



PROJET DE PLATEFORME DE PROPOSITIONS

LA SANTÉ ET LA SOLIDARITÉ DE DEMAIN (2017-2022)

PARTIE INTRODUCTIVE

1. ENCART : CHIFFRES CLÉS DE LA FEHAP

[Source : FEHAP]

2. ÉDITO D'ANTOINE DUBOUT

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, Privés Non Lucratifs (FEHAP) regroupe 1 600 associations, fondations, organismes mutualistes et de prévoyance gestionnaires de plus de 4200 établissements des champs sanitaire, médico-social et social. En accompagnant des malades, des personnes âgées, des enfants, des personnes en situation de handicap ou de vulnérabilité, les adhérents de la FEHAP portent une vision centrée sur la personne et sa dignité, dans tous les moments importants de son parcours de vie et des soins qu'il requiert. Enfin avec le double éclairage d'organisme privé non lucratif, mais participant au service public, la FEHAP a un regard original sur l'organisation du système de protection sociale.

En 2012, la FEHAP a construit une première plateforme d'idées centrée sur le décroisement et l'accessibilité aux soins et à l'accompagnement. La campagne présidentielle s'était peu emparée de ces questions alors même que la santé demeure au cœur des préoccupations des Français. En 2017, les dysfonctionnements du système se sont inscrits plus profondément dans leur quotidien. Le reste à charge, les inégalités d'accès aux soins, les déserts médicaux ou les ruptures de la prise en charge et l'accompagnement des personnes blessent nos objectifs de démocratie sanitaire. Chaque famille est confrontée aux difficultés et à la crainte de la perte d'autonomie, ainsi qu'aux délais d'accès aux soins. Enfin, la "soutenabilité" financière du système reste une équation difficilement soluble.

Depuis 2012, de nouveaux sujets perturbent et enrichissent notre réflexion. Notre nouvelle plateforme se devait d'intégrer les conséquences de l'arrivée des « Big Data » et des nouvelles technologies, non pas seulement comme de nouveaux outils mais comme une profonde transformation qui va bouleverser une large part de l'organisation du secteur. Les pratiques, les

métiers, la prévention, le maintien à domicile... La révolution numérique n'en est qu'à ses débuts dans notre système de santé et de solidarité.

La nouvelle plateforme 2017-2022 de la FEHAP met l'accent sur l'enjeu de la personnalisation et de la responsabilité. Personnalisation des liens entre le système et les usagers, personnalisation des traitements et de l'accompagnement, personnalisation des lieux de soin, personnalisation de l'accès aux soins et à l'accompagnement. Cette personnalisation est à l'opposé de l'individualisme. Elle conduit à la responsabilité. Elle exprime avant tout la volonté d'une attention à la personne, à sa dignité et à ses souhaits. Elle se traduit par l'avènement d'un système plus relationnel, irrigué par la solidarité. Elle redonne tout son rôle à l'usager dans son parcours de soins et de vie.

Tout au long de nos réflexions, nous évoquons la santé au sens large que lui donne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans une acception qui ne se réduit pas aux soins. Nous plaidons pour un continuum cohérent des soins et de l'accompagnement tout au long de la vie et quelle que soit la situation financière des personnes et de leurs proches.

Avec cette nouvelle plateforme, la FEHAP veut continuer à porter des propositions concrètes, responsables et exigeantes fondées sur son expérience sanitaire, sociale et médico-sociale sur tous les territoires. La Fédération et ses adhérents veulent être des acteurs d'un système de protection sociale plus accessible, plus lisible, plus juste et plus efficace pour tous !

I. POUR UNE PLUS GRANDE PERSONNALISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, ET DE PROTECTION SOCIALE

A. Accessibilité pour tous

1. Accessibilité financière : permettre à chacun d'être soigné et accompagné tout au long de la vie, quelle que soit sa situation sociale

Trop de personnes n'ont pas accès au système de santé. En France, les restes à charge des assurés après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire représentent en moyenne un quart de la dépense de santé (IRDES).

Limiter le reste à charge des usagers et des familles

Le reste à charge devient une question cruciale, notamment pour les personnes et les familles confrontées à la perte d'autonomie d'un proche.

La FEHAP demande de fixer annuellement un niveau de reste à charge maximum pour les personnes rencontrant des difficultés pour le financement de l'hébergement, dans les cas où elles doivent en assumer le coût ainsi que leurs héritiers.

Ce niveau de reste à charge maximum varierait en fonction des ressources de la personne âgée, voire de sa famille. Celui-ci serait opposable dès lors qu'aucune solution d'hébergement proposée dans un territoire de santé ne remplirait ces conditions de modération du reste à charge et que les mécanismes d'orientation, mis en place par les pouvoirs publics, ne permettraient pas de trouver une solution adéquate. Le soutien financier serait alors pris en charge par la solidarité nationale. Dans un premier temps, ces niveaux de reste à charge maximum seraient différenciés selon les territoires, mais l'objectif sera de trouver des mécanismes visant à réduire les différentiels de coût de prise en charge entre les territoires, notamment en raison des coûts du foncier.

La FEHAP insiste sur la nécessité de soutenir globalement les efforts de réduction du reste à charge. Permettre à tous de se soigner ou d'être accompagné dans des structures adaptées sans créer de situations d'éviction, c'est le sens premier de la solidarité.

Au-delà, et dans les statistiques publiques, le calcul actuel du reste à charge ne prend pas en compte **le reste à charge des personnes vivant en EHPAD ou des personnes soignées et accompagnées à domicile. La FEHAP souhaite que le calcul du reste à charge intègre la situation financière pour l'ensemble des publics.** Ce nouveau calcul permettrait d'obtenir une visibilité sur les restes à charge plus réaliste et plus fidèle à la diversité des situations.

Concevoir un bouclier sanitaire, social et médico-social

La FEHAP souhaite que soit conçu **un niveau maximum de dépenses sanitaires, sociales et médico-sociales d'un foyer.** Au-delà d'une certaine proportion de revenus du foyer fiscal, les dépenses supplémentaires seraient prises en charge par la collectivité, et ce dispositif serait financé en regard des capacités contributives de nos concitoyens.

Ce bouclier serait une sorte de sauf-conduit financier permettant d'écarter les barrières dans l'accès aux soins et de limiter le reste à charge des personnes et de leurs familles concernées par des pathologies requérant des soins, mais aussi pour des besoins d'accompagnement sociaux et médico-sociaux.

Respecter la liberté de choix en remboursant de la même manière tous les types de parcours

Aujourd'hui le niveau de remboursement dépend du parcours de soin et de vie de l'utilisateur et diffère entre le champ sanitaire et le champ médico-social. La FEHAP y voit deux difficultés. D'une part, le risque d'éviction des usagers qui n'auraient pas les moyens financiers de choisir une solution moins bien remboursée. D'autre part, la solution la mieux remboursée n'est pas forcément la plus optimale pour les besoins de la personne ni pour la collectivité. Concrètement, pour une même pathologie, une personne sera remboursée à 100 % si elle est prise en charge par un hôpital, mais n'aura que le forfait soins si elle est hébergée dans le médico-social. Dans le dernier cas, les frais d'hébergement resteront à sa charge.

La FEHAP propose d'harmoniser les taux de remboursement de la Sécurité Sociale quel que soit le parcours et le lieu de prise en charge. L'orientation des usagers ne doit dépendre que des déterminants de santé, de logement et de conditions familiales spécifiques à chaque personne.

Encadrer les dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires sont devenus une question essentielle pour nos concitoyens. Ces dépassements recouvrent souvent deux logiques très différentes : celle de « compléments économiques de compensation » de tarifs opposables datés qui ont perdu toute cohérence avec les charges désormais assumées par les professionnels de santé libéraux, et celle qui témoigne d'un abus dans une position déséquilibrée entre le patient et le médecin. Le collectif inter-associatif sur la Santé révèle qu'ils sont toujours en hausse. En 2014, plus de 2,8 milliards d'euros ont été facturés aux patients au-delà des tarifs de l'Assurance Maladie, soit une hausse de 6,6% par rapport à 2012.

La FEHAP propose de mener une double démarche. D'une **part, revaloriser certains honoraires, pour qu'ils reflètent la valeur intellectuelle et experte de la prestation**, sur la base d'une étude nationale des coûts à établir en médecine de ville, comme dans le secteur hospitalier et médico-social. Les professionnels pourraient ainsi retrouver un rythme et une gestion moins industrielle de leur activité. En parallèle, la FEHAP demande de **limiter le dépassement d'honoraires pour les soins en Médecine-Chirurgie-Obstétrique et en médecine de ville, tel que prévu dans le contrat d'accès aux soins**.

Cet objectif de modération des dépassements d'honoraires implique également de **soutenir financièrement, par la définition et le financement d'une mission d'intérêt général, les établissements de santé de tous statuts qui fonctionnent sans aucun dépassement d'honoraires**.

Lutte contre la précarité

La situation des personnes en grande précarité s'aggrave, et elle gagne davantage de français. Les inégalités se creusent. Plus d'un tiers des français a connu une situation de pauvreté et cette proportion augmente (Sondage Ipsos - Secours Populaire Français 2016). 36% des Français disent rencontrer des difficultés financières pour payer certains actes médicaux mal remboursés par la Sécurité Sociale. 28 % d'entre eux ont déjà renoncé à une consultation chez le dentiste, c'est 5 % de plus qu'en 2008.

La FEHAP propose de **poursuivre la limitation du recours aux nuitées hôtelières et de développer des alternatives pour permettre une prise en charge de qualité des familles et des publics les plus vulnérables, notamment en développant l'offre de logements sociaux**.

Accessibilité aux droits

La problématique de l'accès aux soins et à l'accompagnement des personnes en situation de précarité relève certes de difficultés financières, mais pas seulement. Les difficultés d'accès aux droits eux-mêmes est telle que les personnes ne demandent pas le RSA ou les remboursements auxquels ils ont droit. Pour améliorer ce recours, **la FEHAP propose de créer, par exemple, comme c'était le cas avant la seconde Guerre Mondiale, des postes de travailleurs sociaux totalement dédiés à l'accès des personnes en situation de précarité à la prévention et aux droits en matière de protection sociale**.

2. Accessibilité territoriale : faire disparaître les déserts médicaux, médico-sociaux et sociaux

La FEHAP avait déjà porté des propositions concrètes lors de la dernière plateforme. Force est de constater que les déserts n'ont pas régressé. Ruraux, péri-urbains ou urbains, les déserts ne sont pas tous de même nature, mais ils persistent, isolant toute une frange de la population.

Accélérer la création de maisons de santé, de centres de santé et de plateaux cliniques de proximité

L'hôpital n'est pas une solution adaptée pour régler le problème du premier recours pour chaque ville ou chaque canton. Très coûteux, l'hôpital doit devenir ce centre plus compact d'expertise de pointe de

court séjour. Pour lutter contre les déserts médicaux, la FEHAP ne souhaite pas miser sur les hôpitaux mais sur les centres de santé, les maisons de santé et les plateaux cliniques de proximité. Ces derniers concilient une pratique collégiale, salariée ou libérale, et la nécessité de petits plateaux techniques valorisant chaque fois que possible les alternatives à une hospitalisation.

La FEHAP demande un **plan national de développement des centres, des maisons de santé et des plateaux techniques de proximité sur 10 ans**. En plus d'améliorer l'accessibilité aux soins, ces centres faciliteraient le dialogue entre professionnels et donc une meilleure coordination et personnalisation des parcours.

Il y aurait lieu d'avoir un plan de développement de centres de santé dans les territoires où l'exercice regroupé ne parvient pas à faire s'installer ou se maintenir des libéraux.

Pour désengorger les urgences des hôpitaux, et lutter contre les déserts médicaux, la FEHAP propose de **créer des services d'urgence non vitale, au cœur des villes, sous la forme de consultations non programmées et de "Check up en 60 minutes"**.

Favoriser l'installation des professionnels de santé dans les déserts médicaux

De nombreuses zones sont sous-médicalisées, imposant aux Français des délais et des trajets de plus en plus longs. La pénurie de médecins généralistes s'accroît en France. Depuis 2007, leur nombre a diminué de 8,4% (Conseil National de l'ordre des médecins). On constate que l'absence de médecin entraîne généralement le départ d'autres professionnels paramédicaux et souvent, de l'officine pharmaceutique, laissant des territoires totalement isolés.

La FEHAP formule une triple approche :

- Réguler l'implantation des jeunes médecins et ainsi mieux répartir la médecine de ville sur le territoire : **chaque médecin jeune diplômé aurait l'obligation de s'installer, pour une durée minimale de 3 ans, dans une zone sous-médicalisée**. En contrepartie, les honoraires seraient revalorisés et l'installation accompagnée.
- Favoriser une meilleure connaissance réciproque pour une meilleure coordination entre établissements de santé et médico-sociaux et les professionnels libéraux : avant une installation en activité libérale, **demandez aux masseurs kinésithérapeutes d'avoir un temps d'exercice en établissement de santé et/ou médico-social de 2 ans à l'instar des infirmiers diplômés d'Etat**.
- **Amplifier le champ d'action des infirmiers et des autres professionnels paramédicaux** : Education thérapeutique, maladies chroniques, renouvellement ou adaptation d'ordonnances avec accord du médecin traitant. On pourrait déployer la dynamique de « pratiques avancées » dans l'ensemble des disciplines, à l'image du secteur de l'ophtalmologie, avec l'élargissement des rôles des orthoptistes et opticiens lunetiers. Il y a lieu de poursuivre dans d'autres secteurs.

Avoir recours aux nouvelles technologies pour lutter contre les déserts médicaux et médico-sociaux

Les nouvelles technologies rebattent les cartes du soin et de l'accompagnement. La télémédecine permet désormais des échanges avec les professionnels de santé, ainsi qu'une forme première de

surveillance médicale. Pour toute une partie du parcours qui ne relève pas de l'intervention, la distance peut être effacée par les technologies, mieux que par la construction de nouveaux centres.

La FEHAP propose la multiplication de projets pilotes de suivi à distance pour des pathologies chroniques, et le financement d'équipements, à domicile ou en établissements. La question de l'égalité d'accès aux technologies se pose de manière cruciale, c'est pourquoi ces programmes de suivi doivent apporter la technologie aux professionnels mais aussi aux usagers. *Par exemple, des lunettes connectées permettent à un médecin chargé de la régulation téléphonique des urgences de voir la personne en difficulté. Le médecin peut voir le résident avec les lunettes connectées de l'aide-soignant.*

Concrètement, il est devenu prioritaire d'installer un véritable modèle économique et tarifaire pour le développement de la télémédecine, au-delà du stade actuel de « pratiques subventionnées » ou déficitaires. La FEHAP propose de **commencer par une expérimentation en direction des usagers fragiles et à distance des centres de soins aigus, comme les résidents des maisons de retraite, des patients des hôpitaux de proximité et des établissements de santé en « activités isolées ».**

3. Accessibilité spécifique des publics fragiles

La FEHAP souhaite la mise en œuvre d'actions urgentes pour permettre l'accessibilité spécifique de publics fragiles dont le nombre augmente et pour lesquels les accompagnements sont inadaptés : personnes vieillissantes en milieu carcéral, à la rue, en Lits Halte Soins Santé (LHSS)/Lit d'Accueil Médicalisé (LAM), personnes malades (chronicité) ou en situation de handicap en milieu carcéral. Il faut prêter une attention toute particulière à l'accessibilité aux soins des personnes accompagnées par un dispositif social ou médico-social : personnes en situation de handicap, personnes en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, en prison, migrants/réfugiés, enfants accompagnés au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance, à domicile ou en établissement.

Considérer davantage les personnes en situation de handicap et en difficultés pour demander des soins pour eux-mêmes et les personnes en grande pauvreté

Pour améliorer l'accessibilité spécifique des personnes souffrant de troubles des fonctions supérieures, la FEHAP suggère de **créer un programme spécifique de prévention à destination des malades souffrant de ces troubles et en difficulté pour demander du soin par eux-mêmes, pour leurs pathologies du type cancer, diabète et maladie cardio-vasculaires, mais aussi pour les soins dentaires.**

La FEHAP propose **d'élargir la gamme des solutions d'accueil et d'accompagnement pour les enfants et adolescents souffrant de troubles des fonctions supérieures**, avec des structures ou services articulés et harmonisant globalement les soins, l'accompagnement social mais aussi l'éducation ou les études primaires et secondaires.

Il y a lieu également d'organiser *l'accessibilité aux soins de toutes les personnes accompagnées par un dispositif social et médico-social (personnes en situation de handicap, personnes incarcérées, migrants...).*

La FEHAP demande de **garantir les conditions de l'accessibilité à une offre d'hébergement d'urgence, puis une offre d'hébergement pérenne sous la forme d'un accompagnement social et médico-social adapté**, ce qui est un enjeu majeur de complémentarité avec la mise à l'abri.

Petite Enfance

La France a une démographie très positive, qui constitue la richesse de notre pays, elle nous différencie des autres pays européens comme l'Allemagne, l'Angleterre, l'Espagne ou l'Italie. Ce dynamisme est une chance. Néanmoins, l'accessibilité à une offre de garde d'enfants individuelle ou collective n'est pas encore garantie. Avec 700 000 naissances par an, nous sommes encore loin des capacités nécessaires de garde.

Pourtant, prévoir un dispositif d'accueil suffisant permettrait de :

Poursuivre notre action collective en faveur de l'égalité homme/femme ;

Aux femmes de s'investir dans leur carrière si elles le souhaitent et de créer de la valeur ajoutée sociale ;

De créer des emplois au service des enfants. Dans la plupart des métiers du sanitaire, du social et du médico-social, l'heure est plutôt la requalification des métiers et emplois, exception faite du secteur de la petite enfance.

La FEHAP insiste sur la nécessité de cette accessibilité, quels que soient le territoire ou la situation de la famille, en **formant les professionnels (en Établissements d'Accueil du Jeune Enfant comme les assistantes maternelles), en réservant des places à des situations particulières, en permettant l'embauche et donc le financement de professionnels spécialisés** (Educateurs de Jeunes Enfants dans les crèches par exemple). **La FEHAP propose également de créer un droit des jeunes parents à avoir une solution de garde individuelle et collective.**

La FEHAP suggère enfin de **développer la scolarisation précoce des enfants issus des familles les plus modestes, en particulier dans les territoires défavorisés, ainsi que l'accès aux crèches ou lieux collectifs.**

Au-delà, c'est l'accès à la scolarité et aux études qui fait l'objet de difficultés. La FEHAP propose **de créer des postes de professeur et d'auxiliaire de vie scolaire et de les financer pour :**

- **Coordonner le projet de l'enfant/du jeune (en échec actuellement).**
- permettre des accueils séquentiels et à temps partiels (quelques nuits en internat, quelques heures en institutions, quelques jours en Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile, quelques séjours de vacances/loisirs, quelques heures en centre de loisirs sans hébergement, quelques heures en Établissements d'Accueil du Jeune Enfant). La modularité des orientations et des financements doit le permettre.

4. Accessibilité à l'information, à la prévention et aux autres déterminants de la santé et de l'autonomie

Le système souffre d'être essentiellement centré sur le soin, en général à l'hôpital. L'avenir annonce une plus grande participation de l'utilisateur dans la prise en compte de sa maladie, mais aussi dans la prévention de la perte d'autonomie. L'accès à l'information et aux conditions du maintien en bonne santé est primordial.

Mettre en place un observatoire des délais d'attente

Les Français sont confrontés à un réel problème de temps d'accès aux différents services et soins. Cela concerne aussi bien le temps de traitement des dossiers par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH), que le temps d'attente d'une place d'hébergement pour une personne âgée dépendante, le temps d'attente pour une solution de garde d'enfants ou pour une consultation spécialisée dans un établissement de santé, ou bien encore les délais d'attente pour des consultations de pédopsychiatrie. Ce point peut faire l'objet d'une action spécifique dans le cadre des engagements territorialisés, pour que tous, établissements, services de l'Etat, et des collectivités territoriales, travaillent ensemble à garantir un temps d'accès court aux différents services de santé. L'idée est d'installer un Observatoire des délais d'attente sanitaires, sociaux et médico-sociaux auprès du Parlement, compte-tenu du caractère majeur de ce sujet dans les inégalités de santé et l'efficacité de la prise en charge. La précocité de la détection et de l'intervention est très souvent un facteur décisif de pronostics favorables. Cette dynamique conduira à mettre en place des indicateurs dans ce domaine, à mener une action ciblée région par région pour résorber les principaux points noirs avant de viser, à terme, une homogénéité nationale.

Améliorer l'accès aux informations sur la santé et l'autonomie

La production et l'accès à l'information sont une attente légitime des usagers. Elle s'avère surtout être la condition, d'une part, de son libre choix, de l'autre, d'une meilleure évaluation de l'efficacité.

La FEHAP propose d'élargir la transparence à l'échelle nationale sur les résultats médicaux et financiers de tous les établissements de santé, sur une plateforme dédiée et publique. La même démarche devra être engagée dans le secteur social et médico-social. Cette mesure permettra aux usagers de mieux s'orienter vers les établissements susceptibles de produire des soins et un accompagnement performant. Progressivement, cette transparence pourra être étendue au secteur médico-social dès lors que les outils adaptés auront été élaborés, et cela nous aidera à construire collectivement une véritable mesure de la qualité au cœur du système de protection sociale.

La Fédération veut également insister sur la nécessité d'introduire la culture de la transparence au cœur même de la formation des professionnels. Transparence vis-à-vis des usagers et de leur famille, transparence également comme fondement de la coordination tout au long du parcours, transparence enfin du système vis-à-vis de l'opinion publique et du contrat de solidarité qui les unit.

Enfin, notre système dispose d'une richesse formidable de données. **La FEHAP soutient la proposition d'un grand chantier de récolte et d'organisation de manière à créer des bases de données sur les différentes pathologies.** Ce chantier pourrait aboutir à la création d'un service d'orientation tout au long du parcours.

Élargir la notion d'accessibilité aux autres déterminants de la santé

L'accessibilité à des soins et un accompagnement adaptés tient parfois à d'autres déterminants : le logement, l'emploi, l'éducation, ou encore la culture. L'ensemble des politiques publiques doivent être examinées à la lumière des enjeux de santé publique et dans une logique plus large que celle du soin uniquement. En élargissant la logique très dominante du soin aux autres déterminants, la Fédération est convaincue que l'on pourra mieux prévenir, guérir et accompagner.

Tirer profit du Big Data et favoriser l'émergence d'une initiative similaire au Blue Button américain

Si les Français restent prudents sur la récolte de leurs données personnelles, ils aspirent à plus de personnalisation dans les soins et la prévention. Au-delà des débats idéologiques, **la FEHAP souhaite**

souligner la nécessité d'inverser la frilosité française sur le stockage et l'exploitation des données personnelles. La réglementation devrait être adaptée pour permettre l'exploitation des formidables ressources de données que la France possède déjà en matière de santé.

Cette ressource en données permettra à moyen terme de faire progresser, par recoupement, la médecine prédictive. Les populations qui se révèlent exposées pourront être éduquées aux pratiques de prévention adaptées à leurs risques.

Plus encore, la FEHAP propose de concevoir des programmes de recherche avec toutes les parties prenantes sur les données de santé. Ces données constituent en elles-mêmes une ressource pour concevoir des couches applicatives qui facilitent l'accès de tous à l'information, au soin et à la prévention. A terme, il faut favoriser l'émergence d'une initiative similaire au Blue Button américain, par lequel chacun dispose en temps réel de l'ensemble de ses données de santé.

B. Faire des nouvelles technologies un levier rapide d'amélioration du système de santé et de solidarité au profit de l'usager

Les nouvelles technologies apportent deux révolutions dans le système de la santé : celle des technologies en elles-mêmes, vers plus de fiabilité notamment dans le diagnostic et la médecine prédictive, et celle des communications qui peuvent transformer la relation des individus à tout le système.

Maladies chroniques, prévention et maintien en santé, les nouvelles technologies apportent de nouvelles solutions qui n'existaient pas il y a 5 ans. Elles peuvent devenir un formidable levier pour le système de santé, à condition d'anticiper et de donner l'impulsion à plusieurs types de grands chantiers :

Un grand plan d'équipement de fibre optique et en couverture territoriale pour les téléphones mobiles sur tout le territoire. Pour saisir collectivement les opportunités de la révolution numérique, il y a un préalable : garantir à tous un accès aux réseaux du numérique.

Un investissement dans les plateformes de suivi à distance. Les expérimentations ont démontré l'efficacité des programmes de téléconsultations et de télésurveillance. Elles permettent un accompagnement plus adapté aux individus (relation personnalisée et rassurante, maintien à domicile, raccourcissement des délais) et l'amélioration des parcours de soin et de vie (désengorgement des établissements).

Le financement ou le remboursement d'un premier panel d'objets connectés. Ces objets dont la fabrication est de moins en moins coûteuse vont permettre la récolte des informations de santé, une meilleure surveillance, mais aussi de participation au maintien en santé. Il y aurait une logique à envisager rapidement le remboursement, ou le financement de ceux dont la fiabilité technique a été prouvée, à commencer par les lunettes connectées dans les établissements médico-sociaux, les structures de Soins de Suite et de Réadaptation, d'Hospitalisation à Domicile et de psychiatrie, pour une meilleure visibilité des situations d'urgence à distance par la régulation médicale. La FEHAP incite les pouvoirs publics à saisir et organiser cette opportunité au lieu de la laisser à l'initiative des GAFA.

Progresser dans la réflexion sur les données personnelles de santé : comment allier la protection nécessaire des données de santé sensibles (maladie grave, chronique ou

invalidante, situation de handicap, grossesse, etc...) et l'opportunité que représentent les Big Data pour la médecine prédictive ?

Encourager l'émergence de solutions de co-voiturage en transport sanitaire à l'image de Bla-bla-car pour absorber la croissance à 2 chiffres du nombre de transports sanitaires.

Investir dans l'éducation thérapeutique en **construisant des dispositifs de formation sous la forme de Mooc**

Développer la Silver économie : mettre en place et développer des silver régions, intégrer les seniors à la gouvernance régionale de manière à mieux prendre en compte les problématiques liées au bien vieillir.

C. Promouvoir l'utilisateur comme acteur de sa santé et du système

L'utilisateur n'entend plus subir le système de santé ni son protocole de soin : il doit avoir été expliqué, approprié puis co-décidé. L'implication de chacun de nos concitoyens, et de leurs proches, est un nouvel atout des professionnels pour améliorer la dynamique de l'accompagnement. L'utilisateur et ses représentants, s'imposent également comme des acteurs internes puissants pour faire évoluer l'accueil et la personnalisation de la relation au sein même des établissements et services.

1. Aux côtés du soin, promouvoir la prévention et le maintien en santé

Fort de ses différents et nombreux établissements et services adhérents, la FEHAP observe la volonté croissante des individus de participer à leur protocole de soin et à choisir leur accompagnement, mais aussi, en amont, leur maintien en santé. C'est tout le système qui doit sortir de sa logique de soin et de prise en charge vers une logique mieux partagée entre soignants, accompagnants et usagers, et davantage tournée vers la prévention.

Instaurer une consultation régulière de prévention et développer des centres de prévention

Le système de santé français est très développé dans ses aspects curatifs, moins dans ses aspects de prévention. Il faut pourtant privilégier une définition large de la santé et de ses déterminants, comme celle contenue dans le préambule de la Constitution du 22 juillet 1946. **Des incitations financières doivent être clairement mises en place pour les professionnels et les établissements afin de développer les activités de prévention, au-delà des centres existants pour le "bien vieillir"**. Il serait intéressant **que l'Assurance Maladie labellise des centres de prévention financés par le biais d'enveloppes spécifiques consacrées au développement de la prévention**. Ces centres de prévention pourraient être adossés à plusieurs types de structures et portés par différents opérateurs. Ils offriraient de l'information, avec des professionnels spécifiquement formés, et seraient un lieu de consultation régulière pour des professionnels libéraux spécialisés.

L'objectif serait aussi de donner plus de lisibilité aux initiatives de prévention qui se sont multipliées ces dernières années. Dans le même esprit, **une consultation globale périodique gratuite de prévention pourrait être instaurée pour tous les Français, quel que soit leur âge, afin de faire le point sur l'existant et sur leurs besoins à couvrir**. Cette consultation spécifique pourrait avoir lieu chez le médecin traitant, dans un centre de prévention, dans le cadre de la médecine du travail, de la

médecine scolaire, etc. Enfin, certaines structures qui jouent un rôle important en matière de prévention devraient être revalorisées, comme la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la santé scolaire, la santé au travail, mais aussi la prévention en psychiatrie et notamment la pédopsychiatrie avec les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres MédicoPsycho-Pédagogiques (CMPP) et, dès le plus jeune âge, les Centres d'Action MédicoSociale Précoce (CAMSP). La prévention pourrait notamment être financée par les économies réalisées à long terme sur la détection et la prise en charge précoces de certaines pathologies.

Créer de nouveaux contrats d'éducation et d'accompagnement thérapeutiques

La Fédération propose **de créer de nouveaux contrats d'éducation et d'accompagnement thérapeutiques entre le patient et les professionnels**. Ces contrats pourraient intervenir dans le cadre du suivi de maladies chroniques, par exemple. Mais des contrats de prévention et de maintien en santé pourraient être proposés à chacun.

En termes de prévention, la FEHAP émet plusieurs propositions :

Être plus vigilant à l'accessibilité de toutes les populations à la prévention, en particulier les personnes handicapées ou les personnes souffrant de maladies mentales (check-up et dépistages).

Mettre davantage en avant l'intérêt de la pratique du sport adaptée dans les dispositifs de prévention.

Les institutions de la santé sont surtout des institutions du soin et de l'accompagnement. La FEHAP suggère de donner mieux à voir le souci de la prévention et du maintien en santé, dans l'organisation institutionnelle et dans ses libellés.

La FEHAP considère qu'il est urgent de rattraper le retard de la France en matière de prévention à tous les âges de la vie, en :

Décidant d'une phase d'investissement dans les dispositifs de prévention

Mettant en lien médecine hospitalière, scolaire, médecine du travail et médecine de ville

Finançant des campagnes nationales grand public d'éducation à la santé et de prévention de la perte d'autonomie

2. Une nouvelle vision de la compensation des handicaps et de promotion de l'autonomie

Mettre en place des plans personnels d'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie

Les personnes en situation de handicap comme les personnes âgées doivent supporter des frais élevés qui ne sont pas, selon les situations, bien couverts par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Il est nécessaire de **mettre en place des plans personnalisés d'accompagnement davantage élaborés dans le respect du droit des personnes, mettant en adéquation les services mobilisés et les financements adéquats et, surtout, créant un parcours individualisé pour la personne accompagnée, selon son degré d'autonomie et ses besoins. Ces plans personnalisés devront être révisés annuellement.**

Définir des projets-pilotes de prise en charge à la jonction des champs social, médico-social et sanitaire

La FEHAP estime que la proposition du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance-Maladie (HCAAM) de **définir des projets-pilotes sur certains territoires - sortes de « zones franches » dans lesquelles des innovations administratives et financières pourraient permettre un véritable décloisonnement des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales** est une hypothèse stimulante qui mérite d'être expérimentée. En effet, sur la suggestion de la FEHAP en 2012, cette proposition du HCAAM a pris la forme du projet PAERPA (Programme d'Accompagnement des personnes âgées en Risque de Perte d'Autonomie). Cette première initiative justifie d'envisager ces "zones franches" sur d'autres thématiques. Ces nouvelles coordinations locales permettront non seulement de faciliter la continuité de la prise en charge entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, mais aussi entre le domicile et l'établissement.

Elles devront également intégrer toutes les dimensions de la santé, comme la prévention, le logement, etc... Le secteur Privé Non Lucratif, présent dans chacun de ces domaines de manière transversale et équilibrée, sera le partenaire naturel de cette démarche d'innovation : la FEHAP est d'ores et déjà prête à apporter sa contribution et à mobiliser ses adhérents sur des projets de cette nature.

Elaborer une loi de programmation pluriannuelle avec des objectifs crédibles et progressifs afin de faire face aux évolutions épidémiologiques et démographiques liées à la perte d'autonomie

La FEHAP a constamment indiqué depuis six ans que la structure démographique de notre pays, caractérisée notamment par une arrivée des octogénaires nés au moment du baby-boom de 1946, sera la clé véritable du sujet, structurante pour la conception des politiques publiques, à compter de 2025. Mais si le sujet des personnes âgées a conduit à embrasser dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement les secteurs du maintien à domicile, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou encore l'adaptation des modes de prise en charge en milieu hospitalier, pour mieux répondre aux besoins du grand âge, il reste pour autant à engager des réflexions de même ampleur et une programmation législative pour les maladies chroniques, nouveaux défis de la protection sociale.

Ces révolutions, à la fois démographique et épidémiologique, concernent des enjeux collectifs beaucoup plus larges, comme la politique familiale, la conception urbaine, l'évolution de l'habitat ou encore la diffusion des nouvelles technologies à domicile. Dans ce contexte, la FEHAP estime utile que soit **élaborée une loi de programmation pluriannuelle**, marquant les différentes étapes d'une politique « des petits pas » engagée dans toutes les directions nécessaires, avec des objectifs crédibles et progressifs. LA FEHAP ne propose **pas seulement une programmation en termes de places de structures et de services à domicile, mais aussi la programmation de tous les éléments d'accompagnement de cette prise en charge des grands défis des maladies chroniques : formation bien sûr, adaptation du logement et du bâti, mise en place de programmes de prévention et d'éducation thérapeutique dédiés, etc.**

Prendre en charge la perte d'autonomie par la solidarité nationale

Le chantier de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie appellera des modalités de financement innovantes, complétant les possibilités existantes, ainsi que la clarification du rôle de chacun, en adossant très majoritairement le dispositif sur la solidarité nationale et non sur un recours individuel à l'assurance privée.

L'amélioration de la prise en charge de la dépendance repose en grande partie sur la mise en place de parcours de soins et d'accompagnement mieux coordonnés et présentant une plus grande neutralité financière pour l'utilisateur. Dans ce cadre, s'il est évident que certaines dépenses vont aller croissant dans les années à venir, il s'agit de dépenses d'ores et déjà situées dans le champ de la solidarité nationale. Recourir à un autre système de financement ne serait pas seulement problématique en théorie, cela risquerait de favoriser, également, le développement d'une offre non coordonnée là où la demande est solvable. La meilleure organisation de la prise en charge dans le cadre solidaire est la solution la plus juste et la plus efficace.

3. Systématiser et soutenir la présence des usagers dans le système

La présence même de l'utilisateur au cœur du système est un facteur de changement encore insuffisamment mobilisé. C'est grâce à leur expérience que nous pouvons améliorer les usages, la personnalisation de l'accompagnement et la cohérence du système.

La FEHAP propose donc deux mesures fortes :

Institutionnaliser et crédibiliser le statut d'enseignant-chercheur en "expertise patient". Les patients expérimentés sont parfois perçus comme prisonniers de leurs pathologies. La Fédération veut affirmer leur expertise de leur trajectoire et des lacunes du système, avec leur capacité critique et constructive, au-delà de leur seule expérience.

Encourager la représentation des associations d'utilisateurs dans la gouvernance régionale et dans la gouvernance des établissements médico-sociaux non lucratifs. La co-élaboration des décisions entre les dirigeants et les utilisateurs, à l'échelle de l'établissement, est un gage de progrès et de pertinence du système en entier. Cette présence forte doit être soutenue par un dispositif ad hoc de formation et de professionnalisation des représentants des utilisateurs.

4. En parallèle, favoriser la responsabilisation de l'utilisateur : éducation à la santé, éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique et le suivi des maladies chroniques représentent un enjeu essentiel pour lequel il faut développer de nouveaux modes d'accompagnement, proposer des formations et promouvoir l'usage des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication. La FEHAP suggère que des **programmes nationaux d'éducation thérapeutique soient développés par la Haute Autorité de Santé, notamment dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques**. L'éducation thérapeutique doit viser à la fois la prévention des maladies et l'accompagnement des malades.

Promouvoir une culture de l'éducation à la santé, notamment grâce à un renforcement de la mission de la Haute Autorité de Santé. Nos concitoyens sont très désireux d'informations sur la santé. Or, la multiplication des sites Internet sur ce thème a popularisé une information qui, si elle est mal comprise, n'est pas efficace. Pour une véritable démarche d'éducation à la santé et de diffusion de l'information, la FEHAP propose d'élargir **la mission de la Haute Autorité de Santé en matière de diffusion pédagogique auprès du grand public d'une information médicale validée, ainsi que de promotion des bonnes pratiques par des actions de communication de grande ampleur**. Il pourrait également être envisagé de **développer des modules pédagogiques d'éducation à la santé, à destination du grand public comme des professionnels de l'accompagnement, notamment en milieu**

scolaire. Enfin, face au développement de l'information médicale en ligne, la Haute Autorité de Santé pourrait instaurer un système de labellisation et de contrôle des applications et des sites Internet.

II. LA NÉCESSAIRE MUTATION DES OPÉRATEURS

A. *Décloisonnement et coordination pour un parcours centré sur les besoins et le projet de la personne*

1. Surmonter la séparation des modèles économiques et juridiques entre les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et les services de premier recours (cabinets médicaux, centres de santé, maisons de santé) dans un objectif d'évolution de l'offre et de continuité des parcours

La FEHAP est convaincue que la réalité du decloisonnement est déterminée par la formation des professionnels. La Fédération propose plusieurs mesures :

Concevoir un **module obligatoire de sensibilisation aux problématiques sociales et médico-sociales et des stages courts d'immersion** (de type « *Vis ma vie* ») dans le tronc commun de la formation des personnels de santé

Réserver un **module spécifique de formation sur la protection de l'enfance**, de la petite enfance, des personnes en situation de handicap, des personnes âgées et sur l'exclusion.

Au quotidien, la FEHAP encourage une **plus grande porosité et de multiples synergies (partage de locaux et de plateaux techniques) entre la médecine de ville et les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux** (en soins de suite et de réadaptation et en protection de l'enfance notamment), de manière à favoriser des cultures d'articulation pertinente et d'engendrer un continuum cohérent de soin et d'accompagnement.

La Fédération avance aussi l'idée d'une **fusion progressive du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles, dans la logique et la dynamique des parcours**. Cette fusion vise à approfondir le processus déjà bien engagé d'harmonisation du langage et des concepts et catégories juridiques de l'ensemble du secteur et de ses acteurs.

Enfin, la FEHAP suggère d'introduire une exigence méthodologique forte au champ politique et législatif : toute politique de la santé doit s'adresser à l'ensemble des champs et pas seulement au sanitaire, au médico-social ou au social. La FEHAP propose, par conséquent, l'idée de **décloisonner l'ensemble des institutions, agences publiques et directions d'administration centrale en charge de la santé et de l'autonomie**.

2. Pour une meilleure coordination de tous les professionnels

Pilier fondamental de la réforme du système de santé et de protection sociale, la coordination entre les établissements et les professionnels doit être renforcée. La FEHAP considère que l'amélioration de la transmission d'informations entre les professionnels est prioritaire. **L'échelon régional semble le**

plus pertinent pour construire des circuits de transmission et élaborer des références de bonnes pratiques.

S'il existe aujourd'hui la possibilité légale de créer un lieu commun de formation pour tous les professionnels de santé, elle est encore peu utilisée. La FEHAP propose d'**encourager la formation de ces plateformes, ou lieux d'enseignement communs, pour que les différents professionnels acquièrent des références communes et une capacité durable à se parler.**

La FEHAP soutient également l'idée que la coordination soit assurée non pas par une profession en particulier, mais par le professionnel le plus adapté, au moment opportun, en fonction du parcours des personnes.

La FEHAP rappelle qu'il ne faut pas oublier la capacité des personnes elles-mêmes et de leurs aidants ou accompagnants à partager leur savoir et à former.

3. Accompagner la transition énergétique et écologique du parc hospitalier et médico-social

Le parc hospitalier, social et médico-social pose la question de son empreinte carbone et de son impact écologique. La santé publique passe aussi par la **création d'un programme de requalification ou d'adaptation du bâti de ce parc et par la mise en place de dispositifs d'atténuation du choc à venir issu de l'élévation continue de la taxe carbone.**

B. Renforcer l'ambulatoire et le maintien à domicile

Pour plus de performance, les hôpitaux doivent devenir des centres hyperspécialisés et technologiques. Parallèlement, dès que cela est possible, les usagers souhaitent souvent rester à leur domicile, ou au sein de leur famille. Le défi qui nous attend concerne à la fois la concrétisation de l'ambulatoire et du maintien à domicile, partout sur le territoire.

Le sujet de l'ambulatoire et du maintien à domicile dépend directement de la qualité de nos infrastructures :

La FEHAP demande **un plan national d'amélioration des infrastructures et des réseaux qui desservent les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.** La qualité inégale de ces infrastructures pourrait considérablement ralentir le phénomène de l'ambulatoire, faute d'une circulation facile pour les usagers.

La FEHAP souhaite également **profiter des nouvelles technologies pour faciliter des soins à domicile**, valoriser et développer les plateformes territoriales d'appui, les outils de télémédecine.

Concrètement, le tournant du maintien à domicile exige :

Une amplification du recours aux soins à domicile, à l'Hospitalisation A domicile (HAD), aux Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), aux Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SEFFAD), aux Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et à la dialyse hors centre, ainsi qu'aux usages numériques à domicile

Une attention et un soutien accrus au développement des Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile (SPASAD)

Une large diffusion de la charte des parcours adoptée par la conférence nationale de santé en juillet 2016.

L'accélération de la création d'équipes médicales et médico-sociales mobiles, capables de soigner et d'accompagner les usagers à leur domicile, en évitant un passage ou un séjour dans un hôpital.

Le **rassemblement en plates-formes informatives et coopératives de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à domicile, à l'image d'adhérents de la FEHAP** (Santelys à Lille, Soins et Santé à Lyon).

Le **financement de la régulation et de l'analyse des pratiques professionnelles à domicile**

C. Ressources humaines

1. Former des professionnels capables de tirer parti des révolutions en cours et à venir

La transformation numérique du système ne peut se faire sans une appropriation par les professionnels. Cette révolution, par nature imprévisible, requiert une adaptation permanente et une attention, très nouvelles, aux usages et aux attentes des usagers.

La FEHAP propose une adaptation radicale de la formation des professionnels, qu'ils s'agissent des médecins, des professionnels paramédicaux ou des autres professionnels du champ de la protection sociale. Cette adaptation se décline en 4 grands axes :

La formation des médecins produit des hyperspécialistes qui pourraient être particulièrement déstabilisés par des avancées technologiques majeures dans leur spécialité. La Fédération suggère **de valoriser les dimensions généralistes de la formation, pour produire des médecins capables de s'adapter aux évolutions imprévisibles des technologies et des usages.**

Cette exigence impose de **créer des formations tout au long de la vie, centrées sur les nouvelles technologies, les études de pointe et les nouvelles tendances des attentes et des usages.** Ces formations prennent toute leur place dans les programmes du nouveau compte personnel de formation (CPF).

La FEHAP souhaite que l'Etat **lance une réflexion nationale et concrète sur la création des nouveaux métiers liés à la révolution numérique.** Les métiers actuels pourraient évoluer : comment les médecins vont repositionner leur expertise lorsque le diagnostic sera sécurisé par un ordinateur comme Watson ? Et de nouveaux métiers vont apparaître : ingénieur en informatique décisionnelle de la santé, ingénieur en systèmes embarqués et télésanté, manager data santé... Ces nouveaux métiers de la santé numérique **nécessitent dès à présent des référentiels et des contenus de formation adaptés.**

Enfin la Fédération propose **de créer des chaires universitaires du handicap et de la gérontologie**, appuyées sur des réseaux ou groupes d'établissements publics et privés

habilités à participer aux activités de recherche et d'enseignement (à l'image du Groupement de l'Institut catholique de Lille).

La réforme de la formation est cruciale pour la FEHAP. Elle est la condition pour que, au cœur de la révolution numérique, les hommes puissent donner du sens aux données et garantir qu'elles servent la santé de tous et la solidarité de chacun.

2. Emploi :

L'économie sociale et solidaire emploie déjà 2,34 millions de salariés. Dans le champ de la protection sociale, ce sont des emplois pérennes (très majoritairement en CDI), locaux et non délocalisables. Ce sont des métiers qui renforcent les secteurs qui permettent de faire jouer à plein l'ascenseur social.

Le secteur Privé Non Lucratif et tous les acteurs du système de santé et de solidarité pourraient créer plus d'emplois encore : les besoins d'effectifs sont en croissance (par exemple pour l'accompagnement des personnes âgées). 50% des associations du secteur ont des besoins en effectifs croissants. 23% des associations ont vu émerger des emplois ou des fonctions jusqu'alors inexistantes, en particulier dans le champ médico-social.

Pourtant, les secteurs sanitaire, médico-social et social comptent de nombreux métiers en tension pour lesquels ils ne parviennent pas à recruter. Dans le secteur des personnes âgées, la moitié des établissements disent avoir des difficultés de recrutement. La situation n'a pas évolué depuis 2007. La situation s'est dégradée pour les emplois de la filière soin et les paramédicaux. La situation devient également plus tendue pour les médecins généralistes. 15% des établissements ont des difficultés à les recruter : une progression de 7 points en 5 ans.

Pour remédier à la situation et inciter les Français à s'orienter ou effectuer une conversion vers les métiers de la santé, la FEHAP propose deux actions :

Une action immédiate : lancer **une campagne de valorisation des métiers en tension dans les secteurs sanitaire, médico-social et social**

Une action aux effets de long court : **relever les quotas des métiers en tension** (kinésithérapeutes, infirmiers, ...).

3. Revalorisation de l'engagement et du bénévolat

Financer la formation des bénévoles

Par nature, le secteur Privé Non Lucratif accueille deux catégories de bénévoles : ceux qui portent la gouvernance des organisations, notamment les élus des Conseils d'Administration, et ceux qui accompagnent les personnes fragilisées. Dans un environnement marqué par des évolutions sans précédent, les bénévoles ont plus que jamais besoin de formation.

Les administrateurs, porteurs de la gouvernance, doivent pouvoir accéder à des formations, notamment sur les impacts des politiques publiques et les évolutions de la réglementation sur les projets associatifs, sur les champs de compétence mais aussi sur la responsabilité des administrateurs. Quant aux bénévoles accompagnant les personnes fragiles, il est indispensable que la formation leur permette d'être éclairés sur leur place et leurs relations avec les personnes, les entourages et les professionnels.

Cette contribution des bénévoles est majeure et vitale pour le secteur Privé Non Lucratif, nécessitant le recours à des crédits de formation, qu'ils proviennent des organismes collecteurs de fonds pour la formation ou bien encore de fonds dédiés à la vie associative.

Instaurer une semaine de l'engagement citoyen

L'enjeu est de valoriser l'engagement citoyen de ceux qui administrent des organisations et s'investissent dans des activités bénévoles auprès des personnes en sensibilisant la population à ces formes d'engagement. Dans le prolongement de la Grande cause nationale, il s'agit de lancer des campagnes d'information et de recrutement. Les collectivités locales pourraient être mobilisées dans le cadre de cette semaine de l'engagement.

D. Favoriser toutes les formes d'innovation

Dans les établissements, chaque jour, des innovations silencieuses sont expérimentées. Elles ne relèvent pas toujours du numérique ou de la technologie. Elles sont parfois managériales, ou organisationnelles. Elles améliorent la prise en charge, la communication, la coordination ou encore la prise en compte de transition écologique et énergétique, par exemple : pooling de besoins de remplacements de personnels ou de transports et économie collaborative pour diminuer le volume et la charge financière directe et indirecte des transports sanitaires.

La FEHAP souhaite que ces innovations qui peuvent considérablement modifier l'expérience de l'utilisateur et son quotidien soient mieux valorisées. Elle propose :

De créer un grand prix de l'innovation qui soit bien doté

Que BPIFrance intervienne comme accélérateur de cette innovation et puisse en financer l'amorçage.

De mettre en place un crédit innovation en réduction des charges sociales, sur le modèle du Crédit Impôt Recherche (CIR)

III. UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SOLIDARITÉ

A. Clarifier et moderniser la gouvernance du système

La gouvernance du système est aujourd'hui assurée par un Etat chargé à la fois de financer, de réguler et d'être opérateur du système. La lourdeur, la complexité et l'opacité des décisions résultent de cette confusion des rôles. C'est cette confusion qui produit une forme d'impuissance collective à faire évoluer notre système. L'Etat est à la fois l'arbitre et l'entraîneur-capitaine-joueur du secteur public hospitalier.

1. Pour un recentrage vers un Etat régulateur, au plan national, se détachant de la confusion actuelle avec l'Etat opérateur-employeur

L'Etat a toute légitimité à être le régulateur du système de protection sociale. Sa mission essentielle est de s'assurer que chacun a accès à des soins et/ou un accompagnement de qualité et personnalisé, en toute sécurité. Cette mission de contrôle doit également s'exercer dans le cadre du financement du système. Les prérogatives d'évaluation pourraient être développées au sein de l'Etat, pour garantir l'efficacité, mais aussi l'efficience des fonds publics dépensés. **La FEHAP défend l'idée d'un renforcement de la mission de régulation et d'évaluation de l'Etat, en parallèle du financement.** Une meilleure équité de traitement entre tous les acteurs du système de santé et de solidarité pourrait résulter d'un moindre engagement de l'Etat régulateur sur des fonctions qui relèvent, en réalité, des opérateurs-employeurs.

Cette mission de régulateur renforcée **permettrait la création de contrats d'objectifs avec les établissements et les professionnels.** La régulation est un moyen de laisser la liberté et le professionnalisme s'exercer dans un cadre donné. C'est l'Etat régulateur qui est à même de renouer la confiance avec les professionnels en leur fixant des objectifs de résultats et en leur laissant plus de marge de manœuvre pour les atteindre.

Pour garantir le pilotage du système, la FEHAP propose de créer **une Agence Nationale de Santé, chargée de piloter de manière globale et unifiée le système.** Elle permettrait de décloisonner et de revoir le système de financement. Elle se substituerait aux différentes institutions actuelles (Direction Générale de l'Offre de Soins, Direction Générale de la Cohésion Sociale, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, Caisse Nationale d'Assurance-Maladie,...).

2. Création d'une structure interministérielle dédiée à la santé publique

La FEHAP soutient l'idée de **créer un COGIS (Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Santé), sur le modèle du COGIC (Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Crise) rattaché à Matignon.**

Ce centre aurait pour objectif de confronter les décisions publiques à la réalité humaine et territoriale de l'accès aux soins et à l'accompagnement. Ses missions seraient notamment :

D'élargir la vision de la politique de santé aux autres déterminants (logement, éducation, culture,...)

D'examiner toutes les politiques publiques (transport, agriculture, environnement) au regard de la santé publique. Le COGIS serait un organisme consultatif obligatoire dans l'élaboration de la loi

De déterminer chaque année le numerus clausus en cohérence avec les besoins régionaux pour aligner le recrutement des médecins, des professionnels paramédicaux et de l'ensemble des professionnels du champ de la protection sociale à la réalité des besoins de la population.

La FEHAP propose **que cette structure soit déclinable au plan régional pour aligner les décisions des collectivités sur la réalité de chaque région.**

3. Faire du nouveau fait régional une opportunité pour améliorer la gouvernance

La gouvernance de protection sociale pourrait fonctionner comme une pyramide décisionnelle disposée sur l'articulation de trois étages :

Le niveau national

Le niveau régional

Le niveau départemental

La création de 13 nouvelles grandes régions constitue l'opportunité d'investir ce niveau institutionnel pour améliorer la gouvernance du système de protection sociale. En premier lieu, **les Agences Régionales de Santé devraient être pleinement investies de leur rôle de régulateur régional**, assurant au cœur des territoires l'égalité de traitement et d'accès aux soins et à l'accompagnement.

La réforme régionale est une occasion de **transférer la responsabilité financière aux régions**. Elles sont l'acteur le plus légitime pour évaluer la pertinence des dépenses en fonction des spécificités de chaque territoire. **La FEHAP soutient également la création d'un Objectif Régional des Dépenses de l'Assurance Maladie (ORDAM) sur le modèle de l'ONDAM**. Ce nouvel indicateur permettra de matérialiser la nouvelle responsabilité régionale et de piloter les dépenses. Ces mesures sont un pas vers une meilleure adaptation des mesures aux territoires et vers un renforcement de la démocratie locale.

La FEHAP souhaite **que les élus qui participent à la politique de santé et d'accompagnement au plan départemental soient les mêmes que ceux qui siègent au plan régional**. L'objectif est de simplifier et de coordonner le dialogue en ayant les mêmes interlocuteurs et des responsabilités articulées sur les territoires du département et de la région.

Enfin, dernière étape, **la FEHAP propose la création d'écoles de santé régionales**, de manière à former des professionnels capables d'appréhender et d'agir au cœur de chaque réalité régionale.

B. Vers un système plus responsable, davantage tourné vers la qualité et plus équitable

Les dérives financières du système sont facilitées par une responsabilité diluée. La FEHAP pense que des responsabilités plus claires entraîneront de meilleures performances en matière financière mais aussi de qualité.

1. Responsabilité financière des établissements de tous statuts et de leurs dirigeants

Les contraintes financières qui pèsent sur le système de santé et de solidarité nécessitent de relier des contraintes de gestion privée aux missions de service public ou d'intérêt général. Le modèle non-lucratif est l'une des réponses. La FEHAP propose ainsi d'**expérimenter la transformation des hôpitaux publics en Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et les activités médico-sociales autorisées publiques en ESsmsPIC**. Les fonctionnaires hospitaliers et médico-sociaux, en place, pourraient conserver leur statut ou opter pour un statut de droit privé, les nouveaux recrutements se faisant sous un statut de droit privé.

Dans tous les cas, pour approfondir la notion de responsabilité, **la FEHAP suggère que les collectivités dont les élus président les conseils de surveillance ou les conseils d'administration des établissements publics en portent toute la responsabilité financière**. Cette mesure devrait participer en elle-même à la régulation des déficits et à l'introduction de pratiques de meilleure gestion.

Enfin, ce mouvement de responsabilisation, pour être global, doit aussi impliquer l'utilisateur. La Fédération soutient l'idée de **donner à chacun un relevé annuel de ses prestations monétaires et autres dépenses dont il a bénéficié de la part de la protection sociale**.

2. Responsabilité opérationnelle et mesure de la qualité

Ce souci de responsabilité apparaît également au cœur du système de soin et d'accompagnement. La lutte contre le gaspillage des actes inutilement traumatisants pour la personne et coûteux pour la collectivité est un chantier prioritaire. Examens médicaux, analyses, imagerie... Certains actes sont effectués plusieurs fois parce qu'on change d'établissement ou à l'intérieur d'un même établissement.

Pour la FEHAP, la lutte contre le gaspillage passe par :

Le **renforcement et l'utilisation systématique d'outils d'évaluation de la pertinence des actes** au cœur des établissements

Une **sensibilisation spécifique à la pertinence des actes au cours du cursus de formation des médecins.**

La FEHAP demande l'établissement d'une réelle mesure de la qualité de service, au-delà de l'acte médical. Dans les établissements sanitaires, la qualité ne se résume pas à l'acte médical. Dans les établissements médico-sociaux et sociaux, la FEHAP veut créer une mesure adaptée de la qualité du service à l'usager.

3. Équité et égalité de traitement entre l'ensemble des acteurs du système de santé et de solidarité

La responsabilité exige aussi l'équité et l'égalité de traitement. La FEHAP demande ainsi la reconnaissance des établissements privés non lucratifs qui participent au service public et remplissent des missions d'intérêt général : égalité de traitement, continuité des soins et des accompagnements, non-distribution des bénéfices...

Pourtant, ce "modèle invisible" comme l'avait surnommé l'Institut Montaigne dans une de ses publications, ne bénéficie toujours pas **d'une égalité de traitement avec le secteur public, notamment dans l'accès à différentes enveloppes (FMESPP, MIGAC, financements du COPERMO...)**. Réformer le système vers plus d'égalité, c'est garantir l'équité fiscale et financière entre tous les acteurs, la transparence dans le financement et un allègement des procédures de renouvellement des autorisations.

La FEHAP demande également une **égalité de traitement pour ce qui concerne les modes d'exercice et les revenus professionnels des médecins.**

C. Vers un financement du système de santé et de solidarité décloisonné qui ne pèse pas aussi fortement qu'aujourd'hui sur le travail

Le mode de financement du système est d'une grande complexité. Il produit parfois des effets d'éviction de certains parcours moins bien remboursés. Il est devenu aujourd'hui un frein à une prise en charge personnalisée et innovante.

1. Un mode de financement décloisonné et plus pertinent

Afin de décloisonner les financements, la FEHAP propose d'instaurer une **fongibilité des enveloppes libérales, sanitaires, sociales et médico-sociales, au plan régional.**

Pour rationaliser les coûts, la Fédération propose également :

D'élaborer une étude nationale de coûts pour les soins de ville, les remboursements au titre de la Liste des Prestations et Produits (LPP).

De poursuivre l'objectivation des écarts coûts / tarifs, dans tous les secteurs qui sont financés par les prélèvements obligatoires.

D'adopter le principe d'un remboursement par la collectivité sur la base du coût démontré.

2. Un mode de financement qui ne pèse pas exclusivement sur le travail

Le financement, via les cotisations sociales, repose trop fortement sur le travail. Dans une certaine mesure, le système de protection sociale grève la croissance et l'emploi, limitant ainsi notre capacité collective à la solidarité.

La FEHAP propose une évolution du mode de financement du système de protection sociale :

1^{er} niveau : **Le panier de soins obligatoires serait financé par la collectivité via un mécanisme de TVA sociale.** Cette mesure élargit le nombre de personnes qui y contribuent, concrétisant mieux la notion de solidarité, tout en allégeant les charges salariales.

2^{ème} niveau : **Les complémentaires obligatoires (dont les prestations sont définies par la loi) seraient payées par des charges sociales** sur les salaires ou sur la CSG. Cette mesure permet une évolution transitoire en allégeant, sans supprimer la contribution du travail.

3^{ème} niveau : **Les surcomplémentaires relèvent directement du choix des individus. Elles sont à la carte** et financées par chacun selon ses besoins, ses moyens et son aversion au risque de santé.

Dernière étape de cette évolution, **les droits de la personne en matière de santé lui seraient directement rattachés, indépendamment de son travail** ou de son non-travail, en confirmation de la philosophie actuelle de la CMU, CMU-C et PUMA. Le statut de l'assuré social ne serait plus directement lié à l'emploi.

D. Favoriser la disruption du système de santé et de solidarité

L'écosystème financier sera crucial pour le développement des HealthTech en France. Il faut tout mettre en œuvre pour attirer les entrepreneurs de la santé et leur permettre de financer leur modèle économique.

La FEHAP propose plusieurs actions :

La **création d'un fonds santé innovation**, alimenté par des dotations publiques et privées.

L'élargissement de l'opération et des dotations allouées à « hôpital numérique » au **« médico-social numérique »**.

La **pérennisation des crédits alloués à l'innovation** (qui sont aujourd'hui non garantis d'une année à l'autre).

Une **accélération des expérimentations à l'échelle locale**, tant en matière de réglementation que de financement.

Autre angle d'action, la disruption sera d'autant plus rapide et développée au bénéfice des usagers, si nous favorisons la perméabilité entre les start-ups et les établissements de santé. La FEHAP propose de **se donner des objectifs de créations de « living labs » dans chaque région**. Un lab est un lieu d'expérimentation porté par un établissement, dans lequel il choisit de développer des innovations adaptées à ses usages avec des start-ups. L'Etat pourrait développer une fiscalité avantageuse pour favoriser leur émergence, en les décrétant éligibles au Crédit Impôt Recherche, par exemple.

ENCART FINAL

Les établissements et services privés à but non lucratif sont gérés par une personne morale de droit privé (association, fondation, congrégation, mutuelle ou institution de retraite complémentaire), employant des personnels de droit privé. Au-delà de leur niveau de professionnalisme et de leur "agilité" ces structures se distinguent par l'importance du bénévolat dans la gouvernance et l'accompagnement des usagers. De taille humaine, ils ont une longue histoire d'accompagnement et d'innovation centrée sur la personne et son entourage.

La FEHAP compte nombre de personnes morales ouvertes sur des activités tant sanitaires que sociales et/ou médico-sociales, d'emblée prêtes pour une approche parcours. C'est de plus en plus le cas, grâce aux regroupements encouragés par la fédération.

Les établissements privés à but non lucratif réalisent des missions de service public et participent à l'intérêt général. Ils ont les mêmes modes de financement que les établissements publics, les mêmes valeurs et les mêmes exigences :

- Égalité de traitement et d'accès
- Continuité des soins et de l'accompagnement
- Permanence de l'accueil et de la prise en charge

De comptabilité privée, leur responsabilité financière les contraint à une bonne gestion financière et opérationnelle. Néanmoins, à la différence des établissements privés de statut commercial, les bénéfiques, éventuels, ne sont pas distribués sous forme de dividendes, ni de rémunération du capital de fonds d'investissements ; ils sont réinvestis dans l'innovation et l'amélioration de l'accueil dans les établissements et services.

Pour la FEHAP, le pilotage privé non lucratif est un mode de réconciliation des usagers et de leurs proches avec les politiques publiques et avec leurs décideurs, du fait de la meilleure implication de la société civile et des corps intermédiaires dans la conception et la mise en œuvre. Ceci s'applique également dans le champ de la santé et de l'autonomie, mais aussi dans d'autres grands domaines de l'action publique : l'école, l'université, etc...

RÉSUMÉ DES PROPOSITIONS

I POUR UNE PLUS GRANDE PERSONNALISATION DU SYSTEME DE SANTE, ET DE PROTECTION SOCIALE

A. *Accessibilité pour tous*

Accessibilité financière : permettre à chacun d'être soigné et accompagné tout au long de la vie, quelle que soit sa situation sociale

1. Fixer annuellement un niveau de reste à charge maximum pour les personnes rencontrant des difficultés pour le financement de l'hébergement
2. Intégrer le reste à charge des personnes vivant en EHPAD ou des personnes soignées et accompagnées à domicile dans le calcul officiel du reste à charge
3. Concevoir un bouclier sanitaire, social et médico-social
4. Respecter la liberté des choix en remboursant de la même manière tous les types de parcours
5. Revaloriser certains honoraires, pour qu'ils reflètent la valeur intellectuelle et experte de la prestation
6. Limiter le dépassement d'honoraires pour les soins en Médecine-Chirurgie-Obstétrique et en médecine de ville
7. Soutenir financièrement, par la définition et le financement d'une mission d'intérêt général, les établissements de santé de tous statuts qui fonctionnent sans aucun dépassement d'honoraires.
8. Poursuivre la limitation du recours aux nuitées hôtelières et de développer des alternatives pour permettre une prise en charge de qualité des familles et des publics les plus vulnérables, notamment en développant l'offre de logements sociaux.
9. Créer, comme c'était le cas avant la seconde Guerre Mondiale, des postes de travailleurs sociaux totalement dédiés à l'accès des personnes en situation de précarité à la prévention et aux droits en matière de protection sociale

Accessibilité territoriale : faire disparaître les déserts médicaux, médico-sociaux et sociaux

10. Concevoir un plan national de développement des centres, des maisons de santé et des plateaux techniques de proximité sur 10 ans
11. Créer des services d'urgence non vitale, au cœur des villes, sous la forme de consultations non programmées et de "Check up en 60 minutes"
12. Obliger chaque jeune médecin et chaque jeune kinésithérapeute à s'installer pendant 3 ans dans une zone sous-médicalisée
13. Amplifier le champ d'action des infirmiers et des autres professionnels paramédicaux

14. Multiplier de projets pilotes de suivi à distance pour des pathologies chroniques, et le financement d'équipements, à domicile ou en établissements
15. Commencer par une expérimentation en direction des usagers fragiles et à distance des centres de soins aigus, comme les résidents des maisons de retraite, des patients des hôpitaux de proximité et des établissements de santé en « activités isolées ».

Accessibilité pour les publics fragiles

16. Créer un programme spécifique de prévention à destination des malades souffrant de ces troubles et en difficulté pour demander du soin par eux-mêmes, pour leurs pathologies du type cancer, diabète et maladie cardio-vasculaires, mais aussi pour les soins dentaires.
17. Elargir la gamme des solutions d'accueil et d'accompagnement pour les enfants et adolescents souffrant de troubles des fonctions supérieures
18. Former les professionnels (en Établissements d'Accueil du Jeune Enfant comme les assistantes maternelles), en réservant des places à des situations particulières, en permettant l'embauche et donc le financement de professionnels spécialisés (Educateurs de Jeunes Enfants dans les crèches par exemple
19. Créer un droit des jeunes parents à avoir une solution de garde individuelle et collective.
20. Développer la scolarisation précoce des enfants issus des familles les plus modestes, en particulier dans les territoires défavorisés, ainsi que l'accès aux crèches ou lieux collectifs.
21. Créer des postes de professeur et d'auxiliaire de vie scolaire

Accès à l'information, à la prévention et aux autres déterminants de la santé et de l'autonomie

22. Mettre en place un observatoire des délais d'attente
23. Elargir la transparence à l'échelle nationale sur les résultats médicaux et financiers de tous les établissements de santé, sur une plateforme dédiée et publique
24. Introduire la culture de la transparence au cœur même de la formation des professionnels.
25. Lancer d'un grand chantier de récolte et d'organisation de manière à créer des bases de données sur les différentes pathologies.
26. Inverser la frilosité française sur le stockage et l'exploitation des données personnelles. La réglementation devrait être adaptée pour permettre l'exploitation des formidables ressources de données que la France possède déjà
27. Concevoir des programmes de recherche avec toutes les parties prenantes sur les données de santé
28. Tirer profit du Big Data et favoriser l'émergence d'une initiative similaire au Blue Button américain

B. Faire des nouvelles technologies un levier rapide d'amélioration du système de santé et de solidarité au profit de l'utilisateur

29. Un grand plan d'équipement et fibre optique et en couverture territoriale pour les téléphones mobiles sur tout le territoire
30. Un investissement dans les plateformes de suivi à distance
31. Le remboursement (pour les particuliers) et le financement (pour les professionnels) d'un premier panel d'objets connectés
32. Encourager l'émergence d'une solution de covoiturage du transport sanitaire, à l'image de Bla-Bla-Car
33. Construire des dispositifs de formation sous la forme de Moocs

C. Promouvoir l'utilisateur comme acteur de sa santé et du système

Aux côtés du soin, promouvoir la prévention et le maintien en santé

34. Développer des incitations financières pour les professionnels et les établissements afin de développer les activités de prévention, au-delà des centres existants pour le "bien vieillir"
35. Créer un label de l'Assurance Maladie labellise pour les centres de prévention financés par le biais d'enveloppes spécifiques consacrées au développement de la prévention
36. Instaurer une consultation régulière de préventions et développer des centres de prévention
37. Créer de nouveaux contrats d'éducation et d'accompagnement thérapeutiques
38. Mettre en lien médecine hospitalière, scolaire, médecine du travail et médecine de ville
39. Financer des campagnes nationales grand public d'éducation à la santé et de prévention de la perte d'autonomie

Une nouvelle vision de la compensation des handicaps et de promotion de l'autonomie

40. Mettre en place des plans personnels d'accompagnement pour les personnes en perte d'autonomie
41. Définir des projets-pilote de prise en charge à la jonction des champs social, médico-social et sanitaire
42. Elaborer une loi de programmation pluriannuelle avec des objectifs crédibles et progressifs afin de faire face aux évolutions épidémiologiques et démographiques liées à la perte d'autonomie

43. Prendre en charge la perte d'autonomie par la solidarité nationale

Systematiser et soutenir la présence des usagers dans le système

44. Institutionnaliser et crédibiliser le statut d'enseignant-chercheur en "expertise patient".

45. Encourager la représentation des associations d'usagers dans la gouvernance régionale et dans la gouvernance des établissements médico-sociaux privés non lucratifs

En parallèle, favoriser la responsabilisation de l'utilisateur : éducation à la santé, éducation thérapeutique

46. Développer des programmes nationaux d'éducation thérapeutique par la Haute Autorité de Santé, notamment dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques

47. Etoffer la mission de la Haute Autorité de Santé en matière de diffusion auprès du public d'une information médicale validée, ainsi que de promotion des bonnes pratiques

48. Concevoir des modules pédagogiques d'éducation à la santé, à destination du grand public comme des professionnels de l'accompagnement, notamment en milieu scolaire

II. LA NÉCESSAIRE MUTATION DES OPÉRATEURS

A. Décloisonnement et coordination pour un parcours centré sur les besoins et le projet de la personne

Surmonter la séparation des modèles économiques et juridiques entre les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et les services de premier recours

49. Concevoir un module obligatoire de sensibilisation aux problématiques sociales et médico-sociales et des stages courts d'immersion

50. Réserver un module spécifique sur la protection de l'enfance, de la petite enfance, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, et sur l'exclusion.

51. Fusion progressive du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles, dans la logique et la dynamique des parcours

52. Décloisonner l'ensemble des institutions, agences publiques et directions d'administration centrale en charge de la santé et de l'autonomie.

Pour une meilleure coordination de tous les professionnels

53. Construire des circuits de transmission et élaborer des références de bonnes pratiques à l'échelon régional

54. Encourager la formation de plateformes / lieux d'enseignement communs pour que les différents professionnels acquièrent des références communes et une capacité durable à se parler.
55. Assurer la coordination non pas par une profession en particulier, mais pour la personne la mieux adaptée en fonction du parcours des personnes

Accompagner la transition énergétique et écologique du parc hospitalier et médico-social

B. Renforcer l'ambulatoire et le maintien à domicile

56. Plan national d'amélioration des infrastructures et des réseaux qui desservent les établissements
57. Profiter des nouvelles technologies pour faciliter les soins à domicile
58. Large diffusion de la charte des parcours adoptée par la conférence nationale de santé en juillet 2016
59. Accélération de créations d'équipes médicales et médico-sociales mobiles
60. Rassemblement en plates-formes informatives et coopératives de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale à domicile, à l'image d'adhérents de la FEHAP
61. Financement de la régulation et de l'analyse des pratiques professionnelles à domicile

C. Ressources humaines

Former des professionnels capables de tirer profit des révolutions en cours et à venir

62. Valoriser la dimension généraliste de la formation, afin de la rééquilibrer pour produire d'excellents médecins qui seront capables de s'adapter aux évolutions imprévisibles des technologies et des usages
63. Créer des formations tout au long de la vie, centrées sur les nouvelles technologies, les études de pointe et les nouvelles tendances des attentes et des usages
64. Créer des chaires universitaires du handicap et de la gérontologie, à l'image de celle de l'Institut catholique de Lille et confier à des réseaux d'établissements publics et privés non lucratifs une triple mission d'accompagnement d'enseignement et de recherche
65. Création de référentiels et de contenus de formation de qualité sur la santé numérique

Emploi

66. Lancer une campagne de valorisation des métiers en tension dans les secteurs sanitaire, médico-social et social
67. Relever les quotas des métiers en tension (kiné, infirmières, ...)

Revalorisation de l'engagement et du bénévolat

68. Financer la formation des bénévoles
69. Instaurer une semaine de l'engagement citoyen

Favoriser toutes les formes d'innovation

70. Créer un grand prix de l'innovation qui soit bien doté
71. Que BPIFrance intervienne comme accélérateur de cette innovation et d'en financer l'amorçage.
72. Mettre en place un crédit innovation en réduction des charges sociales, sur le modèle du Crédit Impôt Recherche (CIR)

III. UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SOLIDARITÉ

A. Clarifier et moderniser la gouvernance du système

Pour un recentrage vers un Etat régulateur, au plan national, se détachant de la confusion actuelle avec l'Etat opérateur-employeur

73. Renforcement de la mission de régulation et d'évaluation de l'Etat, en parallèle du financement.
74. Définition de contrats d'objectifs avec les établissements et les professionnels de santé
75. Création d'une Agence Nationale de Santé, chargée de piloter de manière globale et unifiée le système de santé.

Création d'une structure interministérielle dédiée à la santé publique

76. Créer un COGIS (Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Santé), sur le modèle du COGIC (Centre Opérationnel de Gestion Interministériel de Crise) rattaché à Matignon.
77. Décliner cette structure à un niveau régional pour aligner les décisions des collectivités sur la réalité de santé de chaque région.

Faire du nouveau fait régional une opportunité d'améliorer la gouvernance

- 78. Investir pleinement les Agences Régionales de Santé de leur rôle de régulateur régional
- 79. Transférer la responsabilité financière aux régions
- 80. Créer un ORDAM
- 81. Que les élus qui participent de la politique de santé et d'accompagnement au niveau départemental soient les mêmes élus qu'au niveau régional
- 82. Création d'écoles de santé territoriales régionales

B. Vers un système plus responsable davantage tourné vers la qualité et plus équitable

Responsabilité financière des établissements de tous statuts et de leurs dirigeants

- 83. Expérimenter la transformation des hôpitaux publics en ESPIC et des activités médico-sociales autorisées publiques en ESSmsPIC
- 84. Responsabilité financière des collectivités dont les élus président des établissements de santé
- 85. Donner à chacun un relevé annuel de ses prestations monétaires et autres dépenses dont il a bénéficié de la part de la protection sociale

Responsabilité opérationnelle et en matière de qualité

- 86. Renforcement et utilisation systématique d'outils d'évaluation de la pertinence des actes
- 87. Sensibilisation spécifique à la pertinence des actes au cours du cursus de formation des médecins

Équité et égalité de traitement entre l'ensemble des acteurs du système de santé et de solidarité

- 88. Egalité de traitement avec le secteur public, notamment dans l'accès à différentes enveloppes (FMESPP, MIGAC).
- 89. Egalité de traitement pour ce qui concerne la rémunération des médecins

C. Vers un financement du système de santé et de solidarité décloisonné et qui ne pèse pas exclusivement sur le travail

Un mode de financement décloisonné et plus pertinent

90. Fongibilité des enveloppes libérales, sanitaires, sociales et médico-sociales, au niveau régional.
91. Elaborer une étude nationale de coûts pour les soins de ville
92. Poursuivre l'objectivisation des écarts coûts /tarifs
93. Adopter le principe d'un remboursement par la collectivité

Un mode de financement qui ne pèse pas exclusivement sur le travail

94. Financement du panier de soins obligatoires par la collectivité via un mécanisme de TVA sociale
95. Financement des complémentaires obligatoires (dont les prestations sont définies par la loi) par des charges sociales
96. Financement des surcomplémentaires à la carte, relève directement du choix des individus.
97. Rattachement des droits en matière de santé directement à la personne, indépendamment de son travail

D. Favoriser la disruption du système de santé et de solidarité

98. Création d'un fonds santé innovation
99. Lancer un plan « médico-social numérique ».
100. Pérenniser les crédits alloués à l'innovation
101. Accélérer l'expérimentation à l'échelle locale en se donnant des objectifs de créations de « living labs » pour chaque région