement de l'offre entre plusieurs acteurs qui s'avère sous-optimal pour la population, alors que les ressources humaines disponibles ne permettent pas de les maintenir dans des conditions de qualité et de sécurité acceptables. Tout en préservant l'accessibilité territoriale et l'équilibre de l'offre, il est nécessaire de disposer pour chaque activité d'une taille critique, de mettre en œuvre des mutualisations de ressources et un partage des contraintes (PDSES), notamment la nuit (antennes d'urgences).

Avec la nécessité d'offrir des soins de proximité avant et après l'accouchement et une sécurité optimale pendant, grâce à des équipes stables, réunissant toutes les compétences nécessaires et l'accès au plateau technique adapté, l'exemple de la maternité et de la périnatalité est caractéristique.

En parallèle, il est essentiel que les travaux en cours à propos des réformes de financement (soins critiques, soins non programmables...) s'inscrivent en cohérence avec la nécessaire évolution de la structuration de l'offre de soins. Les nouveaux modèles de financement doivent ainsi valoriser les contraintes lourdes et spécifiques des structures assumant les obligations de service public (PDSES, accueil des urgences 24 h/24, prise en charge de tous, quelle que soit la couverture sociale...).

Les mesures proposées pour améliorer la pertinence des parcours peuvent se résumer ainsi :

- définir, dans chaque territoire et pour chaque filière, une gradation en niveaux correspondant aux attentes en termes d'équipements, de ressources et de compétences sur la base d'un diagnostic commun et partagé des besoins de santé de la population ;
- interroger le morcellement de l'offre sur un même territoire et organiser des regroupements pour concentrer les moyens, notamment la nuit ;
- s'appuyer sur les hôpitaux de proximité qui peuvent jouer un rôle essentiel en offrant des services médicaux pivots accessibles à tous, contribuant ainsi à réduire les inégalités de santé ;
- faire évoluer les modalités de financement dans le cadre des réformes en cours, en appui de la transformation de l'offre de soins.





Créer les outils médico-économiques susceptibles d'intéresser plus fortement les acteurs de santé au déploiement de la prévention et des alternatives à l'hospitalisation complète, ceci en intégrant pleinement les spécificités des CHU et CH, leurs contraintes et leurs missions de service public

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, l'évolution, déjà engagée, des modes de prises en charge des patients s'est accélérée via une forte diminution des hospitalisations avec nuitées et une forte augmentation des hospitalisations en ambulatoire. Cette évolution implique d'abord de distinguer ce qui relève d'une transformation de l'offre de soins de ce qui relève d'un sous-recours dans certaines disciplines de médecine ou de chirurgie lourde en hospitalisation complète : toutes les prises en charge ne peuvent, en effet, être assurées en ambulatoire. C'est cette distinction que la FHF a souhaité souligner en présentant, le 18 mars 2024, son premier baromètre sur l'accès aux soins en partenariat avec France Info¹⁶.

Sous cette réserve importante, l'évolution du système de santé vers des hospitalisations moins longues et en ambulatoire est un atout qui suppose une stratégie claire, lisible et cohérente des pouvoirs publics.

Un atout pour le patient, car des hospitalisations moins longues, favorisées par l'évolution des techniques, réduisent notamment le risque iatrogénique comme celui de perte d'autonomie. Un atout, aussi, pour l'évolution de l'offre de soins et les dépenses publiques. **Mais ce mouvement doit être accompagné d'une stratégie claire, tenant compte d'une équation plus large.** Ainsi, la pérennité financière des établissements publics assumant l'essentiel des urgences, de la permanence des soins, de l'accueil des populations aux âges extrêmes de la vie et des hospitalisations les plus lourdes et les plus complexes doit être assurée. Il est indispensable d'adapter les modalités tarifaires aux évolutions au long cours des modes de prises en charge afin de ne pas pénaliser les établissements publics avançant vers plus de prises en charge ambulatoires.

D'autre part, le nombre d'hospitalisations longues avec nuitées risque d'augmenter significativement dans les années qui viennent avec le vieillissement de la population.



Il est donc essentiel de combler l'écart constaté depuis la crise sanitaire entre les tarifs de ces séjours, qui ont peu évolué sur la période, et les coûts réellement engagés par les établissements (inflation, dépenses de personnel et de fonctionnement la nuit, le week-end et pendant les périodes de congés...), estimés à environ 10 % sur trois ans. Une première étape a été franchie à cet égard dans le cadre de la campagne tarifaire 2024, qui devra être poursuivie avec résolution. Cela suppose de prendre aussi en compte les surcoûts des prises en charge les plus lourdes avec nuitées, et de valoriser les contraintes lourdes et spécifiques des structures assumant les obligations de service public (PDSSES, accueil des urgences 24 h/24, prise en charge de tous, quelle que soit la couverture sociale...).

Au-delà, le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) représente une avancée majeure qui doit être renforcée dans le cadre du développement des alternatives à l'hospitalisation complète. L'HAD offre une alternative précieuse à l'hospitalisation traditionnelle, en permettant aux patients de maintenir leur autonomie et leur qualité de vie tout en recevant les soins nécessaires. En plus de réduire les coûts associés à une hospitalisation classique, l'HAD favorise une récupération plus rapide et un meilleur suivi des patients après leur retour à domicile. Pour favoriser son développement, des objectifs de bascule de l'HAD pourraient être définis pour chaque spécialité. En parallèle, des incitations financières au transfert de patients vers l'HAD pourraient être définies pour l'ensemble des acteurs.

Parallèlement, le concept d'hôtels hospitaliers propose une approche novatrice pour l'hébergement des patients nécessitant des soins de santé spécialisés. Ces structures offrent un environnement confortable et sécurisé, combinant les services d'un hôtel avec les équipements médicaux nécessaires à une prise en charge appropriée. Les hôtels hospitaliers peuvent être particulièrement bénéfiques pour les patients nécessitant une hospitalisation de courte durée ou des soins ambulatoires, en présentant une alternative attrayante à l'hospitalisation traditionnelle. Le modèle de financement des hôtels hospitaliers doit à présent être pérennisé.

16. La FHF a présenté le 18 mars 2024 son premier baromètre annuel, accessible sur son site Internet, composé de deux volets : le premier porte sur l'évolution de l'activité à l'hôpital depuis le début de la pandémie de COVID-19 et le second est un sondage IPSOS sur l'accès aux soins.



La Responsabilité populationnelle : une démarche exemplaire bénéfique pour les patients, les professionnels et les finances publiques, pionnière d'un nouveau modèle économique

Dans ses vœux aux acteurs de santé du 7 janvier 2023, le président de la République a appelé à refonder notre système de santé en s'appuyant sur des coalitions territoriales d'acteurs, qui s'engagent ensemble pour répondre aux besoins de santé de la population.

Cette vision s'incarne dans la notion de Responsabilité populationnelle (RP), selon laquelle « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire¹⁷ ». Développée et testée depuis 2018 dans le cadre du dispositif dit de l'article 51 issu de la LFSS pour 2018 au sein de cinq territoires pionniers, l'approche de Responsabilité populationnelle s'est depuis étendue à trois nouveaux territoires, hors du dispositif article 51.

La démarche associe, en partenaires égaux, l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire (premier recours, hôpitaux, élus et usagers) et vise les personnes atteintes ou à risque de diabète de type 2 ou d'insuffisance cardiaque. L'objectif est de prévenir la dégradation de l'état de santé de ces personnes, de l'améliorer et d'assurer une meilleure prise en charge coordonnée.

Les cinq territoires pionniers de la démarche Responsabilité populationnelle ont été retenus, en 2018, au regard, notamment, d'une situation relativement plus dégradée que la moyenne nationale en termes de suivi des personnes affectées par le diabète de type 2 ou par l'insuffisance cardiaque. Dans les territoires concernés, la prégnance de ces deux pathologies chroniques était par ailleurs très importante. Ce contexte difficile était attesté par des indicateurs péjoratifs sur la part des séjours d'hospitalisation entrés par les urgences, les DMS, les taux de séjours longs ou les taux d'ambulatoire.

L'objectif dans ce contexte était d'engager un effet d'entraînement susceptible, dans un premier temps, de permettre à ces territoires de rejoindre la moyenne nationale. **À fin 2022, les cinq territoires ont vu leurs indicateurs s'améliorer très sensiblement par rapport à 2018, plus vite que la moyenne nationale,** répondant à l'objectif fixé et attestant des effets positifs du modèle. Ainsi, en 2018, la part des séjours pour diabète entrés par les urgences était en moyenne supérieure de 8,5 % à la moyenne nationale pour les séjours de même nature. En 2022, l'écart n'est plus que de 2,2 %. De même, la part d'ambulatoire était inférieure de 10,2 % à la moyenne nationale. En 2022, l'écart n'était plus

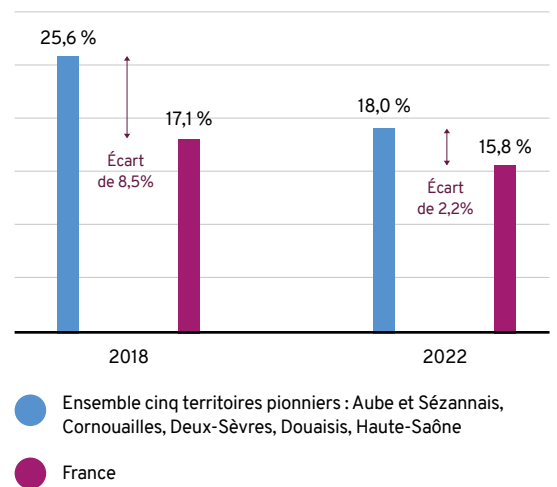
que de 2,6 %. Enfin, les taux de séjours longs ont diminué de 12,7 % dans les cinq territoires, contre 5,4 % au niveau national.

Entre 2019 et 2023, pour le diabète, au sein des territoires, la part des hospitalisations par les urgences est passée de 21 % à 13 %, la part d'ambulatoire est passée de 37 % à 57 % des prises en charge, et les séjours de plus de cinq jours (qui concernent souvent les comas diabétiques) sont passés de 26 % à 14 % des séjours. Leur durée moyenne a aussi été réduite de 40 % : autant de signaux très positifs sur le plan médico-économique, dans le contexte de tensions sur le capacitaire.

Le modèle de la responsabilité populationnelle, qui commence à s'étendre au-delà des cinq territoires pionniers, permet donc d'optimiser le parcours et la prise en charge des patients, de limiter l'aggravation des pathologies et les hospitalisations en situation d'urgence et aiguë. Il comprend également un volet prévention par le repérage des populations à risque.

Le déploiement de cette démarche, pour les pathologies concernées comme pour d'autres, pose toutefois la question du modèle économique pour les acteurs engagés. La réduction du nombre d'hospitalisations et la bascule des prises en charge vers l'ambulatoire doivent permettre aux acteurs de réinvestir localement une partie des économies dégagées par l'assurance maladie.

Part des séjours (standardisée) entrés par les urgences parmi les hospitalisations pour diabète de la File Active vs taux national.



Sources : PMSI Atih, RPFHF, FHF data

17. Article L1434-10 du Code de la santé publique.



Améliorer l'efficacité du système de santé en mettant en cohérence, pour tous les acteurs, les tarifs des actes et des soins avec leurs coûts de production

Comme pour l'ensemble des acteurs économiques, les tarifs auxquels sont rémunérés les actes et les séjours d'hospitalisation doivent couvrir les coûts de production. Force est de constater que, pour une large part, ce n'est plus le cas aujourd'hui.

D'un côté, plusieurs activités semblent sous-financées. C'est notamment le cas des tarifs d'hospitalisation dans des activités telles que la médecine, la chirurgie lourde, ou encore les soins critiques. Il est impératif de mettre fin à la régulation prix-volume asymétrique. En particulier l'hospitalisation complexe, qui doit être financée à sa juste valeur. En effet, malgré le développement de l'ambulatoire, les coûts fixes de structure permettant d'assurer les prises en charge complexes et lourdes, les urgences et la permanence des soins, demeurent et ils pèsent toujours sur les établissements assumant ces sujétions et cette activité. Dans les tarifs, il est essentiel de prendre en considération la précarité, insuffisamment reconnue (patients âgés avec allongement des DMS, bénéficiaires de l'AME, patients sans couverture, etc.), mais aussi d'y intégrer la dépendance des personnes âgées. Ils doivent également financer à sa juste valeur la permanence des soins, essentiellement assumée par les établissements publics. Enfin, les coûts de coordination des parcours sont plus lourds dans le secteur public, notamment en raison de l'âge des patients.

D'un autre côté, comme l'a relevé la Cour des comptes, plusieurs activités font l'objet d'une sur-lucrativité. Cela pose question dans la mesure où ces tarifs traduisent la répartition d'un financement public aujourd'hui fortement contraint. Il est impératif que les tarifs reflètent désormais fidèlement les coûts réels des services de santé. Pour cela, une convergence des méthodes doit être établie dans l'évaluation des coûts et des charges, et dans l'évolution des tarifs à prévoir, quel que soit le type d'acteur concerné (ville et hôpital).

La question de la sur-lucrativité de certains actes médicaux et de certaines activités doit être abordée avec une ambition forte, favorisant des travaux plus approfondis et plus rapides. L'absence d'une évaluation régulière de l'échelle des tarifs de ville, à l'instar

de ce qui existe déjà pour les établissements de santé, ainsi qu'une absence pour tous les acteurs de santé d'une régulation efficace entre les prix et les volumes des prestations fournies, interroge.

En reconsidérant les tarifs des activités surfinancées, en encourageant une évaluation régulière des coûts réellement engagés et des performances, il est possible de dégager des marges de manœuvre au profit d'un système de santé plus efficace et plus équitable. Le Haut Comité des nomenclatures, dont la création a été soutenue par la FHF, s'est attelé à ce chantier de grande ampleur. Il conviendrait toutefois d'accélérer le processus et surtout, de prioriser les chantiers à mettre en œuvre sur des actes ou des disciplines identifiés, en commençant, par exemple, par celles générant de la lucrativité ou présentant les écarts les plus importants entre tarifs et coûts engagés.

L'imagerie pourrait constituer un premier domaine d'analyse et d'action, compte tenu de l'importance de cette activité dans le diagnostic et la thérapeutique, et de la croissance des actes et dépenses associées.

À titre d'exemple, les modalités tarifaires de l'imagerie, et notamment des forfaits techniques d'imagerie de coupe, pourraient évoluer. La Cour des comptes¹⁸ rappelle ainsi que ce renouvellement précoce des équipements, tels que les scanners et les IRM, est principalement motivé par la volonté d'éviter une baisse de la valeur du forfait, plutôt que par une réelle nécessité clinique ou technologique. De plus, une telle tarification n'est pas écoresponsable. Pour autant, les données comptables des exploitants d'appareils n'étant pas accessibles, aucune décision éclairée n'est possible sur une régulation tarifaire ambitieuse. Cette situation soulève des préoccupations quant à l'efficacité des dépenses de santé et met en lumière la nécessité d'une réforme approfondie visant à rationaliser les pratiques tarifaires. En outre, les montants des forfaits techniques sont équivalents, quel que soit le coût de l'équipement à renouveler, ce qui pénalise l'hôpital public, dont les plateaux lourds d'imagerie concentrent les équipements les plus innovants et les plus coûteux.

Trois types de mesures semblent urgents :

- accélérer les travaux du HCN et les prioriser sur les domaines identifiés comme étant particulièrement lucratifs ou présentant des écarts tarifs/coûts importants ;
- renforcer les outils permettant d'objectiver les coûts des activités identifiées ;
- simplifier les nomenclatures d'actes en externe hors hospitalisation, par un regroupement des différentes consultations et majorations en différents niveaux de consultations, et garantir que l'intégralité de cette nouvelle grille tarifaire s'applique aux établissements de santé.

18. Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Cour des comptes, 2022.



CHANTIER 2

La responsabilité partagée, un levier d'efficacité

La question de la responsabilité ou des responsabilités est déterminante pour assurer l'efficacité des politiques de santé. Il s'agit en effet de savoir, à chaque échelon – national, régional, local –, qui est garant de l'élaboration et de la mise en œuvre concrète des différentes politiques de santé. Il s'agit donc aussi, en conséquence, de savoir qui est responsable en dernier recours de la réponse aux besoins de santé à l'échelon local, en cas de carence ou lorsque l'offre de santé doit être adaptée.



L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire mobilisés



Soutenir fortement la généralisation des modes d'exercice collectif et le renforcement de la coordination entre acteurs respectivement de la ville et de l'hôpital à l'échelle d'un territoire

À l'échelon local, le législateur a récemment défini le principe suivant lequel « l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire¹⁹ ». Cette responsabilité populationnelle repose sur un collectif large : acteurs du premier recours coordonnés autour de communautés professionnelles territoriales de santé, établissements de santé, services et établissements médico-sociaux, associations de patients et collectivités territoriales. Cette responsabilité collective traduit le fait que les déterminants de santé et le parcours du patient relèvent nécessairement de plusieurs acteurs et responsabilités, de la consultation chez le médecin traitant à l'hospitalisation, jusqu'au retour à domicile.

De ce point de vue, notre système de santé est en pleine mutation depuis plusieurs années. Les formes **d'exercice collectif ou coordonné** se développent aussi bien entre acteurs de ville (maison de santé pluridisciplinaire, équipes de soins primaires, équipes de soins spécialisés), avec une coordination territoriale autour de projets de santé au sein des CPTS, qu'à l'hôpital. Ainsi, la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT) en 2016²⁰ a engagé l'élaboration de **projets médico-soignants partagés** entre hôpitaux publics d'un même territoire, en renforçant la possibilité pour ces derniers de s'associer avec les établissements privés. Cette dynamique d'exercice coordonné répond tant aux aspirations des professionnels d'intégrer un collectif qu'à une meilleure organisation des soins à l'échelon local, et doit être fortement soutenue.



Déployer les projets territoriaux de santé dans chaque territoire, et apporter un soutien fort au déploiement de la démarche de responsabilité populationnelle

Au-delà de la structuration à l'échelon territorial entre acteurs respectivement de ville et de l'hôpital, le défi consiste à bâtir des organisations et des projets communs structurés entre tous les acteurs à l'échelle d'un territoire. Bien entendu, les relations de travail entre acteurs de ville et hôpitaux existent partout de longue date ; il s'agit, désormais, de penser systématiquement en termes de parcours et de collectif territorial. C'est le sens des **projets territoriaux de santé** inscrits dans la loi. Plusieurs démarches sont, à ce titre, exemplaires. Les **projets territoriaux de santé mentale**, déployés sur l'ensemble du territoire, ont ainsi permis de structurer et de dynamiser la coopération entre la psychiatrie et les acteurs du territoire en réunissant, autour d'actions concrètes, l'ensemble des acteurs travaillant avec des personnes atteintes de troubles mentaux. Autre exemple, la mise en œuvre du **service d'accès aux soins** (SAS), qui organise une régulation commune des soins non programmés entre le SAMU et la médecine de ville, favorise une meilleure orientation des patients à l'échelle d'un territoire. Du point de vue des pathologies chroniques, la FHF a engagé, depuis 2018, le déploiement de la démarche de **Responsabilité populationnelle** dans cinq territoires pilotes, autour de deux pathologies chroniques, le diabète de type 2 et l'insuffisance cardiaque²¹.

Dans le même ordre d'idée, les projets territoriaux de santé devront être attentifs à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité ou de handicap, à travers, par exemple, le déploiement de consultations spécialisées.

19. Article L1434-10 du CSP tel que précisé par la loi « Valletoux » du 27 décembre 2023.

20. Dispositif créé par la loi de modernisation du système de santé en 2016.

21. Dans le cadre d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

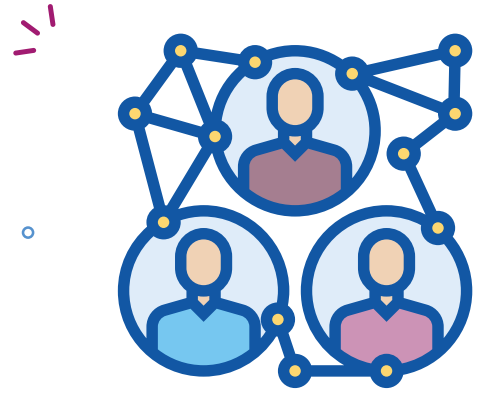


Pour décliner la loi, inscrire chaque établissement et chaque professionnel dans un schéma territorial de permanence de soins sous l'égide des ARS

Un enjeu central est celui de la permanence des soins. Le législateur a confirmé en 2023 que l'ensemble des établissements de santé, mais aussi les médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femmes et infirmiers sont **responsables collectivement de la permanence de soins**. Pour exister, cette responsabilité collective doit être déclinée localement pour chaque acteur. L'inscription de chacun des acteurs et professionnels dans un **schéma territorial de permanence de soins**, déclinaison du volet PDEES du Schéma régional de santé (SRS), devrait être réalisée sous l'égide des Agences régionales de santé (ARS), leur participation effective étant fonction des besoins du territoire. Il s'agit d'un enjeu central, tant pour la psychiatrie que pour la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique : la responsabilité collective doit se décliner en une participation effective à des gardes équitablement réparties, autour d'un principe de solidarité, au sein de chaque territoire et entre les territoires les mieux dotés et les moins bien dotés, cette solidarité pouvant, le cas échéant, s'exercer à travers les outils de télésanté.

ARS

Réaffirmer le rôle des ARS de régulateurs et d'organisateur de l'offre de soins territoriale, en les engageant à soutenir partout les évolutions nécessaires de l'offre de soins tout en assurant la contribution de chaque acteur à la permanence des soins et à la réponse aux soins non programmés



L'importance des ARS, à échelon territorial comme régional

Au-delà de leurs missions fondamentales, les ARS doivent se saisir des **outils leur permettant d'assumer pleinement leur responsabilité en termes de régulation et de (ré)organisation de l'offre de soins et de prévention**, en particulier à l'échelon local. Cela est particulièrement vrai en cas de carence de l'offre de soins ou lorsque son organisation n'est pas optimale au regard des besoins de santé comme de l'organisation des ressources.

Les ARS doivent ainsi **soutenir les acteurs de santé qui souhaitent faire évoluer l'offre** de soins sur le fondement de données objectives, afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins et de mieux répondre aux besoins de santé. Les seuils d'activité réglementaires, puis ceux recommandés par les sociétés savantes nationales et internationales, par la Haute Autorité de santé, doivent notamment être appliqués. Les ARS doivent, dans ce cadre, **être systématiquement garantes de la contribution de chaque acteur à la permanence des soins** et à la régulation des soins non programmés. Un des outils à mobiliser porte sur la possibilité, inscrite dans la loi, de conditionner la délivrance de toute nouvelle autorisation de soins à la participation effective de son titulaire à la permanence des soins. À ce titre, les ARS peuvent engager des **démarches de concertation** avec les représentants d'usagers et les élus locaux, afin de partager les enjeux et le contexte.



Les pouvoirs publics, responsables d'une vision stratégique des priorités, reposant sur un débat démocratique national



Engager un véritable débat démocratique des priorités en matière de santé, afin d'en dégager une stratégie claire

Une véritable délibération démocratique devrait être instituée, en commençant par la méthode d'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), au sein des lois de financement de la Sécurité sociale. Aujourd'hui, l'ONDAM est construit sans référence aux priorités de santé publique et de façon déconnectée de la Stratégie nationale de santé (SNS) établie à dix ans. **Aussi intéressante soit-elle en termes d'objectifs, la SNS, au contraire, traite un trop grand nombre de sujets sans les hiérarchiser ni définir clairement leurs conditions de réalisation.** À cet égard, il est remarquable que la SNS 2023-2033 n'ait toujours pas été publiée, alors même que les projets régionaux de santé (PRS) 2023-2028 ont, eux, été arrêtés.

Il est essentiel qu'un véritable débat ait lieu, au sein comme en dehors du Parlement, sur les objectifs que la Nation se fixe et les moyens de les atteindre. La politique du gouvernement pourrait être évaluée tant sur ses résultats en termes d'espérance de vie en bonne santé, que sur le chômage, la croissance économique ou la réduction des gaz à effet de serre. Pour ce faire, la santé et l'autonomie doivent faire l'objet d'une programmation à dix ans, avec un objectif intermédiaire à cinq ans portant à la fois sur la santé publique et sur l'équilibre des comptes. Ainsi, chaque année, avant l'examen du PLFSS, il conviendrait d'organiser un débat public associant tous les acteurs et les parlementaires, ce qui permettrait d'apprécier la mise en œuvre des orientations et les progrès réalisés en termes d'espérance de vie en bonne santé, au regard des pays comparables.



Instituer une unité de temps et de lieu dans les discussions tarifaires entre hôpitaux et acteurs de ville, et y associer les représentants des usagers

Au-delà du temps démocratique, la gouvernance nationale interroge. La dispersion des instances nationales d'élaboration et de pilotage des politiques publiques, se recoupant pourtant sur le terrain, paraît en décalage avec la recherche d'un décloisonnement entre acteurs du soin, de la prévention et du médico-social. Ainsi, l'organisation interne du ministère des Solidarités et de la Santé devrait évoluer pour favoriser davantage le pilotage transversal des enjeux d'offre de soins, de cohésion sociale, de prévention et de numérique en santé.

L'articulation entre le ministère en charge des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie pourrait être améliorée en ce qui concerne l'élaboration des outils médico-économiques (tarifs, dotations et forfaits). Historiquement, le ministère est en effet responsable des réformes du financement relatives aux établissements de santé, et de la déclinaison annuelle de la régulation prix/volume qui détermine le niveau des tarifs d'hospitalisation. De son côté, la CNAM mène, tous les cinq ans, des négociations conventionnelles avec les acteurs de ville et libéraux.

Ainsi, alors que l'optimisation des parcours de soins, la pertinence des soins, la prévention et l'amélioration de l'état de santé de la population sont des objectifs partagés par tous les acteurs, il n'existe pas, à ce jour, de lieu de discussion commun entre représentants de la ville et de l'hôpital à propos des financements et des objectifs qu'ils visent, et les calendriers sont distincts selon les acteurs. **Une unité de temps (chaque année) et de lieu (des discussions communes entre l'État, la CNAM, les fédérations hospitalières et les acteurs du premier recours) pourrait être instituée. Les représentants des usagers seraient pleinement associés** à ces échanges, dans la mesure où les orientations en matière de financement traduisent des priorités de santé.

Cette concertation viserait à fixer les grandes orientations tarifaires de l'ensemble des acteurs de santé en fonction des priorités de santé publique, des objectifs de pertinence des soins et des coûts réellement engagés. Une révision de la mécanique des négociations conventionnelles pourrait également être envisagée, pour mieux aligner les modalités de financement avec les besoins de santé.



Élaborer une loi de programmation en santé, centrée sur l'investissement, la recherche clinique et l'innovation

Sur le plan national, la responsabilité du temps long et de la stratégie en santé implique l'avènement de la pluriannualité en matière de financements publics. Le défi du vieillissement auquel le pays est confronté et le temps long qu'impliquent les actions en matière de pertinence et de prévention pour produire leur effet rendent obsolète le modèle actuel de régulation des dépenses de santé, fondé sur une approche annuelle (ONDAM), voire infra-annuelle (arbitrages sur la sous-exécution par exemple). Par ailleurs, le caractère imprévisible de l'évolution des financements publics d'une année à l'autre ne permet pas aux établissements de programmer sereinement leurs investissements.

L'élaboration d'une stratégie pluriannuelle de financement en santé, médicalisée, serait fondée sur une anticipation de l'évolution des besoins de la population, et définirait des moyens en déclinaison des priorités établies dans la stratégie nationale de santé.

Cette stratégie pluriannuelle pourrait s'articuler autour d'une loi de programmation centrée sur trois priorités claires, structurantes pour l'avenir et nécessitant une prise de risque : l'investissement, la recherche clinique et l'innovation.

Le modèle de financement actuel contraint les établissements à assurer l'exploitation des structures existantes, plutôt qu'à investir dans de nouvelles initiatives prometteuses. Cette approche est susceptible de compromettre la capacité des institutions à innover et à s'adapter aux besoins de santé actuels et à venir. Les enjeux relatifs à la transition écologique et énergétique exigent, par exemple, une évolution des bâtiments hospitaliers à brève échéance. En 2019, l'investissement²² à l'hôpital public était au plus bas depuis vingt ans. 80 % des hôpitaux publics consacraient en moyenne moins de 3 % de leur budget à l'investissement. Le Ségur de l'investissement, attendu et salutaire, a permis une relance de l'investissement, sans atteindre le niveau minimal estimé de 7 à 9 % par la FHF. Ce plan, par définition non pérenne, doit être prolongé par des solutions à long terme afin de soutenir l'investissement et d'enrayer l'aggravation du niveau de vétusté des équipements et des bâtiments.

Or, les mécanismes de régulation de l'ONDAM (gels prudentiels, plans d'économies...) et de fixation des tarifs indépendamment des coûts de production (régulation prix/volume, coefficient prudentiel, évolutions de périmètre...) ne permettent plus de garantir la couverture du financement de l'investissement courant. Dès lors, le financement de l'investissement pourrait être sorti des tarifs d'hospitalisation afin de sanctuariser, au sein de l'ONDAM, une enveloppe annuelle consacrée à l'investissement en établissement de santé, de nature à garantir cette visibilité à long terme. Cela serait *in fine* moins coûteux que des plans de relance successifs, quelle que soit leur ampleur.

De même, la recherche et l'innovation nécessitent un financement durable et sécurisé. Elles ne peuvent servir de variable d'ajustement de l'ONDAM. Les financements consacrés à la recherche clinique, même d'un montant important, ne progressent actuellement pas au même rythme que les autres enveloppes et vecteurs de financement, malgré un effort de rattrapage mis en place lors du Ségur de la Santé. Quant aux financements destinés à l'innovation, ils sont rares et peu lisibles. Une sanctuarisation des financements liés à la recherche clinique et la garantie de leur progression sont indispensables, au même titre qu'un financement consacré à l'innovation en santé au sein de l'ONDAM.



Renouveler et approfondir le protocole de pluriannualité des ressources des établissements de santé sur une période de cinq ans, en y intégrant l'intégralité des vecteurs de financement, et notamment les MIGAC (Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation) et les MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation)

22. Rapport IGAS IGF « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise », avril 2020.

Il est également impératif de disposer d'une vision pluriannuelle dans l'évolution des différents vecteurs de financement (tarifs d'hospitalisation, dotations, forfaits...). Les acteurs demandent à pouvoir bénéficier d'une trajectoire financière claire et cohérente, sans laquelle les ajustements tarifaires perdent leur sens.



Afin de corriger les inégalités profondes dans la régulation de l'ONDAM entre ville et hôpital, tout en s'assurant de la maîtrise des dépenses publiques, mettre en place une réserve prudentielle pluriannuelle commune à l'ensemble des acteurs de la santé

La maîtrise des dépenses publiques est une nécessité collective. Pour autant, les mécanismes mis en place par le législateur en 1996, afin de se prémunir d'un dépassement de l'ONDAM, sont profondément inéquitables et doivent être revus. Il en va ainsi de la mise en réserve prudentielle de crédits établie chaque année, à hauteur de 0,3 % des crédits de l'ONDAM global²³. Cette réserve, qui est une assurance contre un dépassement des acteurs de ville ou hospitaliers, est intégralement ponctionnée sur les crédits hospitaliers, et ne s'applique pas à la ville.

Afin de corriger cette asymétrie, la FHF souscrit à la proposition du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) d'y substituer une réserve prudentielle pluriannuelle transversale à tous les secteurs²⁴. Une telle réserve, à laquelle contribueraient équitablement tous les acteurs de santé, de ville et hospitaliers, permettrait de compenser d'éventuels dépassements. La part de réserve prudentielle non utilisée sur une année serait reportée sur l'année ou les années suivantes.

23. Article 20 de la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.

24. Rapport du HCAAM sur la régulation du système de santé, 27 mai 2021.

25. Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.



Reporter la date d'extinction de la dette sociale et l'aligner sur celle de la dette COVID de l'État afin de dégager des ressources

Le remboursement et l'extinction de la dette sociale sont une nécessité afin de ne pas peser sur les générations futures. La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) s'est vu confier, en mai 2020, le remboursement de 136 milliards d'euros supplémentaires au titre de la dette COVID contractée pour assurer la continuité de la vie de la Nation, des déficits anticipés jusqu'en 2023 et du Ségur de l'investissement²⁵.

Alors que l'État se donne jusqu'en 2042 pour rembourser la dette liée à la COVID-19, la CADES doit, elle, s'éteindre d'ici 2033, ce qui semble particulièrement difficile et interroge. Dans ce contexte, ajuster le rythme de remboursement de la dette sociale constitue une piste sérieuse pour desserrer la contrainte pesant actuellement sur les ressources de l'assurance maladie, sans renoncer au sérieux budgétaire. Un étalement du remboursement de la dette sociale permettrait de réduire de plusieurs milliards d'euros les montants consacrés à l'amortissement de la dette. Cette mesure de bon sens permettrait de réaffecter une fraction des recettes dégagées afin de financer des actions de prévention, d'investissement en santé et pour le grand âge.



CHANTIER 3

La prévention, fondement de l'avenir des politiques de santé

Plus que jamais, face aux tensions qu'il rencontre, notre système de santé doit prendre le virage préventif. Si la priorité à accorder à la prévention fait consensus, elle trouve encore des difficultés à se traduire dans des politiques publiques systématiques, concrètes et efficaces : les produits alimentaires les moins coûteux sont les plus néfastes à la santé (phénomène de la « malbouffe ») ; conséquence, notamment, de facteurs de risques comportementaux, plus de 40 % des cancers seraient évitables.

Investir dans la prévention, c'est améliorer à long terme l'état de la santé de la population. Investir dans la prévention, c'est également réduire la pression financière sur notre système de santé. Ainsi, d'après la Cour des comptes²⁶, un gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser environ 1,5 milliard d'euros par an dans les dépenses de l'assurance maladie.

Mais l'engagement dans la prévention ne se décrète pas et ne produit un effet qu'à moyen ou long terme. Il nous faut convaincre l'ensemble des acteurs que la prévention est réellement utile, aussi bien sur le plan de l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes concernées que sur le plan économique. Il est pour cela nécessaire que des incitations fortes à s'y engager soient déployées et de réfléchir à une méthode d'analyse médico-économique. Il est tout aussi nécessaire de définir des objectifs de santé publique visant à améliorer l'espérance de vie en bonne santé et à préserver l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, sur la base d'indicateurs partagés. La généralisation de l'outil ICOPE²⁷ en est un bon exemple.

qu'il est possible d'atteindre des résultats majeurs sur le long terme. En Suède, par exemple, 5,6 % des adultes sont fumeurs quotidiens en 2022³⁰, contre 25,3 % en France³¹, et le taux de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures est maintenant près de quatre fois inférieur.

La lutte contre les conduites addictives doit être un axe fort de nos politiques publiques nationales. Toutefois, il faut être clair : il n'y a pas lieu de rentrer dans une logique de prohibition vis-à-vis de l'alcool, notamment, ou des produits trop sucrés ou salés, mais simplement de faire connaître les effets nocifs d'une consommation abusive pour responsabiliser chacun, et d'étudier toutes les voies limitant les consommations abusives (effets prix).



Déployer une campagne massive de communication en faveur de la prévention et d'information sur les risques des produits addictifs

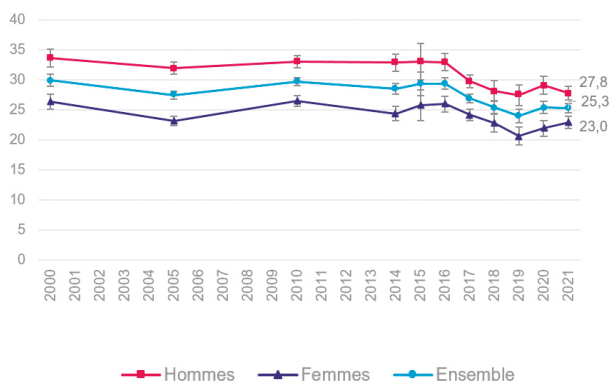
La mise en œuvre des mesures préventives est nécessaire à tous les niveaux de la société. En premier lieu, par l'information à l'utilisateur. La consommation excessive d'alcool (41 000 décès attribuables à l'alcool par an²⁸, outre les conséquences sociales, professionnelles et familiales) et l'addiction au tabac (75 000 morts par an²⁹) affectent l'espérance de vie en bonne santé à laquelle peuvent prétendre tous les individus à la naissance. Or, les exemples étrangers montrent



Rendre obligatoires les labels et scores validés par les autorités sur tous les produits concernés pour maximiser l'information de l'utilisateur sur sa consommation ou ses pratiques

De même, *via* des labels, des pictogrammes, des scores, des photographies, l'utilisateur reçoit une information sur le produit qu'il s'approprié à consommer. Il devient alors libre de faire un choix éclairé. Pour le tabac, l'apposition sur les paquets de cigarettes de messages de santé publique et d'images est devenue systématique. **Cette systématisme doit être la règle pour tout dispositif d'orientation des choix de ce type.** À cet égard, le Nutri-score n'est aujourd'hui pas obligatoire alors qu'il est un indicateur visuel simple et parlant en matière de choix de consommation alimentaire. Il doit le devenir pour que l'effet de l'action soit plein et entier.

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2021



Sources : Baromètres de Santé publique France, excepté 2015 Baromètre Cancer INCa-Santé publique France

26. Cour des comptes, La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée. Novembre 2021.

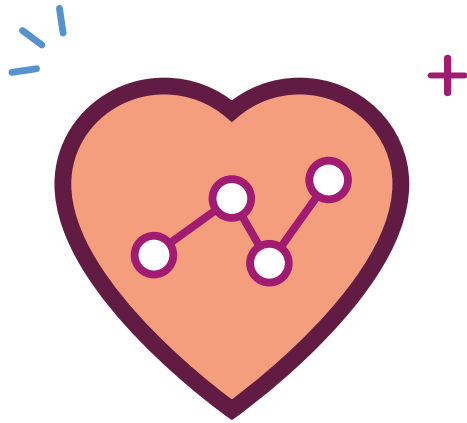
27. Loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.

28. Estimation Santé publique France - 14 janvier 2020.

29. Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2019 ; (15):278-84.

30. Agence suédoise de la santé publique.

31. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. Bull épidémiol hebdomadaire 2023;(9-10):152-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_1.html.



Mieux valoriser l'engagement dans la prévention, par des rétributions symboliques et financières pour les usagers et les professionnels



Si l'information est un premier vecteur pour orienter les préférences individuelles et les choix, elle ne suffit cependant pas. Ainsi, en deuxième lieu, nous devons collectivement aller plus loin, et mieux valoriser la mise en œuvre des bonnes pratiques de prévention.

Pour ce faire, l'idée d'une responsabilisation des usagers et des professionnels doit ainsi être inversée : il ne s'agit pas de responsabiliser en accroissant les tickets modérateurs mais, au contraire, de **réduire le reste à charge pour les usagers engagés dans des bonnes pratiques de prévention**. Il pourrait être décidé que la visite de prévention aux âges clés de la vie (qui serait l'occasion de dépistages et de vaccinations) donne droit à une journée payée mais non travaillée. Une initiative récente (octobre 2023) de l'assurance maladie est, en ce sens, exemplaire : le « bilan prévention », qui vise à sensibiliser et à encourager les individus à prendre en charge leur santé de manière proactive. Une option serait alors de proposer une modulation de la prise en charge par l'assurance maladie et les complémentaires afin d'améliorer le taux de recours à ces bilans.

De même, en tant que grands employeurs, les établissements de santé ou médico-sociaux ont la responsabilité de sensibiliser leurs professionnels de santé à la prévention primaire comme secondaire, et leurs actions dans ce sens devraient faire l'objet d'une valorisation effective, en rétribuant, par exemple, l'amélioration des taux de vaccination contre la grippe.



Ouvrir le remboursement d'actes à visée préventive et définir une nomenclature d'actes de préventions claires et précises

Enfin, les politiques en faveur de la prévention doivent la rendre accessible et en diminuer le coût pour l'utilisateur. Ainsi, se pose la question du **remboursement des actions préventives**. Il est nécessaire de l'envisager pour certaines pratiques, telles que l'éducation thérapeutique, l'entretien motivationnel, l'activité physique adaptée et les consultations diététiques, qui jouent un rôle crucial dans la promotion d'un mode de vie sain et la prévention des maladies.

Ce remboursement doit pouvoir reposer sur une nomenclature d'actes de prévention claire et précise, afin de garantir une prise en charge appropriée et standardisée des mesures préventives et valoriser financièrement cette activité.

Il pourrait être envisagé d'affecter le produit d'une fiscalité différenciée sur les produits nocifs au financement des actions de prévention.



Généraliser la signature des contrats locaux de santé incorporant un volet prévention

Mais il appartient aussi à l'échelon local de mettre en cohérence les organisations et les compétences pour encourager le virage préventif au plus près de l'utilisateur.

À ce titre, **les collectivités territoriales ont un rôle à jouer**. Elles sont l'échelon d'identification locale du citoyen et peuvent porter des actions de proximité, en adéquation avec les besoins de la population. Leur action doit se coordonner avec les projets régionaux de santé (PRS) portés par les Agences régionales de santé (ARS), qui y déclinent la politique régionale préventive.

Ainsi, l'outil adéquat, afin de décliner au plus près les grandes orientations, est le contrat local de santé, conclu entre l'ARS et les collectivités territoriales. Aujourd'hui privilégié dans les zones connaissant des difficultés d'accès aux soins, sa généralisation à tous les territoires permettrait de systématiser le déploiement d'actions de prévention au plus près des populations, quel que soit leur lieu de résidence.



Favoriser la structuration de stratégies et de directions de la prévention et de la santé publique au sein des GHT, des futurs GTSMS et des établissements

Le virage préventif nécessite enfin que les établissements de santé se saisissent encore davantage de l'enjeu ; ils ont la faculté de faire et d'être fédérateurs d'initiatives dans leurs territoires. C'est là une mission de service public pour laquelle ils doivent être soutenus. Si la prévention secondaire et tertiaire est ancrée dans les modes de fonctionnement des établissements et leur offre de soins, et constitue la priorité (éducation thérapeutique du patient, par exemple), leur participation à une prévention primaire s'affirme, en appui et en complément des acteurs de premier recours. Des établissements s'y sont engagés, comme le CHU d'Angers, avec la volonté de structurer des actions partenariales avec la ville, acteur essentiel de la prévention. Des directions spécifiques se structurent avec pour objectifs de développer des dynamiques institutionnelles autour de la prévention, de coordonner les initiatives existantes et de se positionner comme pôle d'expertise sur son territoire.

Afin de déployer une démarche de coordination des acteurs du territoire, l'échelle du groupement hospitalier de territoire peut s'avérer pertinente. Il est essentiel de travailler à la mise en place de parcours de santé cohérents et adaptés, en particulier pour les personnes à risque. Ces parcours doivent non seulement encourager l'adhésion à des comportements favorables à la santé, mais aussi offrir un soutien et un suivi personnalisés pour garantir des résultats durables. Du fait de leur nature et de leur ambition territoriale, les GHT doivent être positionnés comme un acteur incontournable dans toutes les phases de la prévention, notamment par des actions spécifiques au sein des PMSP. De même, la structure du secteur médico-social en groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux est une opportunité à saisir.



Utiliser tous les contacts dont disposent les établissements de santé avec les usagers pour leur proposer un bilan de prévention

Les établissements de santé sont des acteurs essentiels dans la transmission d'informations et de messages de prévention aux patients. En s'inspirant de la stratégie du NHS anglais « *making every contact count* », il est essentiel de déployer des dispositifs permettant qu'un très bref questionnaire soit proposé lors de chaque consultation, admission en hospitalisation ou venue aux urgences, au moment des formalités administratives. Il serait remis aux patients puis permettrait de les orienter, le cas échéant, vers une consultation de prévention selon les risques détectés.



CHANTIER 4

**L'engagement, l'innovation
et le ré-enchantement de
l'environnement de travail,
clés de l'attractivité et
de l'évolution des métiers**

Alors que les besoins de santé de la population française paraissent exponentiels, les récentes publications de la DREES augurent d'une diminution du nombre de professionnels de santé disponibles pour y répondre d'ici 2030³². L'émergence de nouveaux métiers au sein de nos établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux satisfait à la fois aux besoins de santé des populations et à l'impérieuse nécessité de recentrer les experts du soin et de l'accompagnement sur leur cœur de métier. Ces nouveaux métiers et compétences constituent un vecteur des évolutions organisationnelles des institutions sanitaires, sociales et médico-sociales publiques, pierres angulaires de l'innovation, de la recherche et du maintien en santé des individus et des populations.

La durée de formation des professionnels médicaux et le besoin de sécuriser les parcours des professionnels, au sein des institutions et des territoires, confirment l'urgence d'une mobilisation collective de grande ampleur, pour que les ressources actuelles et celles qui seront disponibles dans les cinq années à venir répondent aux besoins de santé sur l'ensemble du territoire. Le défi qui se présente est celui d'amplifier la robustesse de nos métiers, de maintenir et de développer les compétences des professionnels de santé, de promouvoir les carrières dans les métiers du « prendre soin » et de redonner le goût du travail collectif.

Si le regard collectif doit porter au-delà de la décennie actuelle, l'ensemble des propositions déclinées ci-après portent dès à présent une ambition vigoureuse pour l'ensemble des composantes du système de santé français. Elles trouveront d'autant plus à s'exprimer qu'elles pourront prendre appui sur une prospective intégrée et assumée des effectifs et des métiers hospitaliers et du secteur médico-social, que nous appelons de nos vœux³³.

Cette ambition se décline en quatre axes complémentaires, indissociables les uns des autres, qui forment un ensemble cohérent et équilibré, alliant réflexions approfondies et perspectives opérationnelles concrètes.



Redonner du sens à l'engagement de l'ensemble des professionnels de santé en les recentrant sur leur cœur de métier

L'émergence de nouveaux métiers répond à la fois aux besoins générés par les évolutions des prises en charge des patients et des modalités d'accueil des personnes, mais aussi au besoin de recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier. Dans un contexte de raréfaction des ressources humaines en santé et d'accroissement des besoins de santé des populations, l'évolution des métiers et des compétences constitue la première réponse pour garantir à chacun qu'il puisse bénéficier du juste soin, au bon moment, quel que soit le territoire où il se trouve³⁴.

Notre système de santé doit en conséquence s'appuyer sur des piliers solides, comme autant de repères pour les usagers au sein de parcours de soins gradués et valorisant la prévention. Cela induit en premier lieu d'établir et de faire vivre **une cartographie prospective des métiers sensibles** (les métiers émergents, les métiers en mutation profonde, les métiers dont les effectifs évoluent de manière significative et les métiers qui disparaissent) **et d'ajuster en regard les outils de référence de la Fonction publique hospitalière** (le Répertoire national des métiers et les corps et grades associés).

La valorisation de la place des professionnels de santé au sein de parcours de soins gradués suppose de positionner chacune et chacun au maximum de ses compétences, et de renforcer les interfaces entre les différentes professions parties prenantes aux prises en charge. De la promotion des délégations de tâches entre professionnels de santé³⁵ à la libération de l'accès direct aux professions paramédicales dans le cadre de coordinations pluriprofessionnelles garanties médicalement³⁶, en passant par l'accélération du déploiement des IPA, y compris en EHPAD³⁷, les

32. « Synthèse – Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? » Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021, Marie ANGUIS, Maxime BERGEAT, Jacques PISARIK, Noémie VERGIER, Héléne CHAPUT.

33. Rapport « Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires », Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, publié le 28 mars 2024.

34. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé, Rapport IGAS n° 2021-051R.

35. 20 délégations de tâches à connaître, à promouvoir (de la vaccination de la grippe par les pharmaciens, les sage-femmes, les infirmiers à la primo-prescription de verres correcteurs par les orthoptistes ou encore à la réalisation des certificats de décès par les IDE ; décret n° 2023-1146). Cf. la mesure 46 du rapport El Khomri.

36. Loi n°2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, Rapport IGAS n° 2021-051R.

37. « Synthèse – Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? » Les dossiers de la DREES, n° 76, mars 2021, Marie ANGUIS, Maxime BERGEAT, Jacques PISARIK, Noémie VERGIER, Héléne CHAPUT.



ressorts sont nombreux pour y parvenir. La question de la reconnaissance et de la consolidation de la place et de l'exercice de la médecine polyvalente en milieu hospitalier³⁸ devra également trouver une réponse structurante.

Les métiers de l'innovation et de la recherche en santé, du numérique et de la transition écologique, appellent également une attention particulière. Ces fonctions indispensables pour bâtir les établissements de demain et leur permettre de jouer leur rôle de figure de proue de l'innovation et de la prévention, tout en sécurisant leurs systèmes d'information, pâtissent d'un manque global de lisibilité, notamment en termes de financement de leurs emplois. Cela fait naître un cadre peu compétitif dans un contexte très concurrentiel, qui dépasse souvent les frontières du monde de la santé. L'innovation organisationnelle en santé doit, par ailleurs, continuer de prendre appui sur les nouveaux métiers de la coordination des parcours et filières de soins, dont il conviendra d'affiner le cadre d'exercice pour favoriser leur reconnaissance institutionnelle et le développement de synergies entre professionnels. **Le renforcement de la place de la recherche au sein des référentiels de formation initiale des professions paramédicales³⁹ et la consolidation pérenne des dispositions de mutualisation des financements destinés à la recherche et aux innovations organisationnelles constituent deux axes structurants de réponse à ces problématiques.**

La reconquête et la valorisation du sens de l'engagement au sein du service public hospitalier et médico-social ne feront pas l'économie d'une **simplification globale du cadre d'exercice**, qui doit être articulée autour de trois notions clés : l'accélération de la révision des modalités de recrutement des professionnels, la mise à jour du cadre d'exercice des professions réglementées et la modernisation des modalités de rémunération. Cette dynamique trouvera à se déployer en se saisissant de démarches engagées comme la **révision intégrale du régime indemnitaire des professionnels paramédicaux et des sages-femmes, la simplification de l'accès aux postes pérennes et des modalités d'organisation des concours internes et l'interdiction de l'intérim en début de carrière⁴⁰**. Il conviendra de la compléter en **sécurisant l'exercice mixte pour les professionnels non médicaux et de la maïeutique, en restaurant l'attractivité du statut de chefs de clinique des universités-assistants des hô-**

38. Recommandations du rapport de la FHF, « Médecine polyvalente à l'hôpital », publié en juin 2018, sous couvert d'une actualisation à venir, à la suite des impacts de la dernière crise sanitaire.

39. Rapport « Ressources humaines et statuts des enseignants chercheurs dans les formations paramédicales universitarisées », IGAS-IGESR, 2023.

40. L'article 29 de la loi du 27 décembre 2023 « visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels ».

41. La Conférence des doyens de médecine a remis 12 propositions d'évolution du statut de CCU-AH à Mme RETAILLEAU et à M. ROUSSEAU, respectivement ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et ministre de la Santé et de la Prévention lors des assises hospitalo-universitaires, le 14 et le 15 décembre 2023.

pitaux⁴¹, véritable point d'entrée des carrières hospitalo-universitaires, et en **repositionnant le statut de praticien hospitalier au cœur de l'organisation hospitalière**. Ce repositionnement du statut de PH se fera grâce à la mise en œuvre de la demi-journée de temps non clinique récemment introduite, la révision de l'encadrement national du recours aux contrats de motif 2 et la poursuite d'un objectif d'équilibre retrouvé entre les différents types d'exercices médicaux en termes de rémunération et de partage des contraintes, intégrant la consolidation d'un déroulement de carrière dynamique des PH.



Répondre à des besoins de santé différents par des formations ouvertes et adaptées

Après une décennie de recul du nombre de diplômés IDE⁴², une dynamique d'augmentation des places en instituts de formation paramédicale, intégrée dans les accords Ségur, a commencé à produire ses effets (+20 % de places en 2023 par rapport à 2019). Néanmoins, les places ouvertes n'ont pas toujours été intégralement pourvues, notamment au sein des formations aides-soignantes. Les études de médecine viennent pour leur part d'être profondément restructurées. Si la suppression du numerus clausus a permis d'accroître le nombre d'étudiants en santé du 1^{er} cycle, de nombreux facteurs ayant un effet sur l'évolution des besoins de santé des populations nécessitent d'être évalués pour confirmer le caractère suffisant de ces augmentations⁴³. Le besoin de création de postes d'enseignants supplémentaires fait par ailleurs consensus⁴⁴ au sein des acteurs de la formation initiale médicale. La croissance réelle du nombre de diplômés en santé suppose de faire évoluer la manière de s'adresser aux futurs professionnels, en suscitant des vocations au sein des jeunes générations et en facilitant l'accès et le déroulement des différents parcours sur les territoires.

42. « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », Études et résultats, DREES, mai 2023, n° 1266, Marion SIMON.

43. Rapport « Une prospective des ressources humaines en santé pour assurer l'équité d'accès aux soins sur tous les territoires », Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, publié le 28 mars 2024.

44. « 30 ambitions pour la santé et l'autonomie » établies par la FHF à l'occasion des élections présidentielles et législatives de 2022, page 39 et les « 10 propositions clés des trois conférences de CHU » à l'occasion des 18^e assises nationales hospitalo-universitaires, les 14 et 15 décembre 2023, pages 12 et 13 : nécessité de créer 1 000 postes HU titulaires sur cinq ans.

Pour **aller vers les professionnels de demain**, la réalisation d'une campagne de communication de grande ampleur afin de valoriser les métiers de la santé et de l'autonomie s'impose, doublée du développement systématique des dispositifs d'ouverture du monde hospitalier en direction des plus jeunes. L'accompagnement spécifique au cours de la première année des formations en santé⁴⁵ permettra de sécuriser les premiers pas déterminants des étudiants.

Exemples d'initiatives mises en place :

- des expérimentations portées par les plateformes des métiers de l'autonomie mises en place dans certains départements, par exemple les initiatives de la plateforme territoriale solidaire des Deux-Sèvres (79)⁴⁶;
- Les partenariats avec France Travail et les établissements publics de santé, comme le CHU de Dijon et le CHU de Besançon, qui ont conduit des professionnels éloignés de l'emploi à pourvoir un poste sur une fonction support (le bionettoyage), à la suite d'une période d'observation et de formation.

Notre appareil de formation doit continuer de se décloisonner et de promouvoir les coopérations, en intégrant dans chaque référentiel de formation des unités d'enseignement des compétences psychosociales et des temps de travail en commun des étudiants en santé, en systématisant la réalisation d'au moins deux stages obligatoires auprès des publics vulnérables⁴⁷ et en créant des parcours de formation mutualisés entre les différentes institutions et acteurs de santé. Ce mouvement devra être accompagné d'une **meilleure reconnaissance des missions des tuteurs et du déploiement d'une plateforme nationale d'évaluation** des stages des étudiants paramédicaux et en maïeutique.

En soutien de ces démarches, **l'universitarisation des territoires** ouvrira des perspectives d'accroissement de la mixité sociale des étudiants et, en sortie d'études, d'implantation territoriale plus équilibrée des médecins et professionnels soignants. Pour ce faire, le repérage des problématiques pouvant justifier la création de postes universitaires partagés entre tous les acteurs d'un territoire, l'augmentation du nombre de postes d'étudiants, d'internes et d'assistants partagés entre centres hospitalo-universitaires et centres hospitaliers, et l'engagement accru dans la formation des internes des responsables de terrains de stages hors terrain hospitalo-universitaire, représentent des pistes à approfondir.

Enfin, la **diversification des voies d'accès aux métiers hospitaliers** pourra s'appuyer sur des dispositifs existants en les renforçant, au moyen, par exemple, de l'attribution aux établissements publics d'un niveau d'aides similaire à celles perçues par les employeurs privés pour le recrutement d'alternants et de la facilitation de la réalisation effective aux validations des acquis de l'expérience, notamment en formats hybrides et/ou collectifs, y compris pour les nouveaux métiers comme les infirmiers en pratique avancée.



Anticiper et accompagner les nécessaires montées en compétences et les reconversions professionnelles

Les évolutions de la médecine, la nouvelle place des patients et de leurs accompagnants (à l'occasion notamment de la révision des cadres d'action en soins palliatifs et de l'émergence de la pair-aide), la recherche de simplification *via* l'introduction de nouvelles technologies, les effets attendus de l'intelligence artificielle constituent, de manière non exhaustive, des défis cruciaux tant pour les professionnels en exercice que pour les ceux en cours de formation. En conséquence, il devient urgent de disposer d'un canevas aussi solide qu'adaptable pour permettre une actualisation régulière des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être.

45. En premier lieu, pour les étudiants en médecine et pour les étudiants en soins infirmiers, pour sécuriser des compétences clés (les mathématiques et le français).

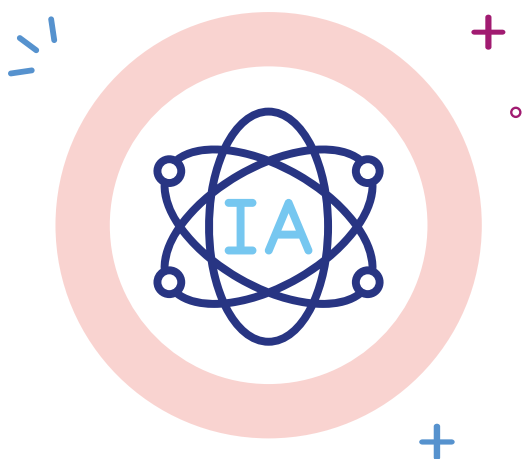
46. Plateforme Territoriale Solidaire des Deux-Sèvres (pts79.fr).

47. En distinguant le stage auprès des personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap du stage en psychiatrie.

Le rendez-vous primordial de la certification périodique offre, à ce titre, l'opportunité de retrouver l'esprit d'origine du développement professionnel continu pour l'ensemble des professions concernées et de revoir plus spécifiquement le circuit et les modalités de financement de la formation médicale continue.

La diversification des parcours, intégrant l'anticipation des deuxièmes parties de carrière, représente également un enjeu fondamental. Pour y répondre, il pourra utilement être pris appui sur les points forts traditionnels de la Fonction publique hospitalière – en valorisant davantage le dispositif des études promotionnelles et en levant les obstacles à un déploiement accru du congé de formation professionnelle, notamment – tout en les complétant d'approches nouvelles à construire, autour par exemple de l'expérimentation d'entretiens de carrière à destination de l'ensemble des professionnels, celle d'une validation des acquis de l'expérience médicale⁴⁸ ou du renforcement des dispositifs de mobilité entre institutions publiques⁴⁹.

Approvoiser pleinement l'intelligence artificielle constitue également un défi d'une rare ampleur, à l'heure où commencent à s'esquisser son potentiel mais aussi ses effets probables dans de nombreuses dimensions de l'exercice des métiers hospitaliers et médico-sociaux. À ce titre, la formation de l'ensemble des professionnels aux enjeux associés, l'ouverture d'espaces de dialogue au sein des équipes pour anticiper les effets de l'intelligence artificielle sur le contenu et les modalités du travail et l'intégration des axes stratégiques d'utilisation de cette dernière dans les projets d'établissement vont devenir, à court terme, des impératifs.



48. Par exemple, pour exercer la médecine polyvalente hospitalière (cf. « Évolutions des médecins hospitaliers, conséquences des surspécialités sur l'organisation des soins », *Les Tribunes de la santé* n° 73, été 2022, Jean-Yves GRALL, Raymond LE MOIGN, Vincent PIRIOU) ou bien la médecine pénitentiaire, la santé publique, la médecine du travail, des disciplines en tension moins choisies en formation initiale mais prioritaire en termes de santé publique.



Réenchanter les environnements de travail hospitaliers, médico-sociaux et en santé

Fédérer davantage les collectifs, valoriser l'engagement individuel et en équipe, identifier et préserver des espaces d'échange sur le travail, soutenir les initiatives à l'origine des équipes et rechercher leur autonomisation⁵⁰, accompagner les encadrants, garantir un équilibre entre les temps sociaux : autant de leviers à actionner, avec les professionnels et en lien avec les usagers, pour évoluer au sein d'environnements de travail sains et générer la satisfaction du travail bien fait, premier facteur d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

Le vivre-ensemble respectueux des valeurs du service public hospitalier est aussi celui de la lutte déterminée contre toutes les formes de discrimination et de violence. Les établissements hospitaliers et médico-sociaux constituent toujours de grandes communautés humaines qui, en raison de la nature même de leur activité, sont nécessairement très ouvertes sur la société et particulièrement perméables aux évolutions de celle-ci. À ce titre, elles se doivent d'autant plus d'être exemplaires dans l'incarnation des valeurs d'égalité et de respect de la dignité de toutes personnes qui exercent en leur sein ou s'en remettent à elles dans un moment important de leur vie. **La prévention des risques de discriminations et des situations de violences représente en conséquence une priorité**, dans la continuité naturelle du combat engagé en ce sens par la Fonction publique hospitalière au cours des dernières années. Il s'agit concomitamment d'en garantir le repérage et le signalement systématiques, de déployer les moyens d'action appropriés pour les faire cesser et en préserver les victimes, d'accompagner ces dernières autant que nécessaire et d'actionner les leviers indispensables à la suppression pérenne des comportements inappropriés. Dans des établissements publics de santé et médico-sociaux, certaines cultures étudiantes et professionnelles ont pu historiquement recouvrir, d'un brouillard trop opaque, les limites normales de tout comportement en environnement de travail. Il est

49. Dans le cadre des contrats locaux de l'emploi public, notamment.

50. « Cahier technique sur le management participatif et collaboratif » de la FHF, publié en mars 2023.



plus que jamais nécessaire de placer, au cœur de ces démarches d'ensemble, la prévention des violences sexistes et sexuelles. C'est une aspiration sociétale essentielle, dans laquelle les établissements publics de santé s'engagent.

La **revalorisation des temps en commun et la promotion du vivre-ensemble et du rôle de l'encadrement** en constituent un premier axe, qui trouvera autant à se traduire par la consolidation des modalités de **valorisation de l'engagement collectif** et le développement des temps consacrés à la **construction d'une culture managériale commune**⁵¹, que par le fait de penser et d'organiser le travail avec l'ensemble des membres d'une équipe⁵². La recherche permanente de simplification et de rapprochement des processus de leurs bénéficiaires et le déploiement actif des **délégations de gestion**⁵³ y contribueront également, de manière à réinvestir le temps ainsi retrouvé à rendre effectives les priorités d'évolution du système de santé – au premier rang desquelles se placent le virage de la prévention et la dynamique d'innovation et de recherche.

Le réenchantement de l'exercice du service public et de l'accompagnement induit, de manière tout aussi cruciale, une **conciliation des temps sociaux** plus directement palpable pour les professionnels. Le défi démographique incite à mieux accompagner la parentalité, en créant des **parcours individualisés, en garantissant la prise effective des congés des co-parents** – y compris en se donnant la possibilité **d'expérimenter une durée**

de congé du co-parent similaire à celle du congé de maternité une fois l'enfant arrivé – et en développant **l'offre de garde de la petite enfance adaptée aux rythmes de travail hospitaliers**. En complément, la **structuration d'environnements d'exercice bienveillants** suppose un niveau d'action multimodal, englobant la mise en œuvre effective de la protection sociale complémentaire, l'amélioration de l'accès au logement en proximité des lieux d'exercice, le renforcement des offres de mobilité adaptées et durables et l'intégration de la transition écologique au sein des engagements quotidiens comme des projets de grande ampleur.

Exemples d'initiatives mises en place :

- Au CH de Roubaix, depuis six ans, les IDE enceintes sont placées en sureffectif (hors maquette) avec missions adaptées à leur état (médicament, soins exceptionnels, etc.), ce qui fait baisser en même temps leur absentéisme et celui de leurs collègues.
- L'accompagnement des jeunes parents par le CH de Saintes pour trouver un mode de garde avec des horaires adaptés.

Enfin, il convient de **faire de la prévention de l'usure professionnelle et de la santé des professionnels de santé une grande cause nationale**. Alors qu'il existe désormais un fonds spécifique pour les établissements publics de santé, dont l'utilisation a été travaillée au cours de l'année 2023⁵⁴, le déploiement concret d'actions est attendu, autour, par exemple, de l'intégration systématique lors de la construction ou de la rénovation du bâti de **solutions de réduction des risques professionnels**, du renforcement de l'accès des établissements aux ressources de prévention, ou de **l'aménagement des fins de carrières pour les plus exposés à l'usure professionnelle**. Les initiatives comme **l'activité physique adaptée par et pour les professionnels** méritent d'être encouragées, de même que le **réinvestissement du temps dégagé par les innovations organisationnelles dans la prévention des risques et l'amélioration des conditions de travail**. Des perspectives organisationnelles audacieuses doivent également être investies pour mieux répartir collectivement la charge des contraintes inhérentes au système de santé, particulièrement sur le champ de la permanence des soins. **Instaurer un engagement de participation à la permanence des soins en établissement public de santé, pendant les premières années de plein exercice** des professionnels médicaux, et mobiliser **l'ensemble des forces médicales en activité pour partager la contrainte des soins non programmés**, notamment sous la forme d'équipes territoriales coordonnées et organisées⁵⁵, en forment deux piliers structurants.

51. Rapport de la « Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS », juin 2020.

52. « La démarche appréciative s'invite au bloc opératoire », Sandra BONJOUR et Fabienne NEGRONI, Revue hospitalière de France n° 616, janvier-février 2024.

53. Rapport de la « Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS », juin 2020.

54. Mission LEBRET-SOULIE, 1^{er} semestre 2023.

55. Par exemple, une demi-journée par semaine de rendez-vous non programmés et/ou de réponses à des questions de confrères. Ces modalités seraient définies par territoire, à la suite d'une cartographie des besoins par les observatoires régionaux des professions de santé.



CHANTIER 5

La recherche et l'innovation, moteurs de l'excellence

Les pistes de réflexion et les propositions suivantes s'appuient sur celles de la plateforme élaborée par la FHF en 2022 à l'occasion des élections présidentielles et législatives, et sur celle des trois conférences hospitalo-universitaires (DG de CHU, PCME de CHU et Doyens) présentée en décembre 2023*.

La recherche et l'innovation constituent des priorités absolues, qui doivent être traitées de façon distincte. L'innovation est notamment un processus relevant d'échéances plus brèves, d'un cycle plus court-termiste avec des résultats potentiellement plus rapides que la recherche, qui s'inscrit par nature dans un cycle à plus long terme. Pour ces deux sujets, des évolutions sont intervenues ces dernières années, qu'il convient de reconnaître. La création de l'Agence de l'innovation en santé constitue ainsi une étape importante en matière de recherche, d'accès à l'innovation, de structuration du management et d'accompagnement de l'innovation, que la FHF et la communauté hospitalière et hospitalo-universitaire publique ont soutenue.

*https://www.dg-chru.fr/wp-content/uploads/2024/03/PROPOSITIONS_Assises-HU_2023pdf.pdf



Conforter les hôpitaux publics, en premier lieu les CHU, dans leur mission de recherche d'excellence en santé



Structurer la politique de recherche en santé, du niveau national jusqu'au niveau établissement, mais également au niveau régional et territorial

Il est, dans un premier temps, essentiel de structurer la politique de recherche en santé, du niveau national jusqu'au niveau établissement, mais également au niveau régional et territorial. Cela passe par plusieurs actions.

Premièrement, la FHF propose la signature d'un accord-cadre national signé par l'Inserm, les Conférences HU et France Universités, qui permettrait d'affirmer la cohésion de l'écosystème santé à travers une gouvernance et un espace pérenne de dialogue, de fixer des objectifs stratégiques précis, de créer des mécanismes opérationnels facilitant la vie des chercheurs (définition de guichets uniques, partage principal de la propriété intellectuelle, règle unique régissant les échantillons, etc.).

Deuxièmement, des **contrats de site Inserm/Université/CHU** pourraient être conclus et développés pour cinq ans afin de dynamiser la politique de site, de s'accorder sur la politique de recherche en santé menée par le site avec des objectifs concrets de simplification de la vie des chercheurs.

Troisièmement, la **cotutelle des unités de recherche en santé de leur campus hospitalo-universitaire par les CHU** pourrait être développée, pour un meilleur continuum entre recherche fondamentale, translationnelle et clinique.

Quatrièmement, **au sein des établissements porteurs de crédits MERRI, un intéressement des services au plus près du terrain** pourrait être promu en organisant un retour collectif ciblé sur le service de soins ou sur l'équipe de recherche de ces crédits et en profitant de l'opportunité de l'augmentation de l'enveloppe de 50 M€ par an sur huit ans. Une première étape consiste, notamment, à assurer la transparence de la redistribution interne des crédits de recherche, et notamment des MERRI.

- Exemple du CHU d'Amiens qui a mis en place un intéressement des services en fonction de leurs activités et productions en matière de recherche.
- Exemple du CHU de Lille avec la mise en place d'un bonus R fléché sur des dépenses de soutien et de structuration des activités de recherche (remboursement de frais de publication, financement d'assistant de recherche clinique pour renforcer les équipes d'investigation) en fonction de la production scientifique des pôles (publications, inclusions) et du niveau d'excellence (projets académiques, rang de l'auteur...).




Lever les obstacles et les lourdeurs actuelles et soutenir les dispositifs existants qui ont montré toute leur pertinence

Au-delà de ces actions de structuration, deux mesures permettraient d'atteindre l'excellence en santé.

Le cadre réglementaire doit être réformé et assoupli, et les lourdeurs administratives levées en prenant en compte l'expérience terrain. La période de la crise sanitaire a démontré qu'il était possible d'accélérer, de simplifier et de numériser les procédures. Il s'agit donc de pérenniser ces actions transitoires à travers des mesures concrètes de simplification en matière de réglementation, afin d'accélérer les délais d'inclusion du 1^{er} patient qui est aujourd'hui de 160 jours en moyenne en France, ce qui est bien supérieur à de nombreux pays d'Europe. Pour parvenir à ces objectifs, nous devons conforter le système d'information recherche des établissements et favoriser les démarches de numérisation des essais (développement du e-consentement, de e-monitoring, de la e-consultation, virage domiciliaire de la recherche clinique avec des professionnels de santé hospitaliers se déplaçant à domicile ou en cabinet médical).



Il nous faut aussi consolider le dispositif du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), qui a permis à la recherche clinique de progressivement se professionnaliser et de s'intégrer aux objectifs stratégiques des établissements de santé hospitalo-universitaires, à la fois comme une composante de la qualité des soins et un élément d'attractivité pour les professionnels de santé. Le PHRC est un outil précieux qui a largement contribué à la bonne position de la France en matière de comparaison internationale : la France se situe au troisième rang mondial pour les études académiques quand elle se situe au huitième rang concernant les études industrielles (et au troisième rang européen).



Soutenir les coopérations territoriales de la recherche, garantes de l'accès aux innovations thérapeutiques et diagnostiques sur les territoires

L'accès de tous à l'innovation par l'élargissement et l'accélération des inclusions dans les essais cliniques est également un enjeu important. Cela passe notamment par des coopérations territoriales entre établissements. Plusieurs pistes d'action sont proposées.

L'égal accès des patients à l'innovation et aux essais thérapeutiques sur l'ensemble du territoire doit être favorisé. Pour cela, la coopération territoriale doit être renforcée et doit se fonder sur la mise à disposition de moyens à proximité des équipes qui s'engagent dans des activités de recherche clinique et d'enseignement :

- poursuivre et soutenir la mise en place d'une organisation et d'une animation territoriales, à l'échelle des GHT, à l'échelle des subdivisions de CHU, avec un fonctionnement en réseaux dans une logique de collaboration dans les territoires et les régions ;
- développer et accélérer l'activité d'inclusion dans les essais cliniques, avec le recrutement de techniciens d'étude clinique (TEC), d'infirmiers de recherche clinique dans les services, le financement d'équipes territoriales destinées à la recherche clinique pour favoriser l'inclusion des patients dans les études cliniques, ou encore le financement d'outils d'aide au pré-screening et au screening dans les structures de soutien à la recherche clinique ;
- favoriser l'universitarisation territoriale avec le déploiement plus large de PASS ou de LAS délocalisés dans une ville disposant d'une infrastructure universitaire, mais pas d'une UFR santé.

L'universitarisation territoriale peut être favorisée grâce au cofinancement d'emplois hospitalo-universitaires titulaires par les collectivités territoriales et/ou les ARS, avec toutefois un point de vigilance sur la pérennité de ce cofinancement, en s'appuyant sur les postes de non-titulaires (CCA territoriaux), en soutien du praticien hospitalo-universitaire. Le maintien du lien avec l'établissement HU d'origine est également très important.

Il est aussi essentiel de professionnaliser la recherche clinique dans les centres hospitaliers à travers des partenariats CH/CHU/ Université, la mutualisation des fonctions RI au sein des GHT (au même titre que les fonctions numérique ou achat), un budget mutualisé des crédits recherche au niveau des GHT après avis du comité stratégique et une convention équilibrée GHT/CHU, ou encore un axe recherche obligatoire dans les projets médico-soignants partagés (PMSP). Viser une unité de recherche et une antenne universitaire délocalisée dans chaque établissement support de GHT doit être un objectif.

Exemples d'expériences mises en place :

#1

Le modèle du Groupement de coopération scientifique (GCS) RIMBO, groupement de recherche regroupant deux GHT avec CHU de Brest, CH de Morlaix et CH de Quimper qui repose sur une redistribution de la dotation socle avec des règles de répartition fixées entre établissements. Il s'agit d'un modèle de coopération territoriale autour des activités de recherche particulièrement innovante en 2013 lors de sa mise en place, ayant permis, grâce à un investissement important des équipes à la fois de promotion et d'investigation (temps TEC projetés, ressources méthodologiques mises à disposition des centres hospitaliers...) de développer la recherche (recruter plus vite pour des essais à promotion du CHU avec ouverture de centre participant sur Morlaix ou Quimper) et de favoriser les interactions positives entre équipes médicales de la subdivision universitaire de Bretagne occidentale.

#2

Le modèle du Groupement de recherche clinique en Nord et Pas-de-Calais (G2RC) avec pour ambition de développer la recherche clinique dans les établissements adhérents (13 membres dont le CHU de Lille) au bénéfice de leurs patients en facilitant l'accès aux innovations en santé : coopération des équipes de recherche ; accès à des compétences et plateforme techniques ; professionnalisation, formation et information des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs...).

#3

Le modèle conventionnel du CHU Dijon Bourgogne :

convention de coopération sur les activités de recherche clinique en Bourgogne entre le CHU Dijon-Bourgogne et le CH d'Auxerre, signée en mai 2018, pour diffuser tous les appels à projets recensés et catégorisés par le CHU, proposer de participer aux essais cliniques promus par le CHU et apporter au CH d'Auxerre toute l'aide méthodologique et statistique nécessaire et redistribuer annuellement au CH sa part de dotation socle selon ses performances SIGAPS/SIGREC, calculée selon la répartition des scores de la dotation socle.

#4

Le modèle de la DRCI de territoire unique de la subdivision d'Angers :

en appui de la dynamique d'universitarisation du territoire de sa subdivision le CHU d'Angers, sept établissements de santé de la subdivision d'Angers (représentant trois GHT), dont un EPSM et un ESPIC, ont constitué une DRCI de Territoire commune depuis 2019, afin de :

- favoriser l'égalité d'accès aux soins et à l'innovation thérapeutique sur le territoire et augmenter les inclusions dans les études ;
- favoriser les recherches multicentriques entre ces sept établissements, promues par le CHU d'Angers et/ou le CH du Mans, afin de renforcer les capacités d'inclusion « au pied du lit du malade » tout en garantissant le niveau de sécurité requis ;
- mutualiser les moyens en matière d'investigation et/ou de promotion, et mettre à disposition des moyens ciblés en fonction des besoins de chaque établissement ;
- faire MERRI-SIGAPS-SIGREC commune depuis 2022 (à l'exception du CH du Mans) et reverser à chaque établissement, au 1^{er} euro, la MERRI générée, supprimant l'effet de seuil. Le CHU d'Angers reverse annuellement aux établissements la part de la dotation SIGAPS/SIGREC correspondante à leur activité, déduction faite des coûts qu'il engage pour répondre à leur besoin.



La santé publique et la prévention, une véritable priorité de la recherche au niveau national et territorial qui doit être soutenue

La pandémie de COVID-19 montre l'importance des enjeux de santé publique. La structuration de la politique de santé publique et de la prévention au sein des territoires doit pouvoir s'appuyer sur l'analyse des données de santé et les entrepôts de données de santé. La promotion de la santé publique pourrait être soutenue grâce aux propositions suivantes :

- structurer et renforcer les pôles de santé publique des CHU *via* des projets communs en termes d'enseignement et de recherche avec les universités et les Organismes nationaux de recherche (ONR) ;
- créer des équipes territoriales pluridisciplinaires de santé publique et de prévention au sein de chaque territoire, en lien avec les CHU (enseignement et recherche) afin de promouvoir l'éducation des professionnels de santé et du grand public en matière de santé publique et de prévention ;
- mieux former les futurs professionnels de santé, médecins et paramédicaux, aux enjeux de santé publique, et notamment à la promotion de la santé et de la prévention (pathologies chroniques, par exemple) ;
- renforcer l'attractivité des filières de santé publique pour les médecins et les paramédicaux, la spécialité santé publique étant encore trop souvent un choix par défaut.

Les liens entre la santé et d'autres disciplines (mathématiques, physique, informatique, sciences humaines et sociales) sont également à renforcer. Les enjeux sont en effet communs à la recherche en santé humaine, en santé animale et en santé de l'environnement (concept *One Health* /une seule santé).



Structurer, diffuser et financer l'innovation dans les hôpitaux publics

Le champ de l'innovation est très large et ne se limite pas aux médicaments et aux dispositifs médicaux ; il concerne aussi l'organisation des soins et des parcours, les nouveaux métiers, le management (gestion de projets, partage d'informations, nouveaux outils). L'innovation numérique, comme l'IA, est transversale et souvent présente dans de nombreux projets innovants.

L'objectif est d'aider les hôpitaux publics à structurer leur politique d'innovation et à accompagner les initiatives de leurs professionnels. L'innovation est en effet un facteur d'attractivité pour les équipes et les professionnels hospitaliers. Son processus comprend une part de risque et de droit à l'erreur qu'il faut accepter tout en professionnalisant l'accompagnement des projets innovants. Il est essentiel de sécuriser une part de financement consacrée au sein de l'ONDAM. Les financements actuels étant très restreints (enveloppe RIHN par exemple), ce sont en effet les établissements qui autofinancent largement l'innovation. Les crédits hors ONDAM, comme France 2030 dans le cadre des tiers-lieux, ne sont pas des dispositifs pérennes.



Structurer partout le management de l'innovation

Certains établissements ont déjà mis en place des organisations en matière de management et d'accompagnement de l'innovation. Il est essentiel de capitaliser sur ces expériences en les renforçant et en les développant.

Pour cela, nous devons renforcer les cellules innovation et les compétences au sein des GHU, des GHT, ou même en inter-GHT. En s'appuyant sur les exemples de structuration existants, **la création d'équipes dédiées** avec un volet innova-

tion spécifique au sein des projets médico-soignants partagés, permettra d'atteindre cet objectif de potentialisation des compétences. La mise en œuvre d'un **guichet unique de l'innovation** dans chaque CHU et GHT pour les entreprises innovantes du territoire contribuera aussi à une meilleure coordination entre les acteurs grâce à une meilleure lisibilité.

Ces efforts de structuration doivent aussi permettre d'accompagner **l'émergence de nouveaux métiers** autour de la détection de l'innovation, du transfert de technologie, de l'accès à l'innovation, et de son déploiement, tout en accompagnant l'évolution des métiers existants. **Développer les formations** au management de l'innovation, à la gestion de projet et **favoriser les conditions d'accès à l'expertise médicale et scientifique** sont des pistes de réflexion qui permettraient de diffuser la culture de l'innovation, tout en faisant évoluer les formations.

Les tiers-lieux d'expérimentation, portés par les établissements de santé et soutenus par le gouvernement via le Plan Innovation Santé 2030, doivent aussi être consolidés avec la **création et le financement pérenne d'un tiers-lieu par CHU**. Ces derniers ont joué un rôle essentiel en tant que membres fondateurs des Pôles universitaires d'innovation, structurant une thématique santé.

Pour assurer une collaboration optimale entre acteurs, les établissements de santé pourraient aussi **accompagner les entreprises innovantes**, en faisant mieux connaître le fonctionnement et les contraintes de l'hôpital public et des entreprises innovantes et en assouplissant les conditions réglementaires régissant la prise de participation des CHU dans les start-up :

#1

Exemple de l'outil Hospi'Up du Fonds FHF : le programme Hospi'Up est une plateforme web accessible à tous. Il a été imaginé et conçu en 2021 par le Fonds FHF pour faciliter les collaborations entre les établissements de santé et les entreprises innovantes. On y retrouve un guide et des entretiens vidéo, qui permettent d'explorer des modèles d'organisations hospitalières consacrées à l'innovation. Il propose également une base de données des innovations, où les entreprises innovantes peuvent présenter leurs solutions.

#2

Exemple de la direction innovation des Hospices Civils de Lyon, créée en 2021. Les HCL ont restructuré leur DRCI afin de créer deux nouvelles directions : une Direction de la recherche en santé, chargée de tous les sujets de recherche (clinique, sur données, en sciences humaines et sociales, etc.) et une Direction de l'innovation, chargée de soutenir tous types d'innovation au sein de l'établissement. Cette distinction a permis de mieux organiser l'innovation au sein de l'établissement et de lui accorder une place plus importante. Elle a également permis d'ouvrir le champ de l'innovation à la thématique managériale ou organisationnelle alors qu'elle pouvait parfois sembler restreinte à celui de la recherche clinique.

#3

Exemple du centre W.INN du CHRU de Brest, dont l'objet est de transformer les idées en projets collaboratifs, d'accueillir à l'innovation et de faciliter les projets de start-up. Le centre W.INN a pour objectif d'accompagner l'innovation, de la détection de l'idée au déploiement opérationnel en devenant le guichet unique permettant de cibler les idées et de centraliser toutes les demandes pour gagner en efficacité et simplifier le premier contact.

#4

Exemple du Centre d'investigation clinique pour les technologies innovantes (CIC-IT) entre le CHU de Lille, l'Université de Lille et l'INSERM, agréé en 2008, spécialisé dans les biocapteurs. Le CIC-IT de Lille combine à la fois compétences et connaissances dans la conception de l'innovation (analyse des besoins, spécifications, maquetage et prototypage), l'évaluation (technique, ergonomique et clinique), jusqu'à leur valorisation scientifique et économique.

#5

Exemple du tiers-lieu d'expérimentation In-Citu, qui figure parmi les 10 lauréats de la 1^{re} vague France 2023 Plan Innovation Santé 2030, et regroupe notamment le CHU de Lille, l'Université de Lille, l'URPS et Eurasanté pour mettre en œuvre les expérimentations, les évaluer et contribuer à leur accès au marché.



Développer une culture et une méthode d'évaluation

Au-delà de la nécessaire structuration du management de l'innovation, une autre priorité est d'identifier, de reconnaître, d'évaluer et de valoriser les innovations des équipes hospitalières, à travers les propositions suivantes :

- **développer un label Innovation** valorisant les solutions, ayant un réel impact en termes d'amélioration du parcours de soins mais aussi médico-économiques, facilitant ainsi l'achat de la solution innovante à un juste prix pouvant aboutir à un équivalent d'AMM de l'innovation permettant un partage des coûts, des financements et de la création de valeur de l'innovation ;
- **développer et mettre en œuvre des indicateurs pour identifier, mesurer l'innovation** avant et après son déploiement et le valider au sein d'un service, d'un établissement et d'un territoire ;
- **mettre en place un intéressement** pour les services/équipes qui innove sur la base de ces indicateurs. Intégrer les professionnels paramédicaux à cette reconnaissance et à cette valorisation de l'innovation ;
- **favoriser le partage des innovations** entre établissements en confiant cette mission à une structure clairement identifiée.



Sanctuariser et pérenniser le financement de l'innovation

Enfin, l'absence d'une véritable enveloppe destinée au financement de l'innovation au sein de l'ONDAM, la complexité et les faibles montants associés aux mécanismes existants (exemple du forfait innovation) posent la question du financement pérenne et sécurisé de l'innovation en santé au sein des établissements de santé.

Les propositions suivantes visent à répondre à cette problématique :

- **sanctuariser et sécuriser le financement de l'innovation au sein de l'ONDAM** pour donner aux établissements les moyens de dégager une enveloppe destinée à l'innovation et de financer des projets internes innovants ;
- **fournir aux établissements les moyens de recueillir les données de vie réelle en matière de thérapies innovantes**, en associant prescripteurs, pharmaciens et direction (direction de la recherche clinique et de l'innovation (DRCI), par exemple), garantissant ainsi la qualité de cette collecte, avec partage des honoraires et financement entre les parties prenantes. Prévoir des dispositifs de financement des nouveaux dispositifs médicaux numériques (évolution des actes assurance maladie) ;
- **accompagner le financement de ces innovations**, par exemple, grâce au financement de dispositifs d'évaluation des innovations de rupture jusqu'à la décision ou non, de prise en charge par l'assurance maladie, et à un accès au marché plus favorable et donc plus rapide ;
- **accélérer la révision des nomenclatures d'actes cliniques et techniques** : le rythme actuel de révision des échelles de valeur et des tarifs des nomenclatures est en effet totalement incompatible avec le rythme de l'innovation médicale. L'absence ou l'insuffisance de révision des actes devenus obsolètes, ou présentant un écart important entre le tarif et le coût réellement engagé, ne permet pas de dégager les marges de manœuvre financières nécessaires à une rapide intégration des actes innovants dans les nomenclatures. Cela génère des codages par assimilation, pas toujours possibles par ailleurs, et une hétérogénéité des pratiques entre établissements. En outre, cela est extrêmement freinateur à la bonne intégration et à la juste valorisation de l'innovation dans les nomenclatures.



Favoriser la contribution des hôpitaux publics à la constitution du patrimoine national de la donnée de santé et en tirer les fruits

L'exploitation massive des données de santé constitue le socle de la recherche et des innovations de demain. Les hôpitaux publics contribuent, de façon prépondérante, à la production des données de santé et au développement de leur usage. L'exploitation des données de santé, s'appuyant sur une IA maîtrisée et sûre, permettra d'améliorer les parcours patients, de développer les prises en charge hors les murs, d'affiner les diagnostics, de détecter précocement, de surveiller l'évolution des pathologies, d'aider à la prise de décision des médecins et d'automatiser la production d'indicateurs de qualité des soins.

Couplées à des technologies innovantes, notamment d'IA et de prédiction, les données de santé ont le potentiel de grandement améliorer le pré-diagnostic, la hiérarchisation des patients pour l'accès à certaines spécialités où les prises de rendez-vous deviennent de plus en plus longues. Plus globalement, les données médicales permettent également un meilleur suivi des patients, une anticipation des possibles pathologies et/ou complications, ainsi qu'une meilleure gestion et organisation des soins.

Le volet santé de France 2030 est l'occasion de mettre en avant les enjeux de santé publique, à travers notamment l'accélération de la recherche et de l'innovation basée sur les données de santé (Health Data Hub, HDH, entrepôts de données de santé). Les hôpitaux publics, et notamment les CHU, peuvent être de forts contributeurs à travers leurs entrepôts de données de santé, qu'il convient toutefois d'accompagner sur la durée en matière de financement, mais aussi de recrutement de compétences pointues, très souvent rares et chères.

Pour cela, il nous faut conforter et pérenniser le financement par des crédits publics des établissements de santé hospitaliers et de leur structuration régionale, voire interrégionale (hubs interrégionaux), **et mettre en œuvre un véritable projet fédératif entre le HDH et les établissements ou groupements d'établissements**. Les CHU, porteurs d'entrepôts de données de santé, facilitent par exemple le partage des données et un accès privilégié pour les établissements publics.

#1

Exemple de l'EDS INCLUDE du CHU de Lille, labellisé en 2019 par la CNIL regroupant des données de santé depuis 2008 (PMSI, biologie, prescriptions et administrations de médicaments, transfusions...).

#2

Projet interrégional Data4health entre les quatre CHU du GCS G4 (Lille, Amiens, Caen et Rouen), lauréat du premier appel à projets EDS de la DGOS et de la BPI France, dont l'objectif est de mettre en place une plateforme interrégionale de traitement de données pouvant héberger des projets locaux comme multicentriques, de rendre interopérables les données des quatre CHU sur un périmètre défini facilitant les études multicentriques et de mutualiser les ressources et les expertises en analyse de données.



Développer la recherche sur le vieillissement et mieux structurer l'innovation dans le secteur médico-social

Le lancement récent de l'Institut Hospitalo-Universitaire (IHU) HealthAge de Toulouse pour le vieillissement en bonne santé constitue une reconnaissance des enjeux majeurs et des défis médicaux, humains et sociétaux que représente le vieillissement de la population. Parmi ses missions, l'IHU s'attachera à améliorer la compréhension des phénomènes du vieillissement et des pathologies associées, d'imaginer des solutions pour une meilleure prise en charge à grande échelle et un accompagnement vers le bien-vieillir.

La mise en réseau des gérontopôles régionaux doit également permettre de mieux capitaliser sur les retours d'expériences et de progresser dans l'évaluation des innovations organisationnelles ou technologiques.

D'une manière générale, dans le secteur médico-social, le déploiement massif des nouvelles technologies est incontournable pour répondre à la croissance quantitative des besoins et améliorer la qualité de services proposés aux personnes âgées ou aux personnes en situation de handicap (maintien du lien social, lutte contre les troubles cognitifs, sécurisation des procédures de soins, prévention des chutes et des décompensations...).

La grande diversité et l'atomisation du secteur médico-social supposent de se doter d'outils tels qu'un centre de preuve pour accélérer la diffusion des pratiques innovantes et des outils ayant fait leur preuve. La création récente par la loi⁵⁶ d'un centre de ressources probantes permettra notamment d'améliorer l'évaluation des aides techniques.

Dans le champ médico-social, l'innovation doit avoir une dimension aussi bien organisationnelle et managériale que technologique, et le « pouvoir d'agir » des professionnels comme des personnes accompagnées devra être systématiquement recherché.

56. Loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie.

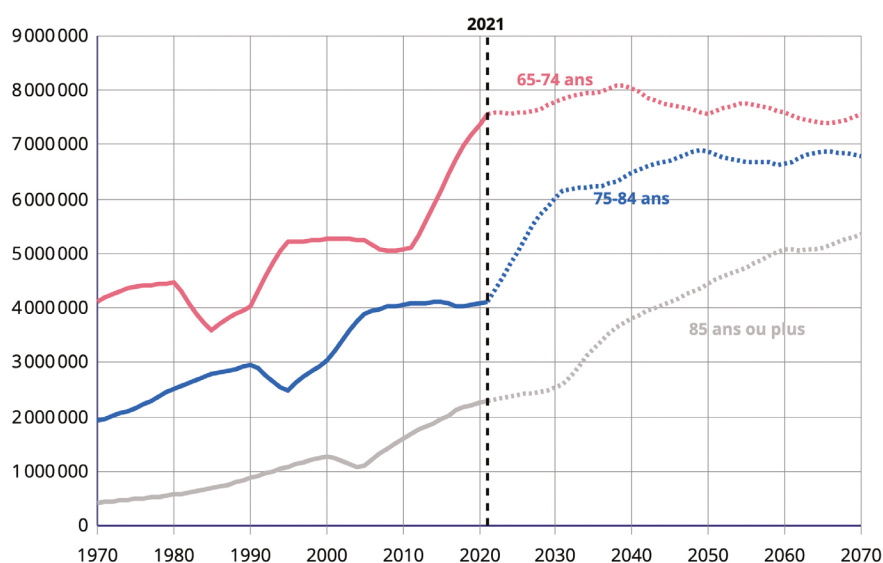


CHANTIER 6

Investir dans le Grand Âge, une priorité absolue

Le vieillissement de la population va s'accroître d'ici 2040. Notre pays comptera alors 2,5 millions de personnes supplémentaires de plus de 80 ans, soit une augmentation de 60 % par rapport à aujourd'hui.

Population des 65 ans ou plus de 1970 à 2070 selon le scénario central



Lecture : au 1^{er} janvier 2070, selon le scénario central, 7 millions de personnes auraient entre 65 et 74 ans en France.

Champ : France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et scénario central des projections de population 2021-2070.

La réponse aux enjeux du vieillissement est tout à la fois un enjeu de dignité pour les personnes, de santé publique et de société.

Un enjeu de dignité, car les personnes âgées en perte d'autonomie doivent pouvoir bénéficier d'un cadre de vie qui leur permette de vivre dans des conditions adaptées, d'exercer leur liberté de citoyen.

Un enjeu de santé publique, car l'avancée en âge est corrélée à l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et de la consommation des services de santé. La prévention en santé, la prévention de la perte d'autonomie sont des impératifs absolus.

Un enjeu de société, car, si les personnes âgées, notamment en perte d'autonomie, ne bénéficient pas d'un accompagnement adapté et suffisant par le système de santé, un report s'opèrera sur l'hôpital et les familles, notamment les actifs.

Malgré les promesses formulées en juin 2018 par l'exécutif, la grande réforme du grand âge et de l'autonomie constitue toujours l'un des « rendez-vous manqués » par les pouvoirs publics. La loi d'initiative parlementaire visant à bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie, adoptée en avril 2024, a permis

plusieurs avancées⁵⁷. En créant une obligation de proposer à toutes les personnes âgées un dépistage régulier des fragilités⁵⁸, elle ouvre la perspective d'une véritable politique de prévention et constitue une avancée que la FHF a soutenue de longue date. La mise en œuvre effective de ce dépistage systématique des fragilités suppose toutefois que les moyens nécessaires soient planifiés afin de créer une véritable obligation de résultat pour les pouvoirs publics à l'échelle locale.

Pourtant, la loi du 8 avril 2024 est loin de répondre à tous les enjeux pour le Grand Âge, dont les principaux restent à traiter. Les parlementaires, en prenant acte, ont inscrit dans cette loi un article engageant le gouvernement à élaborer une loi de programmation en matière de financement et de recrutements. Peu de sujets ont été aussi documentés ces dernières années, avec de très nombreux rapports dont les constats convergent et qui soulignent tous **l'impératif à investir, à recruter et faire évoluer les métiers, et à transformer l'offre pour mieux répondre aux attentes nouvelles des personnes.**

57. Parmi lesquelles peuvent être citées, la création du Service public départemental de l'autonomie (SPDA), la création des Groupements territoriaux de coopération sociale et médico-sociale (GTSMS) ou encore la possibilité pour les EHPAD de moduler leurs tarifs pour les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale.

58. Sur le modèle, par exemple, de la démarche ICOPE promue par l'OMS et expérimentée depuis plusieurs années par le CHU de Toulouse ou celui de Tours.

ESMS

Prendre en compte et corriger les différences de situations socio-fiscales entre les ESMS de différents statuts

Les ESMS publics sont confrontés à une situation de plus en plus inéquitable sur le plan socio-fiscal vis-à-vis des ESMS privés associatifs et commerciaux. Les différences de régimes entre les EHPAD des différents statuts (cotisations sociales, TVA, taxe sur les salaires...) doivent être intégrées dans le contexte d'une tarification identique pour tous : l'absence de prise en compte de ces différences dans les règles de financement des établissements revient, de fait, à pénaliser le secteur public en le plaçant dans une situation de désavantage concurrentiel.

Pour les ESMS et USLD publics, à la faiblesse de leur tarif hébergement (1 000 € de moins en moyenne par mois que les EHPAD commerciaux et 150 € de moins que les associatifs) vient s'ajouter **l'iniquité profonde des mécanismes de prélèvements socio-fiscaux au détriment des ESMS relevant de la fonction publique hospitalière :**

- à la différence des ESMS rattachés aux collectivités territoriales (relevant de la FPT), ils ne bénéficient pas du Fonds de compensation pour la TVA (FCTVA) pour les investissements et de l'exonération de la taxe sur les salaires pour les personnels relevant des tarifs hébergement et dépendance (environ 5 % de la masse salariale) ;
- à la différence des ESMS privés, ils ne bénéficient pas des abattements généraux de cotisations sociales introduits par la LFSS pour 2019 (environ 8 % de la masse salariale) ni des recettes d'indemnités journalières en cas d'absentéisme.

Ces inégalités de traitement ne renvoient à aucune justification, ni économique, ni sociale. Elles sont le résultat de dispositions disparates prises dans un contexte différent, ou encore le résultat de politiques transversales, comme les abattements de cotisations sans que des mesures de compensation n'aient été prises pour maintenir l'équité entre les acteurs, à la différence du champ sanitaire.



Élaborer au plus vite une loi de programmation pour le grand âge, apportant des réponses claires en matière de gouvernance et soutenue par la programmation des moyens adéquats pour répondre à la croissance certaine des besoins

Une loi de programmation votée par le Parlement est indispensable pour **bâtir une stratégie systémique pour le moyen et le long terme et anticiper l'apparition d'une société de la longévité.** Il s'agit de travailler à la fois sur les métiers, sur l'âgeisme, sur la prévention et l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé et de l'espérance de vie sans incapacité, sur de nouvelles offres d'accompagnement, sur les parcours de vie et de santé des personnes, mais aussi de permettre une vision globale sur la gouvernance et les aspects financiers. En toute hypothèse, une telle loi devra être soutenue par la programmation de ressources financières supplémentaires à la hauteur des besoins actuels et futurs.

Au-delà de la lisibilité sur la programmation pluriannuelle des financements, la loi de programmation pour le grand âge doit être l'occasion d'engager un débat public afin **d'identifier enfin de nouvelles sources de financement** indispensables qui permettraient d'affecter progressivement des ressources supplémentaires à la branche autonomie, qu'elles soient publiques, assurantielles ou reliées à la mobilisation du patrimoine.

Dans son rapport sur la prise en charge médicale des personnes âgées en EHPAD, la Cour des comptes recommandait elle-même d'augmenter de 1,3 à 1,7 milliard d'euros chaque année les moyens alloués au secteur du grand âge *« parce que les besoins doivent être affrontés et qu'ils vont croître de façon massive »*. Face à des besoins dont la croissance est certaine, cette dynamique de dépense est indispensable pour dessiner une trajectoire de financement réaliste, pour concrétiser l'engagement du gouvernement à créer 50 000 postes supplémentaires dans les EHPAD d'ici 2030, mais aussi pour répondre aux enjeux de réduction des écarts territoriaux.

Cette loi de programmation devra également permettre la simplification des modalités de gouvernance des établissements et des services. La FHF propose ainsi que le financement des établissements et services médico-sociaux, sous réserve de

l'évaluation de l'expérimentation prévue par la LFSS pour 2024, soit confié aux ARS avec une programmation de l'offre et des autorisations qui resteraient, quant à elles, conjointes entre les ARS et les départements.

Enfin la loi d'orientation devra organiser le développement de l'offre (300 000 à 400 000 solutions d'accompagnement supplémentaires sont nécessaires d'ici 2040 alors que seulement 30 000 sont, à ce stade, prévues) et sa transformation (centre de ressources, hébergement séquentiel et services autonomie à domicile).



Apporter des réponses structurelles à la situation de crise financière inédite rencontrée par les ESMS publics : faire évoluer le cadre de financement, sur la base des travaux menés autour du modèle économique des EHPAD, pour garantir la prise en compte de l'évolution des coûts mais aussi de l'évolution du profil des personnes accompagnées

À plus court terme, des réponses sont attendues sur la crise financière inédite que traversent les ESMS du secteur public depuis 2022, avec une **dégradation généralisée et profonde des équilibres financiers**. Près de neuf EHPAD publics sur dix sont en déficit en 2023, alors que leur situation était auparavant équilibrée sur le plan budgétaire.

Reconnue par les pouvoirs publics qui ont mobilisé un fonds d'urgence et mis en place des commissions départementales de suivi des ESMS en difficultés financières, cette situation menace la pérennité de l'offre. Si les limites du modèle économique des EHPAD ont été reconnues par l'État, les départements et la CNSA, la réflexion conduite en 2023 sous l'égide du ministère des Solidarités n'a pas réellement permis de répondre aux difficultés rencontrées, et même les propositions qui font consensus (fusion des sections tarifaires soins et dépendance) ne font l'objet que d'expérimentations, dont la portée sera limitée.

Les aides exceptionnelles versées aux ESMS ont concerné en priorité les situations les plus dégradées sur le plan de la trésorerie (risques de rupture de trésorerie ou de cessation de paiement). Et ces soutiens ponctuels sont non pérennes alors que le

désajustement recettes/dépenses se poursuit dans le temps et que les déficits se cumulent.

Il reste urgent d'apporter des réponses sur la situation financière à court terme des établissements. À défaut, les objectifs de transformation de l'offre, de réponse aux besoins des personnes, d'amélioration de l'accompagnement, risquent de ne jamais être atteints. L'enjeu est d'accompagner l'évolution de l'offre, mais aussi de la préserver au regard des tendances démographiques.



Garantir la pérennité des financements de la branche autonomie destinés à l'investissement au-delà de 2024 par l'affectation d'une ressource pérenne

L'enjeu de l'investissement dans le grand âge est central pour accompagner le déploiement des géronto-technologies qui arrivent progressivement à maturité (domotique, robotique, objets connectés) et adapter l'habitat et les services. Le déploiement massif de ces technologies est incontournable pour répondre à la croissance quantitative des besoins et améliorer la qualité de services (maintien du lien social, lutte contre les troubles cognitifs, sécurisation des procédures de soins, prévention des chutes et des décompensations).

Le rapport Libault⁶⁰ recommandait, en 2019, la mobilisation d'un plan de soutien à l'investissement de 3 milliards d'euros pour adapter 150 000 places d'EHPAD, et évaluait les besoins totaux à environ 15 milliards d'euros.

Dans le cadre du volet immobilier du plan de relance de l'investissement du Ségur de la santé, les ESMS ont bénéficié de 1,5 milliard d'euros d'aides à l'investissement pour la période 2021 à 2024. Ils n'ont permis la reconstruction que d'environ 12 % des places. Aucun financement n'est clairement identifié pour poursuivre le soutien à l'investissement des ESMS au-delà de 2024 alors que **l'adaptation de l'offre publique à plus long terme impose de pérenniser les niveaux d'aide à l'investissement fléchés vers le secteur public à hauteur de 500 millions d'euros par an**. Il est nécessaire d'assurer une ressource pérenne à la branche pour soutenir les aides à l'investissement des établissements médico-sociaux.

60. Rapport de la concertation grand âge et autonomie | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.



CHANTIER 7

Simplifier, pour plus de souplesse et d'efficacité

Financé essentiellement, comme tous les acteurs de santé, par les fonds publics de l'assurance maladie, l'hôpital public cumule les obligations en termes de règles de gestion. S'il est impératif de préserver une gestion rigoureuse et responsable des deniers publics, il est indispensable d'assouplir certaines lourdeurs de gestion qui génèrent des surcoûts, des doublons et pénalisent, *in fine*, les finances des établissements publics de santé. La période de la crise sanitaire a démontré qu'il était possible d'alléger ces contraintes lourdes.



Assouplir l'application du code de la commande publique afin de permettre une véritable négociation des prix aux établissements publics, en matière de marchés de travaux en premier lieu

L'assouplissement de l'application du code de la commande publique pourrait constituer une mesure salvatrice pour alléger les lourdeurs associées à la passation des marchés, en permettant aux établissements de négocier véritablement les prix d'achat. La complexité des procédures engendrées par ce code représente une charge considérable pour les hôpitaux publics, ralentissant les processus, entravant parfois l'efficacité des projets et pesant sur les coûts d'achat. Il est notamment essentiel de donner aux hôpitaux publics une meilleure capacité de négociation avec les fournisseurs et les prestataires. Malgré l'existence de marchés à procédures adaptées (MAPA), les capacités de négociation sont aujourd'hui très limitées. L'exemple des marchés de travaux est, à ce titre, particulièrement éclairant, et pourrait constituer une première étape.



Rationaliser et rendre plus efficient le circuit des dépenses et le recouvrement des créances

La séparation de l'ordonnateur et du comptable pour les établissements publics de santé engendre des doublons, car elle conduit à la réalisation de tâches similaires par des administrations distinctes. La révision de ces modes de fonctionnement constitue donc une piste de réflexion pouvant permettre de rationaliser le circuit des dépenses, d'améliorer la collaboration et de simplifier la gestion administrative.

La question du recouvrement se heurte par ailleurs à des difficultés majeures, aboutissant à des admissions en non-valeur pénalisant fortement la trésorerie des établissements. Un lien direct entre les bases de débiteurs des établissements et les bases fiscales de l'administration des impôts est une piste à creuser afin d'améliorer, voire d'automatiser le recouvrement.

Deux mesures pourraient être prises :

- revoir les modalités du principe de séparation entre ordonnateur et comptable, et privilégier complémentarité et mutualisation ;
- améliorer et automatiser le recouvrement en liant les bases débiteurs des établissements et les bases fiscales de l'administration des impôts.



Faire évoluer la répartition des prestations couvertes entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladies complémentaires, et simplifier les circuits de facturation des établissements publics de santé en instaurant un guichet unique

La double facturation d'une même prestation de soins est une spécificité française quasi unique au monde. Elle entraîne des frais de gestion parmi les plus élevés du monde (2^e place après les États-Unis). La question du reste à charge est, de plus, un sujet de justice sociale : les restes à charge hospitaliers, certes faibles globalement, sont concentrés sur les personnes les plus âgées, les plus malades et les plus démunies. Les cotisations AMC étant calculées sur le risque, contrairement aux cotisations AMO calculées sur le revenu, ce sont souvent les mêmes personnes qui paient proportionnellement les cotisations les plus élevées pour une couverture moindre, sans compter les 5 % de la population sans complémentaire.

Cette double facturation, sans véritable valeur ajoutée pour la prise en charge du patient, engendre une activité chronophage pour les établissements, mobilisant des ressources humaines nombreuses, pour des montants de facturation de prestation d'un montant parfois très faible, pris individuellement.

La simplification des circuits de facturation à l'assurance maladie et aux complémentaires, par l'instauration d'un guichet unique de facturation, à l'instar de ce qui existe pour l'aide médicale d'État, permettrait aux hôpitaux publics de redéployer des équipes sur des tâches à plus forte valeur ajoutée.

Une autre piste pourrait être la dissociation des paniers de soins, sur lesquels les différents financeurs AMO et AMC interviennent



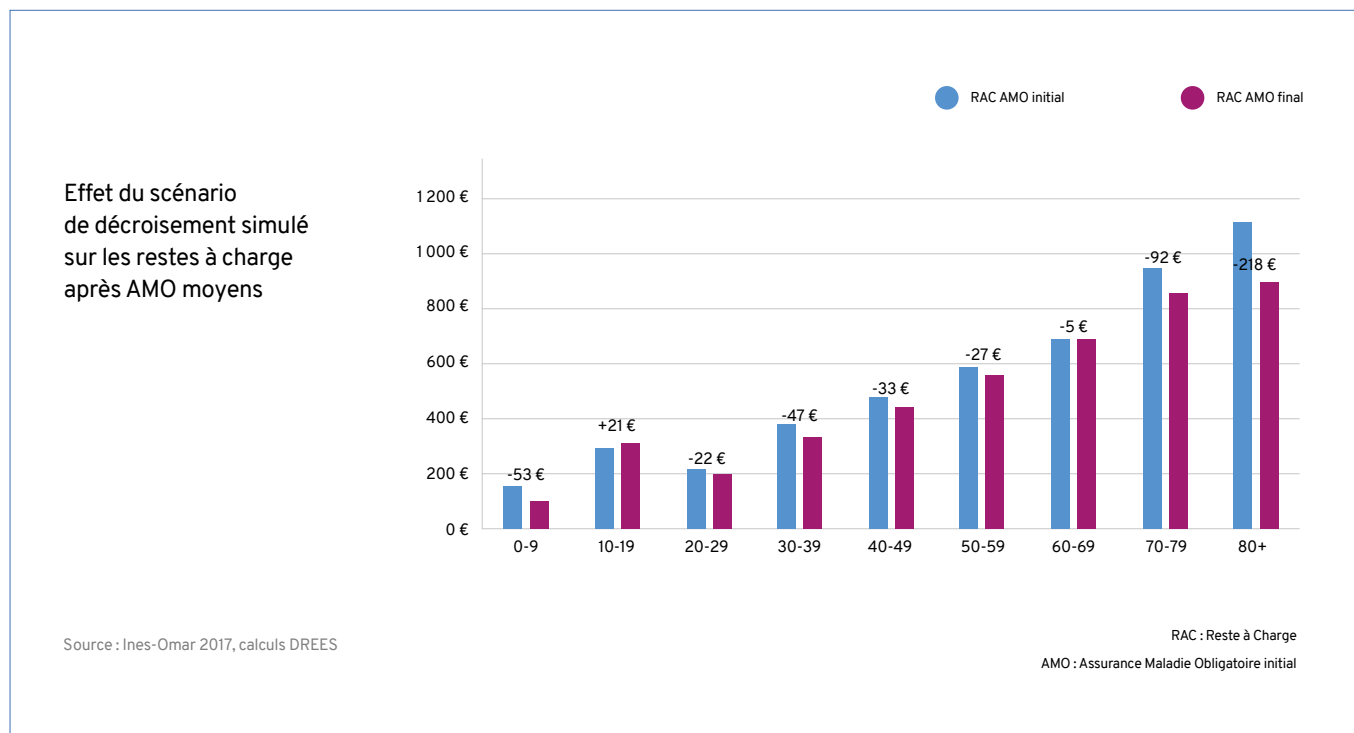
(scénario du « décroisement » proposé par le HCAAM). En effet, le modèle français actuel, où la Sécurité sociale et les complémentaires offrent une forme similaire de prise en charge, engendre un surcoût important en termes de frais de gestion et limite l'efficacité globale du système, comme nous avons pu l'exposer.

Les missions des complémentaires pourraient être réorientées vers des domaines où leur intervention pourrait avoir un impact plus significatif, tels que le parcours prévention ou l'allocation liée à la perte d'autonomie. En se focalisant sur ces aspects, les complémentaires pourraient mieux contribuer à promouvoir la santé et le bien-être des assurés, tout en optimisant l'utilisation des ressources financières disponibles. Un scénario de « décroisement » entre les domaines d'intervention de l'AMO et l'AMC, exploré par le HCAAM, montre une diminution des restes à charge pour le patient.

Cette clarification des rôles permettrait également de rationaliser les dépenses de santé, en évitant les doubles prises en charge et en favorisant une allocation plus efficiente des ressources. En résumé, une répartition des tâches plus précise et mieux ciblée pourrait améliorer le fonctionnement global du système de santé en France.

Deux mesures pourraient être prises :

- **la simplification des circuits de facturation** des établissements publics de santé, en instaurant un guichet unique assuré par l'assurance maladie obligatoire (exemple du circuit AME) ;
- **la clarification des rôles et des domaines d'intervention entre régimes d'AMO et caisses complémentaires**, afin d'éviter les doublons et de mieux couvrir des domaines peu investis à ce jour (prévention, autonomie...).



2.



**Le service public,
cœur d'une offre
de santé d'excellence
accessible à tous,
graduée et ouverte
à son territoire**

Le service public hospitalier, au cœur du pacte social en santé

La notion de service public structure l'organisation des services proposés par l'État à sa population. Une des particularités de la notion de service public français est de comporter un volet hospitalier, consacré par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

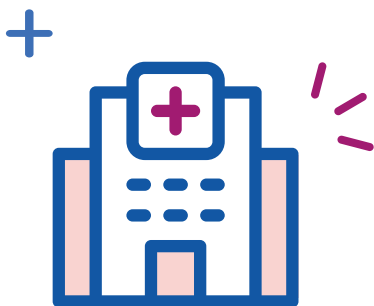
La loi consacre dans le champ hospitalier les principes fondateurs du service public :

- **la continuité du service public** implique de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption. Si cette notion peut varier selon les secteurs d'activité, elle suppose dans le champ hospitalier public des contraintes fortes de fonctionnement, notamment d'assurer la permanence des soins sur l'ensemble des territoires ;
- **l'égalité devant le service public**, principe à valeur constitutionnelle, garantit le droit pour toute personne à bénéficier d'un service quelle que soit sa situation. À ce titre, le service public hospitalier accueille et soigne l'ensemble des citoyens dont l'état de santé nécessite des soins, sans aucune discrimination ;
- **l'adaptabilité** enjoint au service public de s'adapter pour faire face à un nouveau contexte (pandémie, par exemple) et aux évolutions de la société. Le service public doit suivre les besoins de ses usagers. En santé, cela revient à proposer des modes de prise en charge adaptés face aux besoins de santé d'une population, notamment face aux grandes évolutions telles que la chronicisation ou le vieillissement, ou encore face aux grandes transformations, numérique et écologique, par exemple.

Depuis 2016⁶¹, le SPH consiste en des **obligations qui s'imposent aux établissements de santé et aux professionnels qui y contribuent, quel que soit leur statut juridique, et qui forment un bloc cohérent**. Si les établissements publics (CHU et CH) assurent par nature et systématiquement le service public hospitalier, de même que les établissements privés non lucratifs (sauf souhait contraire), les établissements privés à but lucratif peuvent également demander à assurer le service public, **à condition d'en respecter pleinement les missions**.

La notion de service public hospitalier est un concept fédérateur entre tous les établissements de santé, publics et privés, qui dessine une cohérence : le patient doit pouvoir bénéficier des exigences du service public tout au long de son parcours hospitalier. C'est pourquoi les missions du SPH portent notamment sur une **accessibilité réelle aux soins pour tous** (permanence et adaptation de l'accueil, y compris pour les personnes en situation de précarité ou de handicap, absence de dépassement de tarifs...), des obligations dans le **fonctionnement des structures** (transparence de gestion, participation des usagers...), ou encore sur la **qualité, la prévention** et l'organisation des soins dans les territoires (participation à des actions de coopération territoriales) afin d'insérer l'établissement dans son environnement.

61. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.



Le service public hospitalier est le fruit d'un processus séculaire.

Tout au long du XX^e siècle, l'histoire de notre système de santé a démontré la nécessité de disposer d'établissements de santé assurant un ensemble de missions de service public exigeantes. De l'égalité d'accès aux personnes en situation de handicap ou de précarité à la permanence des soins, en passant par la recherche et l'enseignement à travers le modèle unique et puissant des CHU, ces missions traduisent une cohérence et une ambition : celle de garantir à toute la population la possibilité d'accéder à des prises en charge d'excellence, partout et à toute heure, quelle que soit sa situation personnelle, à chaque étape de son parcours hospitalier. **Le service public hospitalier s'est affirmé comme l'outil nécessaire des politiques de santé.**

Au terme du premier quart du XXI^e siècle, les motivations et les objectifs qui ont fondé le service public hospitalier et façonné les CHU et CH demeurent. Plus encore, face à des difficultés accentuées d'accès aux soins, l'importance d'un service public hospitalier fort n'a jamais été aussi marquée. **La pandémie de COVID-19 en a largement témoigné.** Plus de 83 % des patients hospitalisés pour COVID l'ont été à l'hôpital public, dans les CHU et CH. Les pouvoirs publics, confrontés à des défis logistiques d'ampleur, se sont aussi appuyés sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour déployer la vaccination anti-COVID à ARN messenger, dans l'urgence, à destination de la population générale, en partenariat avec les collectivités territoriales et les acteurs libéraux. De même, au cœur de la première vague épidémique, lorsque les tensions étaient extrêmes, les pouvoirs publics ont confié aux GHT le soin de piloter les cellules de crise dans de nombreux territoires. L'importance du service public hospitalier, articulé à l'échelle des territoires, était une nouvelle fois soulignée et renforcée.

Pour autant, les besoins de santé, l'impératif écologique ou la responsabilité collective instituée entre acteurs de la santé constituent autant d'éléments d'un contexte nouveau, qui impliquent à la fois la réaffirmation du service public hospitalier, son approfondissement et son inscription dans des parcours pleinement décloisonnés.

Réaffirmer le rôle central du service public hospitalier, la cohérence et l'exigence de ses missions pour assurer l'accès aux soins de la population dans les territoires

Partout en France, les hôpitaux publics assurent la prise en charge de la majorité de la population, et l'essentiel des interventions lourdes et complexes :

- 84 % des séjours de réanimation ;
- 96 % des polytraumatisés ;
- 93 % des grands prématurés ;
- 83 % de la cancérologie pédiatrique ;
- 85 % des patients suivis en établissement psychiatrique, à 80 % en ambulatoire.

Par nature, ils maillent l'ensemble du territoire, en métropole comme dans les outre-mer. Les hôpitaux publics sont présents à chaque étape de la prise en charge, pour la prévention, en proximité ou en recours lorsque les situations sont particulièrement complexes. Ils sont centraux et indispensables pour les usagers, quel que soit leur lieu de résidence.

Dans ce contexte, les CHU et CH, vaisseaux amiraux du service public, jouent un rôle indispensable en assurant partout en France un accès à des soins d'excellence, quelle que soit la situation du patient.

Les CHRU, un modèle unique au monde qui conserve toute sa pertinence

Les centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHRU) sont des établissements publics de santé liés par convention avec une université et chargés d'une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Au nombre de 32, ils représentent 40 % de l'activité hospitalière publique en valeur.

À la fois lieu d'excellence en santé, à travers des activités de référence avec une attractivité régionale, parfois nationale voire internationale, et hôpital de proximité, ils occupent une place centrale pour l'accès aux soins au sein de leurs territoires. Ils garantissent l'avenir de la recherche en santé, l'enseignement des futurs praticiens, l'innovation et la création de valeur en santé, pour la souveraineté sanitaire du pays.

La période récente marquée par la pandémie de COVID-19 et les enjeux de l'après-crise l'ont encore mis en évidence. Cette place centrale souligne la pertinence du modèle CHRU, qui, face aux défis de demain, doit toutefois être adapté.

Ce rôle sera toujours essentiel demain. C'est pourquoi il est nécessaire de réaffirmer la pertinence du service public hospitalier dans l'organisation des soins en France. En ce sens, il ne peut exister de « demi-service public », dont les obligations seraient « à la carte » : le service public hospitalier doit assurer à la fois des soins de qualité et sécurisés, un accueil adapté aux personnes en situation de précarité et de handicap, la permanence de soins et mener une mission de prévention. Outre ces responsabilités, il doit aussi former les professionnels de demain et assurer les activités de recherche.

Cette cohérence ne saurait être affaiblie, sauf à fragiliser l'accès aux soins. Le parcours du citoyen malade doit à chaque étape pouvoir compter sur le service public hospitalier, ensemble cohérent de devoirs et de missions qui n'ont de sens qu'assemblés. **Ce devoir d'excellence comme d'égal accès de tous aux soins et à l'accompagnement est une règle, mais surtout un état d'esprit.**

Réaffirmer la pertinence du cadre de la Fonction publique hospitalière comme outil au service d'un service public hospitalier moderne et pragmatique, dont la modernisation doit être poursuivie

Le service public hospitalier est structuré autour de deux principes fondamentaux : la continuité absolue de son fonctionnement et la neutralité qu'il observe en permanence dans l'accueil et la prise en charge des patients, résidents et usagers qui y ont recours. Il répond également à un impératif constant d'adaptabilité, à la fois dans l'instant – logique de réactivité face aux défis qu'il affronte en première ligne, à l'image des réponses apportées aux crises ponctuelles ou durables – et dans le temps – principe de mutabilité, pour faire évoluer en permanence ses modalités d'action en conséquence des mutations qui l'entourent et le traversent, qu'elles se produisent dans les champs techniques et technologiques, sociétaux et sociaux, environnementaux ou de quelque autre nature que ce soit.

Exercer en son sein induit en conséquence des contraintes particulières, dépassant le cadre d'un exercice professionnel normal. Cette réalité, valable de principe pour tout service public, trouve une traduction singulièrement intense dans l'univers hospitalier et médico-social, en ce que la dimension de continuité et d'adaptabilité s'y exprime avec une particulière prégnance. Le service public hospitalier trouve ainsi sa réponse naturelle dans le statut de la Fonction publique hospitalière. Les fondations de celui-ci re-

joignent en tout point, tant sur le plan des valeurs que sur celui du cadrage d'exercice, les nécessités du service public hospitalier. Le statut particulier de la Fonction publique hospitalière, tel que défini en 1986 en déclinaison et en complément du statut général de la Fonction publique établi en 1983, voit ses fondamentaux conserver aujourd'hui une évidente actualité. S'il a fait l'objet de plusieurs mises à jour au cours des décennies écoulées, sa modernisation doit se poursuivre pour lui permettre de conforter sa réponse aux nouveaux attendus sociétaux et organisationnels, à l'instar des modalités de travail actuelles, des aspirations à des exercices professionnels plus mixtes et variés ou des enjeux clés d'attractivité et de fidélisation des métiers hospitaliers et de l'accompagnement.

Il n'en demeure pas moins d'une grande modernité, tant dans les valeurs qui l'animent que dans ses traductions opérationnelles. La faculté d'adaptation et la résilience du service public hospitalier, quel que soit son contexte de déploiement et dont chacun a pu mesurer avec force l'ampleur au cours des dernières années, en témoignent au quotidien.

Intégrer dans le service public hospitalier une mission de transformation écologique visant à réduire les conséquences pour l'environnement des actions des établissements qui y participent

La transformation écologique est un impératif catégorique pour le système de santé, auquel le service public répond d'ores et déjà à travers de très nombreuses initiatives et actions. Il s'agit à la fois de réduire les conséquences néfastes des pratiques de soins sur l'environnement et de s'adapter au changement climatique. La transformation écologique pourrait être, à ce titre, un vecteur de sens dans le quotidien des professionnels, grâce à des actions très concrètes et de long terme, intégrées à chaque étape de la vie hospitalière (formation des professionnels, achats, mobilités durables, économie circulaire, écoconception des soins, réhabilitation des bâtiments de santé...).

C'est pourquoi une mission de transformation écologique visant à réduire les conséquences pour l'environnement des actions de l'établissement et à s'adapter au réchauffement climatique pourrait être intégrée aux missions du service public hospitalier.

Consacrer les GHT comme entité responsable de l'organisation de l'offre hospitalière publique dans les territoires, et renforcer leurs liens avec les établissements privés en généralisant les conventions d'association

Les centres hospitaliers universitaires et centres hospitaliers, présents dans tous les territoires et prenant en charge l'ensemble des pathologies, notamment les plus complexes, assurent un rôle essentiel dans l'organisation des soins.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, l'ensemble des hôpitaux publics sont réunis au sein de 136 groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui occupent désormais une place importante dans les organisations territoriales.

Les GHT portent des objectifs de meilleure organisation de l'offre de soins dans les territoires et de mutualisation de ressources à travers des fonctions partagées. L'ensemble des groupements doit, à ce titre, bâtir un **projet médico-soignant partagé, commun** à tous ses membres visant à organiser les filières de soin.

La crise sanitaire a démontré que les GHT sont devenus un outil indispensable de l'offre de santé publique. Les GHT se sont positionnés comme l'instance de pilotage d'une réorganisation inédite des prises en charge et comme organisateurs de la logistique. Ils sont, par ailleurs, devenus incontournables dans le cadre de l'exercice des fonctions mutualisées, telles que les achats ou les systèmes d'information, à l'heure où le risque cyber nécessite plus que jamais une action coordonnée. Plus largement, l'organisation en GHT favorise l'accès aux soins en proximité (consultations avancées, équipes communes...).

Huit ans après leur création, il faut à la fois conforter les GHT dans leur rôle et aller plus loin. La diversité des niveaux d'intégration au sein des GHT en témoigne, tandis que plusieurs rapports sont venus confirmer, ces dernières années, que les GHT sont « au milieu du qué⁶² ».

S'ils permettent une meilleure structuration de l'offre publique sur le territoire via les projets médico-soignants partagés, les GHT ne sont pas encore reconnus comme pivots de l'organisation de l'offre de soins et de prévention publique. C'est un rôle qu'ils doivent pouvoir assumer, en particulier dans le cadre de la réforme

des autorisations qui, pour certaines activités, comme la cancérologie, va dessiner un nouveau paysage de l'offre de soins. Les GHT sont une structure légitime pour piloter, construire et graduer des filières, entre proximité, niveau de recours et expertise, tout en assurant la coordination des acteurs du territoire.

Des premières évolutions ont été introduites, récemment, dans le cadre de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, qui a instauré le droit d'option pour les GHT de se doter d'une personnalité morale. Ainsi, sous réserve d'un accord unanime de ses membres, un GHT pourra disposer de prérogatives supplémentaires afin d'organiser les activités et la gradation des soins sur un territoire, en devenant, par exemple, lui-même titulaire d'autorisations d'activité.

Il est nécessaire qu'une feuille de route pluriannuelle portant sur le « temps 2 » des GHT soit élaborée afin de passer d'une logique de mutualisation à une logique d'intégration (personnalité morale, attribution d'activités de soins...). Cette feuille de route partagée porterait une ambition à cinq ans pour ces groupements, en particulier leur transformation en véritables groupes hospitaliers de territoires, et les moyens de la déployer.

En parallèle de l'affirmation de ces groupes publics, les coopérations avec les acteurs privés devraient être renforcées à l'échelle des territoires. À ce titre, la **signature de conventions d'association avec les établissements privés pourrait être systématisée.** Ces conventions devraient préciser, à chaque fois, la contribution de chaque établissement en matière de permanence de soins et les modalités de coopération, notamment en matière de soins non programmés.

Renforcer la collaboration entre hôpitaux publics et médecine de ville dans les territoires pour mieux répondre aux besoins de santé de la population

Le patient souhaite bénéficier de soins dans un parcours cohérent, efficace et lisible. Or, le système de santé s'est engagé depuis plusieurs années à bâtir des parcours de soins entre ses différentes composantes et à innover en la matière⁶³. Les synergies se créent, et sont à encourager.

62. Rapport IGAS, Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire, 2019.

63. Article 51 de la LFSS de 2018.

L'hôpital public est l'un des acteurs clés de la gouvernance des démarches d'association avec les acteurs locaux, et notamment la médecine de ville (CPTS, centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles...). Ouvert sur son territoire, il est de plus en plus engagé dans des actions innovantes qui visent à favoriser une meilleure organisation des filières de soins en partenariat avec les acteurs de ville. À Marseille, par exemple, l'AP-HM a ouvert deux centres de santé dans des quartiers à faible densité médicale, et organise un travail en réseau avec la ville pour assurer une prise en charge des patients, coordonnée et dans la durée.

L'hôpital de proximité : acteur essentiel à l'interface des organisations hospitalières et de ville

Institué par la loi du 24 juillet 2019 portant organisation du système de santé, l'hôpital de proximité est à la fois la porte d'entrée de la graduation des soins hospitaliers au sein du GHT et résolument tourné vers les acteurs de ville du territoire.

Labellisé pour cinq ans, un hôpital de proximité n'exerce pas d'activité d'obstétrique ou de chirurgie supposant un plateau technique. Il doit signer avec les professionnels de santé libéraux – médicaux et paramédicaux – du territoire, notamment les CPTS, une convention prévoyant les modalités de travail et d'échanges mais aussi la définition d'actions concertées en termes d'accès aux soins, de consultations avancées et d'initiatives précises en matière de santé publique.

La labellisation permet, d'une part, de stabiliser les ressources financières issues de l'activité de médecine, et d'autre part, de bénéficier d'une enveloppe complémentaire, dite de « responsabilité territoriale » dont le montant est contractualisé avec l'ARS. Ce montant fera l'objet, à partir de 2025, d'un ajustement en fonction de l'atteinte d'un certain nombre d'indicateurs, déterminés contractuellement.

Plus de 300 établissements sont labellisés, dont 90 % sont des hôpitaux publics. Aujourd'hui, le modèle de l'hôpital de proximité est un outil indispensable pour accompagner les réorganisations des plateaux techniques, assurer une prise en charge coordonnée, et porter un mode de financement qui favorise le virage vers la prévention dans les territoires.

Le rôle des CPTS, entités de concertation et de coordination des professionnels libéraux d'un territoire, est essentiel dans cette logique d'organisation territoriale. Plusieurs exemples de coopération l'illustrent, tout particulièrement en périodes de tension. Durant l'été 2022, par exemple, le CHI Compiègne-Noyon et la CPTS du territoire ont travaillé conjointement pour proposer aux patients qui se présentaient aux urgences, et dont l'état de santé le permettait, une consultation avec un médecin généraliste libéral en moins de 48 heures dans les locaux du centre hospitalier. D'autres, comme les Hôpitaux Confluence, ont dressé de concert avec les CPTS du territoire une feuille de route visant à décroiser la ville et l'hôpital et à rapprocher les modes de fonctionnement et les parcours de prise en charge.

Ces collaborations doivent se généraliser, **notamment par la systématisation des conventions entre les établissements publics de santé et les CPTS, sur le modèle des hôpitaux de proximité.** Ces conventions sont l'occasion de traiter directement les « irritants du quotidien » dans les relations ville-hôpital, mais aussi les sujets de fond (permanence des soins, sortie d'hospitalisation, transferts des données, politique active d'évitement des hospitalisations par les urgences...).

Affirmer encore davantage la place centrale de l'utilisateur et du patient dans l'organisation du sys- tème de santé et dans le service public hospitalier

Le patient est à la fois la finalité du système de santé et un acteur majeur de la transformation de celui-ci. La FHF soutient et promeut toutes les démarches visant à mieux faire respecter les droits des patients, à en faire des acteurs de l'organisation des soins dans les établissements (expérience patient, patient expert...) et à conférer à leurs représentants un rôle central dans les évolutions du système de santé, sur le plan national, régional ou local (CRSA, Conseils territoriaux de santé).

La satisfaction du patient est un levier de transformation puissant, à travers des outils comme le dispositif « e-satis » piloté par la Haute Autorité de santé (HAS), généralisé à tous les établissements de santé.

De nombreuses démarches exemplaires, qui doivent être soutenues, se développent afin de renforcer le rôle de l'utilisateur au cœur des projets et de leur évaluation. Elles font valoir l'expérience du

patient ou du résident, dans le respect des souhaits des personnes et de leur dignité. À titre d'exemple, les Hospices Civils de Lyon ont initié le dispositif PEPS (partenariat et expérience patient en santé) depuis 2019. Il vise à reconnaître et à favoriser l'engagement des patients dans leur parcours de soins ou dans leur participation à des projets (amélioration de parcours de patients handicapés, amélioration de la qualité lors de l'hospitalisation, pair-aidance pour préparer à une greffe...). Les usagers deviennent des partenaires du soin.

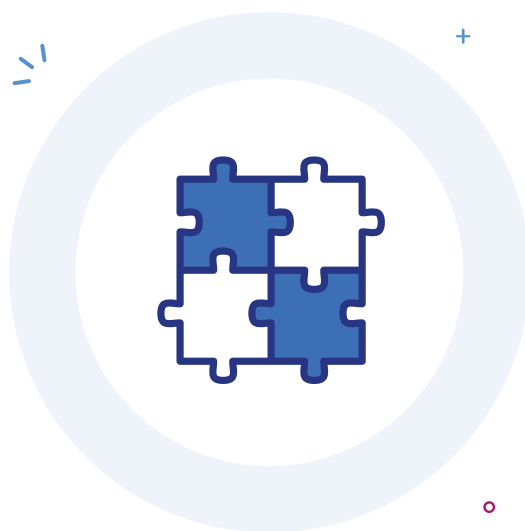
Plus largement, au-delà des enjeux de gouvernance ou des indicateurs, le rapport entre soignés et soignants doit être interrogé en permanence, faire l'objet de réflexions de fond et de formations initiale et continue des soignants pour développer une culture tournée vers la prise en compte du ressenti, des attentes et des paroles des patients. C'est le sens des travaux engagés par le Comité éthique de la FHF, qui a publié en mars 2024 un avis visant à placer le patient en situation de consentir aux soins en connaissance de cause⁶⁴.

Affirmer le rôle primordial des établissements et des services médico-sociaux publics dans tous les territoires par la définition de stratégies territoriales de groupe public

Face au défi du vieillissement de la population, l'offre médico-sociale publique de demain sera un atout considérable. Garante de l'accessibilité financière comme géographique, l'offre médico-sociale publique est implantée sur l'ensemble du territoire et agréée intégralement à l'aide sociale. Elle constitue une ressource de proximité particulièrement riche de compétences professionnelles, d'équipements mutualisables et de services adaptés qui peuvent s'ouvrir aux habitants des territoires.

Ainsi, le lien avec le domicile devient un objectif de transformation majeur dans toutes les structures d'accompagnement médico-sociales qui, sur tous les territoires, doivent peu à peu devenir des plateformes multiservices associant étroitement des prestations aujourd'hui séparées : portage de repas, aide à domicile, soins infirmiers à domicile, accueil de jour, hébergement temporaire et à temps complet dans des EHPAD rénovés. Cette orientation vers le domicile sera un atout dans l'avenir.

64. Avis sur le consentement aux soins : placer le patient en situation de consentir aux soins en connaissance de cause du comité d'éthique de la FHF, 2024.



La nouvelle mission de centre de ressource territorial créée par les pouvoirs publics montre également la voie que les établissements peuvent emprunter pour améliorer le service rendu à la population en proximité. Le développement des centres de ressources territoriaux constitue une réelle opportunité de diversifier le bouquet de services gérontologiques et permet de confier à un opérateur des missions d'accompagnement et de soins aux personnes âgées dans une logique territoriale, dépassant la césure entre établissement et domicile en proposant deux volets d'interventions complémentaires.

Pour un EHPAD public, cette possibilité de se constituer en plateforme de services doit être considérée comme un atout et un élément de valorisation. Parce qu'ils sont présents dans tous les territoires, et en particulier en zone rurale, et parce qu'ils sont accessibles à tous sur le plan financier, les EHPAD publics sont naturellement en position de porter ces nouvelles missions et se sont fortement engagés dans cette démarche.

Pour autant, l'offre médico-sociale publique pour personnes âgées souffre aussi de son atomisation, comptant des établissements parfois isolés qui ne seront pas en mesure de saisir ce virage domiciliaire.

Dans ce contexte, la logique de regroupement des établissements s'impose naturellement, non seulement pour bénéficier des avantages tirés de cette organisation à plusieurs (logique d'efficacité, mutualisation des fonctions support, éventuelle diversification de l'offre, partage des expertises ou compétences rares), mais surtout pour construire une véritable « stratégie territoriale de groupe public » afin de mieux adapter et organiser leur offre sur les territoires.

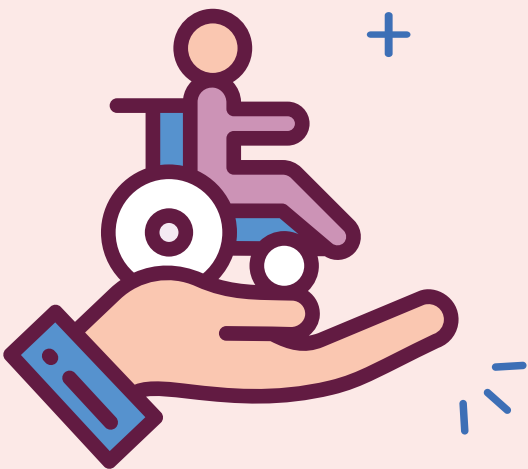
Ainsi, la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie, en créant des Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS), identifie l'outil juridique dont les EHPAD publics autonomes devront se saisir pour se structurer sur les territoires.

La diversification de l'offre, la facilitation du parcours des usagers et la création de passerelles entre établissements et services devront faire partie du « cœur de métier » des futurs groupements publics. Ils permettront également de renforcer l'attractivité des professionnels de santé au sein des établissements en leur offrant des perspectives d'évolution de carrières.

L'objectif à terme serait la création de « pôles d'excellence publics de proximité » pour assurer le maillage et l'articulation des offres de soins et d'accompagnement disponibles et proposer, partout, une offre complète et accessible de proximité.

Cette structuration de l'offre publique médico-sociale sera également un levier pour rendre incontournable la coopération avec le secteur sanitaire, gage de l'adaptation de l'offre vers une organisation moins cloisonnée qui permettrait d'éviter les ruptures de parcours.

De même, dans le champ du handicap, il est tout à la fois nécessaire de rappeler la nécessité de développer l'approche inclusive qui suppose de travailler de plus en plus sous forme de dispositif ouvert sur le milieu de vie ordinaire (école, monde du travail et habitat inclusif) et la nécessité de garder des structures d'hébergement et d'accompagnement chaque fois que cela s'avère nécessaire.



Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Des difficultés spécifiques persistent en matière d'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap.

Les services d'urgence apparaissent parfois démunis devant les spécificités de la prise en charge de personnes atteintes de troubles spécifiques, comme les syndromes autistiques où les personnes infirmes moteurs cérébraux, et une part importante des troubles du comportement ont une origine somatique directe qui n'a pas été détectée en raison des difficultés de communication.

Plusieurs outils peuvent être envisagés pour répondre à ces difficultés :

- le développement dans chaque territoire de consultations spécialisées pour les personnes en situation de handicap, sur le modèle du pôle Cristales autour de l'hôpital Ville Evrard ;
- la **transmission aux Services d'accès des urgences (SAU) des coordonnées de « patients remarquables »** du territoire afin d'organiser la prise en charge ;
- l'identification parmi les SAU des « **centres experts** » sur **certains handicaps**, qui puissent venir en appui d'autres établissements.

Enfin, des outils numériques, tels que « Handifaction » pour recenser systématiquement l'expérience patient, pourraient être généralisés et servir de modèle pour tous les publics afin de mesurer l'évolution de la qualité de l'accès aux soins. Cela suppose naturellement de qualifier les algorithmes et de fiabiliser les données.

De même, il existe une grande difficulté d'accès aux soins gynécologiques dans de nombreux ESMS. Pour y répondre, des actions spécifiques de dépistage dans les établissements devraient être organisées, sur le modèle de la démarche HandiGynéco⁶⁵ initiée par l'ARS Île-de-France.

65. Revue hospitalière de France numéro 615.

REMERCIEMENTS



La FHF remercie les nombreux membres de la communauté hospitalière, hospitalo-universitaire et médico-sociale qui ont contribué à ce livre blanc, conférences hospitalières et hospitalo-universitaires, médecins, professionnels non médicaux, élus et experts.

La FHF adresse également ses remerciements aux associations de patients, acteurs de ville, ordres professionnels, associations d'élus et organisations syndicales pour les échanges riches et continus indispensables pour bâtir une vision partagée.

Plusieurs publications thématiques détaillées complémentaires alimentées par ces travaux interviendront au cours de l'année 2024.

Retrouvez tous les contributeurs sur notre site internet [fhf.fr](https://www.fhf.fr)



PROCHAINES PUBLICATIONS À VENIR :

**Pour un
financement
efficace
et pertinent
de la santé**



**L'engagement,
l'innovation
et le ré-enchan-
tement de
l'environnement
de travail, clés
de l'attractivité
et de l'évolution
des métiers**

**Prévention
en santé et rôle
de l'hôpital
public**



**Répondre
à l'urgence
et bâtir l'avenir
de la psychiatrie**





AGIR MAINTENANT BÂTIR LA SANTÉ DE DEMAIN

CENTENAIRE DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
UN LIVRE BLANC POUR DESSINER L'AVENIR



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE
1 BIS, RUE CABANIS, 75014 PARIS

Mai 2024

