

# GRAND DEBAT NATIONAL

## Nos propositions & nos engagements

### « Construire avec et aller vers »

Le 18 décembre 2018, le Président de la République annonçait l'organisation d'un grand débat national sur l'ensemble du territoire, pour tous les français dont l'objectif est de « *redonner la parole aux Français sur l'élaboration des politiques publiques qui les concernent* ». Quatre grands thèmes ont été proposés : transition écologique, fiscalité, organisation de l'État, démocratie et citoyenneté.

L'accès aux soins et à la protection sociale pour tous, à tous les âges de la vie, pour toutes les pathologies et tous les handicaps est un élément fondateur de l'identité privée non lucrative. Depuis toujours, la FEHAP se mobilise en proposant son expertise pour contribuer à l'amélioration de notre système de soins et d'accompagnement.

Car c'est bien dans l'ADN du secteur privé non lucratif que de se réunir, d'échanger et de débattre pour s'améliorer, innover, toujours avec l'objectif d'apporter une réponse sanitaire, sociale et médico-sociale cohérente et adaptée pour tous. Notre Fédération reste convaincue que la concertation reste la méthode la plus adaptée pour faire ressortir ce que notre intelligence collective peut apporter de meilleur.

C'est dans cette philosophie que la FEHAP s'est emparé de l'opportunité offerte par le Grand Débat National. Composée d'opérateurs de terrain œuvrant sur l'ensemble du territoire national, couvrant l'ensemble du champ de la protection sociale, au service de la personne accueillie et des plus vulnérables, notre Fédération est plus que consciente de l'urgence économique et sociale dans laquelle se trouve notre pays.

Mais notre Fédération reste surtout convaincue que le modèle privé non lucratif, partie intégrante de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS), est le modèle d'avenir, à investir et valoriser, pour sortir de cette crise par la haut.

La FEHAP a ainsi salué l'initiative du Président de la République et par un courrier en date du 16 janvier 2019, Antoine Dubout, Président de la Fédération, a invité l'ensemble des délégués régionaux à s'emparer de cette initiative. Sur l'ensemble du territoire, les délégations régionales FEHAP ont organisé des concertations sur les thèmes et selon les méthodes de leurs choix, afin d'être aussi fidèles que possible aux réalités territoriales.

Le 13 mars 2019, le Comité consultatif des régions, instance de la FEHAP qui associe l'ensemble des administrateurs, des délégués régionaux et du comité de direction, s'est réuni au siège de la Fédération en présence d'un patient-expert, d'une personne accompagnée et d'un représentant des usagers.

C'est à l'occasion de cette réunion que les délégations régionales ont chacune présenté les synthèses des concertations qu'elles ont organisé en région. Sur cette base, l'ensemble des participants a été invité à réagir afin d'enrichir le débat. Tout au long de ces réflexions, la santé a été évoquée au sens large, selon la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : accueillir, soigner et accompagner, pour couvrir ainsi l'ensemble des champs du soin et de l'accompagnement.

A l'issue de ces échanges, quatre thèmes majeurs ont été élevés au rang de priorités à porter à la connaissance du Gouvernement dans le cadre du Grand Débat National :

- ✚ L'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement ;
- ✚ L'organisation et les relations avec les pouvoirs publics ;
- ✚ La territorialité, les territoires ;
- ✚ La responsabilité sociale et environnementale.

Pour chacun de ces axes, des solutions ont été proposées. **Convaincue également que la résolution de cette crise trouvera sa réponse dans l'engagement de chacun, notre Fédération a également décidé de « prendre sa part ».** Forte de cette conviction, ces propositions engagent à la fois la FEHAP et ses adhérents. Notre Fédération les accompagnera ainsi, là où elle le peut, dans les changements pour lesquels elle milite. En tant que corps intermédiaire, si la FEHAP a bien des choses à faire valoir, notre Fédération affirme qu'elle a également des responsabilités à prendre.

## Attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement

*Valoriser nos métiers, l'engagement des professionnels, les publics qu'ils accompagnent. Rénover et amplifier fortement les formations.*

Les attentes des personnes soignées ou accompagnées se font de mieux en mieux entendre, et notamment leur souhait de pouvoir rester à domicile et conserver leur mode de vie avec un accompagnement et des ressources professionnelles suffisantes autour d'elles. Les structures de formation comme les organisations employeurs font face à une véritable crise d'attractivité, perceptible aussi bien pour les médecins gériatres que pour les aides-soignants. On observe que cette crise est ainsi d'avantage liée au public spécifique qui est soigné et accompagné, qu'à un niveau de qualification particulier. Alors l'enjeu est double : accompagner dignement les personnes, et donner la possibilité d'un accompagnement digne à l'aidant comme au professionnel.

Des infirmiers, des médecins et des aides-soignants sont formés chaque année. Pourtant, la plupart d'entre eux se dirigent vers les établissements sanitaires. Alors pourquoi les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont-ils moins attractifs ? D'abord l'image médiatique qui est donnée de ces métiers y contribue. Pour le grand public, les établissements médico-sociaux sont désormais le lieu d'une maltraitance récurrente.

Puis il y a le fait d'avoir calqué le modèle de l'hôpital à celui de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et aux établissements médico-sociaux en général. A titre d'exemple, ce phénomène est particulièrement visible s'agissant du diplôme d'état d'infirmier qui ne comprend aucune spécificité liée au médico-social. Il se retrouve également à l'entrée des urgences, où des personnes handicapées décèdent chaque année car les médecins ne sont pas formés à la prise en charge du handicap.

La question de l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement ne peut pas se réduire à la seule demande d'augmentation des moyens financiers. Ces métiers, que ce soient ceux du travail social ou du soin souffrent d'abord d'un triple manque de reconnaissance, reconnaître un métier c'est lui accorder sa juste rémunération, c'est reconnaître le sens de son engagement et c'est pouvoir lui donner des perspectives d'évolution. Et reconnaître c'est aussi valoriser la personne accueillie.

S'interroger sur l'attractivité des métiers, c'est nécessairement s'interroger sur la rémunération des professionnels. L'accès aux soins en zone rurale est difficile pour les personnes, mais représente également une difficulté pour les professionnels. Souvent, la rémunération, insuffisante, ne couvre pas les frais annexes liés au déplacement par exemple. Il y a ici un paradoxe fondamental entre le discours politique sur le système de santé centré sur le maintien et l'accompagnement à domicile, sans y associer la valorisation financière. Les aides à domicile sont des actrices essentielles du système de santé, mais elles sont les moins bien rémunérées. Leur profil social est souvent fragile. Il y a une responsabilité pour l'employeur de rechercher tous les moyens de moderniser les modalités managériales pour améliorer leur champ d'initiative.

Les métiers de la santé sont, par ailleurs, hyper hiérarchisés. Lorsqu'on s'engage dans la santé, on s'engage dans l'humain, pourtant, les étudiants se disent abîmés par le système : au lieu de leur enseigner de l'humain, on leur apprend de la technique. Le volet sciences humaines est largement insuffisant dans les formations actuelles, alors qu'il s'agit avant tout métiers de relations. Bien que la technicité soit indispensable, il existe une dichotomie entre les soignants et les personnes accompagnées, qui sont profondément attachées aux soignants qui les entourent. Pendant trop

longtemps, on a opposé le médecin au patient, le sachant face au soigné. Pourtant seule la personne a l'expérience de sa vie, de ses problèmes sociaux, affectifs, moraux et de santé. Les usagers et les patients doivent désormais être pleinement intégrés à la formation des professionnels, c'est un levier privilégié du changement de paradigme.

Les filières ne sont pas, ou très peu valorisées, et il n'y pas de communication sur les possibles perspectives d'évolution d'un infirmier ou d'un aide-soignant. Il faut, pour chaque professionnel, des paliers de progression gratifiants, sans nécessairement arriver jusqu'à de nouvelles fonctions et sans forcément passer par l'étape de nouvelles qualifications.

L'engagement est une notion centrale. Et s'engager, c'est aussi auprès des personnes qui sont malades, ou qui ont besoin d'un accompagnement social, ou médico-social, partout où elles se trouvent.

## Proposition d'actions concrètes

**#1** Changer le regard sur la personne âgée, en situation de handicap, souffrante, dépendante, précaire, qui est comme tout citoyen une personne à part entière.

**#2** Développer une stratégie ambitieuse de valorisation des métiers de l'aide à la personne, du soin et de l'accompagnement.

**#3** Informer et former les jeunes à la notion d'engagement : faire intervenir les professionnels de première ligne en activité avec des représentants des usagers dans les écoles et les lycées.

**#3** Développer le partage des savoirs : concourir au changement de paradigme pour considérer la personne soignée et/ou accompagnée comme un sujet à part entière qui doit participer à la formation des professionnels du soin et de l'accompagnement.

**#4** Utiliser les stages, les forums métiers, le service sanitaire pour valoriser tous les métiers du soin et de l'accompagnement dans les collèges, lycées et universités

**#5** Créer une spécificité médico-sociale dans le Diplôme d'Etat d'infirmier, prenant en compte les spécificités internes au médico-social (Personnes Agées / Personnes Handicapées...).

## Engagements de la FEHAP

**#1** La FEHAP va prendre l'initiative d'une large campagne de communication pour valoriser les métiers, les établissements et services et les publics accueillis. Elle associera le plus de partenaires possibles sur ce projet d'ampleur.

**#2** Dans nos écoles et organisations de formation, mettre en œuvre la démarche « *Associons nos savoirs* » avec la participation effective des personnes accompagnées et patients aux enseignements.

**#3** Nos adhérents contribueront aux forums des métiers pour présenter, dans les collèges, les lycées, les métiers de la santé et de l'aide à la personne (implication des professionnels).

## Organisation et relations avec les pouvoirs publics

*Simplifier, simplifier, simplifier, ...*

*Rendre lisible, s'engager sur plus de transparence, d'équité, de stabilité des règles. Passer d'une logique de moyens à une logique de résultats et faire confiance aux acteurs.*

Les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux agissent dans un cadre donné par les pouvoirs publics, et sont en perpétuel dialogue avec ces derniers pour construire et apporter les réponses les plus adaptées aux besoins de santé et d'accompagnement.

Néanmoins, la complexité juridique ne favorise pas la cohérence et le décloisonnement, alors qu'il faut aujourd'hui regrouper le sanitaire et le médico-social, tant au niveau de la gouvernance que des financements. Les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux sont largement confrontés à des injonctions paradoxales, avec par exemple un texte législatif en contredisant un autre. Aussi, les textes, et notamment les circulaires, sont parfois loin de la réalité du terrain.

Concrètement, l'organisation actuelle qui sépare la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la Direction Générale de l'Offre de Soins, ainsi que la construction des ministères, en silos, est à repenser. Si l'organisation de l'Etat est à revoir au niveau national, il faut également penser à simplifier les échelons et tendre à une régionalisation de la santé.

Les relations qui unissent les pouvoirs publics et les acteurs de terrain doivent être fondées sur la confiance. Cette relation induit nécessairement un changement de fonctionnement, afin de passer d'une logique de contrôle à priori à celle d'un contrôle à posteriori. Faire confiance aux acteurs, c'est leur donner de l'autonomie, et donc de la liberté.

Mais cette liberté s'exerce, pour les acteurs, en responsabilité. Cette responsabilité implique d'accepter, dans un contrôle à posteriori, l'évaluation. Si, pour qu'advienne ce changement de paradigme, les opérateurs doivent se familiariser avec la pratique de l'évaluation, cette dernière doit nécessairement se faire en toute transparence. Car un des freins majeurs à cette pratique reste que l'évaluation est aujourd'hui un outil redouté par les professionnels car utilisé pour réduire des enveloppes financières. C'est notamment le cas dans les EHPAD. Concrètement, le ministère fixerait des objectifs que les acteurs mettraient en œuvre sur leur territoire.

Ces constats amènent à s'interroger sur la gouvernance nationale et territoriale du système de santé. La santé doit-elle être l'axe d'une ambition nouvelle de décentralisation ? De toute évidence, nous devons trouver les conditions d'une plus forte mobilisation, implication des élus sur les enjeux de santé. Ainsi, une nouvelle ambition de régionalisation est nécessaire.

## Propositions concrètes

**#1** Simplifier et unifier la gouvernance nationale pour mieux porter la vision décloisonnée de la santé et répondre aux besoins.

**#2** Faire de la santé un axe d'une nouvelle ambition de régionalisation.

**#3** Définir les conditions d'une implication plus forte des élus sur les enjeux santé

**#4** S'interdire de définir des modèles d'organisation au niveau national, faire confiance aux acteurs sur les territoires et mieux armer notre capacité collective d'évaluation et de suivi des résultats.

**#5** Libérer les capacités d'initiative, d'innovation, contractualiser sur des résultats.

## Engagements FEHAP

**#1** Poursuivre le renforcement de l'organisation de la FEHAP en région et sa capacité d'appui des adhérents en proximité.

**#2** Développer, en lien avec les pouvoirs publics, notre capacité d'accompagnement de nos adhérents faisant face à des enjeux stratégiques (restructuration, coopération, mutualisation, ...).

**#3** Promouvoir, y compris par la formation, la culture de l'évaluation auprès des adhérents.

## La territorialité, les territoires

*Une organisation collective des acteurs définie sur chaque territoire, avec les professionnels, les usagers, les élus. Faire confiance, donner de la liberté et responsabiliser.*

Notre système de santé échoue lorsqu'il laisse pour compte les personnes en situation de fragilité. Car lorsqu'on parle d'accès aux soins et à l'accompagnement, pour tous, et à tous les âges de la vie, on parle d'accessibilité territoriale, d'accessibilité financière et d'accès à l'information, et donc à la prévention. Une politique territoriale de santé se construit sur un territoire donné, à partir des besoins du patient et surtout des personnes vulnérables. Alors comment aller vers elles ? Il s'agirait peut-être d'abord d'imaginer une autre manière de concevoir des projets ensemble : travailler et construire un projet d'établissement, de territoire, avec les bénéficiaires.

Le constat est aujourd'hui le même pour tous : il y a bien un consensus sur les feuilles de route de l'action régionale à savoir les projets régionaux de santé (PRS). L'enjeu identifié est la définition d'une stratégie territoriale de santé permettant la mise en œuvre des PRS : une stratégie infra-régionale de santé ou stratégie territoriale. Car la santé se définit bien sur un territoire, et le document qui définit les besoins de santé d'un territoire, aujourd'hui, n'existe pas. Ensuite, il y a l'enjeu de la coordination des professionnels sur le territoire, et pour cela, il faut que les acteurs puissent s'identifier, se connaître, et dialoguer. Pour être efficace, ce dialogue doit être structuré, et cela repose également sur le pari que la réunion de l'ensemble des acteurs produira un consensus avec les usagers.

Aujourd'hui, les outils d'une véritable démocratie sanitaire sur le territoire existent. Néanmoins, ils ne sont pas investis, peu reconnus et peu valorisés. Les projets médicaux de territoire ne sont pas animés, et ils deviennent souvent les projets médicaux du groupement hospitalier de territoire. Hors le groupement hospitalier de territoire concerne exclusivement les établissements de statut public et dans ce cas, le projet médical de territoire ne prend pas en compte tous les acteurs. L'ambiguïté résultant de l'appellation GHT doit être levée en changeant leur appellation pour GHP : groupement hospitalier public.

Créés en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, les conseils territoriaux de santé sont de véritables instances de démocratie sanitaire qui favorisent une démarche participative des acteurs du territoire identifié. Composés d'acteurs de terrains, de territoires, c'est un lieu de discussion à investir pour définir les priorités d'un Projet Territorial de Santé et à valoriser, en lui redonnant les compétences à la hauteur de ses attributions. Et pour réinvestir pleinement les Conseils Territoriaux de Santé, il faut reconnaître les attributions de leurs Présidents, et créer, pour chaque thématique, des groupes de travail (exemple : un groupe de travail « Parcours Personnes-âgées »). Par ailleurs réinvestir le Conseil Territorial de Santé signifie, de fait, abandonner les autres lieux de concertation.

L'ensemble des politiques publiques doivent être cohérentes, adaptées et leurs effets sur la santé bien pris en compte. On peut citer l'exemple de la politique des transports publics qui doit intégrer l'exigence d'accès aux structures et services de santé. Aujourd'hui, les inégalités territoriales sont fortes, tant au niveau des besoins de la population que de l'offre.

L'accès aux soins, c'est aussi et surtout, la question du 1<sup>er</sup> recours. Et le 1<sup>er</sup> recours, ce n'est pas toujours uniquement le médecin. Pour les personnes à domicile, le premier recours peut être le pharmacien, l'aide-soignant, le kinésithérapeute, l'aide-ménagère. Peut-être s'agirait-il de sortir de la dynamique de « médecine de premier recours » et parler de « professionnels de premier recours ».

Enfin, la notion de territoire est aujourd'hui bousculée au regard de la révolution numérique en cours. Quand on pense accès à la santé, on pense obligatoirement accès aux droits, et des inquiétudes subsistent quant à la généralisation des dispositifs numériques d'accès aux droits. Qu'en sera-t-il des usagers, vulnérables, précaires, distants du numérique ? Ces inquiétudes doivent pousser les acteurs à prendre leurs responsabilités en n'oubliant pas ces personnes, et en construisant, avec eux une solution adaptée.

## Propositions concrètes

**#1** Faire de l'accès aux soins et aux droits une responsabilité territoriale de tous les acteurs.

**#2** Repenser la régulation du système de santé avec une approche par les résultats et développer l'approche par la valeur en santé.

**#3** Construire une stratégie territoriale de santé adaptée aux besoins de chaque territoire, avec l'ensemble des acteurs, des élus et les usagers ou leurs représentants.

**#4** Lever l'ambiguïté autour des Groupement Hospitaliers de Territoire (GHT) en les renommant groupement hospitalier public.

**#5** Réinvestir et valoriser le Conseil Territorial de Santé (CTS) et faire adopter le Projet Territorial de Santé après avis conforme de ce dernier.

**#6** Réduire et simplifier les instances de concertation pour mieux centrer les forces sur quelques espaces de débats sur chaque territoire.

**#7** Organiser le 1<sup>er</sup> recours avec la médecine générale mais aussi en amont avec les autres professionnels dont les acteurs de l'aide à domicile.

## Engagements FEHAP

**#1** Faire de l'accès aux droits et aux soins des personnes fragiles, vulnérables, une priorité réaffirmée de nos organisations sociales et solidaires.

**#2** Favoriser pour les personnes accueillies l'accès aux outils numériques dans nos établissements et services.

**#3** Contribuer activement aux échanges entre acteurs d'un même territoire, intervenant auprès d'une même population de façon à renforcer leur coopération et leur partenariat dans une logique de parcours pour les usagers.

**#4** Contribuer à l'organisation de l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.



## La responsabilité sociale et environnementale

*Reconnaître les corps intermédiaires pour leurs idées et leurs missions.*

*Valoriser les pratiques et favoriser leur appropriation locale par les acteurs.*

La responsabilité sociale et environnementale des établissements de soins et d'accompagnement est une notion qui, pour la FEHAP, s'envisage selon quatre axes :

- La recherche constante de l'amélioration et de l'action et du service rendu aux usagers ;
- La responsabilité financière et budgétaire ;
- L'inscription dans les territoires et la citoyenneté ;
- La responsabilité environnementale.

Elle est ainsi fondamentalement liée à la notion de co-construction, ainsi qu'à une aspiration collective d'ordre éthique. L'identité privée non lucrative se veut historiquement porteuse d'une ambition, soucieuse de transparence et attachée au cercle vertueux du bien être des patients, des personnes accompagnées, des aidants et des salariés. La RSE s'envisage à la fois comme une responsabilité individuelle et une responsabilité collective. Elle correspond à une vision sociétale qui se traduit comme donnant la priorité à la prévention, et d'une société qui favorise l'inclusion pour tous (notamment professionnelle) et qui prend en compte toutes les diversités. Enfin, elle rejoint fondamentalement la priorité donnée aux actions en proximité.

Derrière chaque établissement, service, association, fondation, mutuelle, il y a des hommes et des femmes engagés bénévolement. Cet engagement a une dimension locale forte, porteuse de dynamisme sur nos territoires. La proximité, c'est ainsi refuser que le système de soins et d'accompagnement ne soit pas accessible partout et pour tous, quel que soit la situation économique ou sociale de l'individu.

Mais la RSE fait émerger des dilemmes de priorisation. C'est une unité de sens et une discipline très difficile à mettre en pratique dans son ensemble pour les acteurs : bien soigner, bien accompagner, être respectueux de l'environnement, bien gérer ses finances, bien gérer ses ressources, bien manager ses professionnels... Il n'est pas possible pour les opérateurs de mettre en œuvre cet ensemble simultanément, trop vite. Il s'agit alors de reconnaître que chacun habitera une RSE d'une manière différente et reconnaître l'existence de cette volonté de bien faire.

Plus spécifiquement, l'impact de la dégradation de l'environnement a des conséquences réelles sur la santé. Pour que la politique de santé fasse partie des politiques prioritaires du gouvernement, il faut également revendiquer une politique de transition écologique, car elle est consubstantielle d'une bonne politique de santé. Les déterminants environnementaux et sociaux sont essentiels dans l'état de santé d'une population. Une politique de transition écologique, c'est donc une politique de prévention en santé.

## Propositions concrètes

**#1** Veiller à une démarche d'association des parties prenantes (fédérations, usagers, ...) pour la définition des réformes et des conditions de mise en œuvre.

**#2** Encourager l'innovation en libérant les énergies, en laissant agir les acteurs sur les territoires.

**#3** Valoriser la performance en matière de RSE des acteurs du système de santé.

**#4** La qualité de vie au travail doit devenir un élément stratégique des politiques sociales des acteurs de santé.

**#5** Faciliter le recours des entreprises aux produits des établissements d'aide par le travail employant des personnes en situation de handicap.

**#6** Permettre aux élèves des écoles de mieux comprendre la citoyenneté et lutter contre les risques d'exclusion sociale en faisant intervenir des personnes en situation de précarité, de handicap ou de maladie chronique dans le cadre de l'enseignement moral et civique aux côtés en en complémentarité des enseignants (principe *Associations nos savoirs*).

## Engagements FEHAP

**#1** Animer une politique RSE sur les territoires, sur des thématiques ciblées (achat, qualité de vie au travail, égalité homme-femme, ...).

**#2** Accompagner, former nos adhérents aux enjeux de la RSE et la définition d'une politique et plan d'actions spécifiques. Dans cette perspective, outiller nos organisations adhérentes.

**#3** Généraliser le recours à la méthodologie de co-construction dans les espaces de réflexion de la Fédération.

**#4** Valoriser l'engagement des organisations adhérentes pour l'emploi des travailleurs handicapés.

**#5** La FEHAP renforce son accompagnement des adhérents sur les enjeux de qualité de vie et formalise des outils adaptés.