

CRISE COVID, ET APRÈS ?

Séjour de la Santé

04

SCHÉMA DIRECTEUR ET CONDENSÉ DE NOS PROPOSITIONS

07

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE

08

UNE ORGANISATION DE LA SANTÉ PARTANT DE LA PRÉVENTION ET PRENANT EN COMPTE LE PARCOURS DES PERSONNES À PARTIR DE LEUR DOMICILE

08

UNE AMÉLIORATION DE L'ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS

10

UNE ORGANISATION ET UNE GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SIMPLE ET RÉACTIVE

11

UN RENFORCEMENT DE LA COORDINATION ET DES PARTENARIATS AU NIVEAU TERRITORIAL

12

UNE REFORTE PLUS OPÉRATIONNELLE ET RESPONSABLE DU PILOTAGE DU SYSTÈME

13

UN FINANCEMENT À FINALITÉ VERTUEUSE, SÉCURISANTE ET RESPONSABILISANTE

DEUX LIGNES DE FORCE À TOUTE ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'attention à la personne vulnérable, la protection des plus faibles et une politique de santé qui - avant tout - protège, prévient et développe les solidarités en lien avec les personnes et leurs représentants

La confiance dans le collectif, la solidarité professionnelle, le lien, le travail collaboratif en proximité, sur les territoires, le choix du « travailler ensemble », le choix d'être solidaire

La FEHAP fait 30 propositions articulées autour de 6 axes

L'attractivité retrouvée des métiers

*de la santé et reconnaissance
des parcours professionnels*

La personne dans son parcours depuis son domicile
*comme réel partenaire, la
prévention comme priorité*

La refonte plus opérationnelle et responsable du pilotage du système



Une organisation du travail qui valorise le collectif, une gouvernance simple et réactive

Un cadre de financement à finalité vertueuse, sécurisante et responsabilisante

Une fédération des acteurs
*au niveau des territoires
et engagement populationnel*

NOS PROPOSITIONS

La personne dans son parcours depuis son domicile comme réel partenaire, la prévention comme priorité.

- Refonder une démocratie sanitaire, sur les territoires, mobilisant élus, citoyens, usagers et leurs représentants qui débattent et valident notamment, le Projet Territorial de Santé.
- Faire de la prévention et de la promotion de la santé l'orientation première du système. Construire et piloter un plan de déploiement ambitieux, décliné spécifiquement dans chaque région au regard des besoins de santé.
- Sur la base des priorités de santé, voter une loi de programmation en santé et des indicateurs cibles d'impact, de contribution à la santé et de résultats de santé publique.
- Définir une modalité opposable qui assure la prise en compte des enjeux santé dans toutes les politiques publiques nationales et territoriales.
- Articuler la stratégie nationale avec une politique européenne de santé, devenue priorité d'une Europe sociale et solidaire.



*Le verdict du passé est toujours
le verdict d'un oracle. Vous ne
le comprendrez que si vous êtes
les architectes de l'avenir, les
connaisseurs du présent.*



Friedrich Wilhelm Nietzsche

4

L'attractivité retrouvée des métiers de la santé et reconnaissance des parcours professionnels

- Reconnaître les professionnels à leur juste valeur, s'engager dans le financement des mesures d'attractivité, en préservant la place et les marges nécessaires à la négociation conventionnelle des branches professionnelles avec les partenaires sociaux et aux spécificités des secteurs de la santé.
- S'assurer d'une équité des mesures d'attractivité entre tous les acteurs contribuant au service public.
- Construire un cadre conventionnel négocié moderne, allant progressivement vers l'unicité pour les acteurs du privé solidaire, comme support de la valorisation des parcours professionnels.
- Mieux valoriser les métiers en renforçant les compétences responsabilisantes de chaque niveau.
- Adapter les métiers aux nouveaux besoins et aux enjeux par des parcours de formation pérennisant la compétence et la motivation, valorisant de véritables parcours professionnels (développement apprentissage, accès renforcé à la VAE, ...).



*Il n'y a guère au monde un plus bel
excès que celui de la reconnaissance.*



Jean De La Bruyère

NOS PROPOSITIONS

Une organisation du travail qui valorise le collectif, une gouvernance simple et réactive

- Donner confiance dans le collectif de travail, valoriser l'engagement collectif, le travail d'équipe et l'articulation des professionnels entre eux dans une logique de responsabilisation.
- Engager résolument tous les secteurs de la santé dans une rénovation des pratiques managériales et d'organisation collective du travail en favorisant le collectif, la proximité, l'agilité et l'innovation.
- Favoriser les passerelles et l'exercice partagé entre les acteurs contribuant au service public.
- Mieux associer les médecins et l'encadrement aux orientations stratégiques, favoriser la co-construction des projets stratégiques et d'organisation avec les personnels et les bénéficiaires.



La confiance est à toutes relations humaines ce que les fondations sont à toutes constructions humaines.



Daniel Desbiens

La refonte plus opérationnelle et responsable du pilotage du système

- Faire de la contractualisation, l'outil de régulation territoriale ET du dialogue de gestion l'outil de pilotage, de suivi et d'évaluation.
- Aller vers une gouvernance nationale unifiée du système de santé, pour garantir une cohérence d'action entre les directions d'administration centrale et avec les caisses nationales.
- Structurer une organisation et une communication de gestion de crise claire et connue avec une pré-identification des personnes et de leur rôle.
- Réaffirmer un pilotage régionale unique, global et transparent de la santé (prévention – soin – accompagnement).
- Mettre fin au pouvoir de nomination, d'évaluation et à l'intervention dans la gouvernance interne des acteurs de l'autorité de régulation régionale.
- Faire que chaque acteur de santé ait une seule autorité de régulation, un seul contrat d'objectifs pluriannuel et une fongibilité des financements attribués.



Apprends que c'est le manque de souplesse, le plus souvent, qui nous fait trébucher.



Sophocle

NOS PROPOSITIONS

La fédération des acteurs au niveau des territoires et engagement populationnel

- Faire confiance aux acteurs dans leur capacité à travailler ensemble, à coopérer en proximité sur les territoires.
- Co-construire entre les acteurs d'un territoire et associant les bénéficiaires, un Projet Territorial de Santé (PTS) opérationnel, prenant appui sur l'analyse des besoins et de l'offre. Ce projet est validé par chaque conférence territoriale de santé (CTS).
- Etablir le cadre des missions attendues d'un service public solidaire de santé de 1ère ligne (soin de 1er recours, accompagnement, domicile) bénéficiant d'un financement collectif forfaitaire populationnel.
- Etablir le cadre des missions attendues d'un service public solidaire de santé de recours (soins 2d recours, expertise, accompagnement spécialisé).
- Permettre aux acteurs une liberté d'organisation et de coopération au regard de leurs engagements contractuels collectifs.



*Apprends que la confiance est
aussi une forme de courage.*



Hiro Mashima Rave (1999-2005) de Hiro Mashima

Un cadre de financement à finalité vertueuse, sécurisante et responsabilisante

- Garantir le principe de fongibilité des financements d'un acteur.
- Construire un cadre de financement juste associant 3 modalités possibles : le financement à l'activité, le financement forfaitaire au parcours ou épisode et le financement populationnel.
- Définir, pour chaque modalité, un intéressement financier (part variable positive ou négative) sur des objectifs de qualité-pertinence et des objectifs contractualisés.
- Oser mettre en place des financements ciblés collectifs d'acteurs engagés pour assurer ensemble des missions contractualisées. Laisser la liberté d'utilisation et de répartition aux acteurs.
- Créer un cadre nouveau pour l'investissement immobilier et numérique en santé avec un accès régionalisé et transparent aux aides à l'investissement dans le cadre d'une procédure connue. Créer une organisation d'appui et d'accompagnement aux projets (référentiel, outils, ...).

Le modèle associatif est solidaire d'une certaine conception de la santé globale et à ce titre, les organisations de la santé doivent être exemplaires pour instaurer, instruits par la crise sanitaire, un nouveau mode de relation au travail, aux personnes et aux communautés, au monde, et à la recherche individuelle et collective de sens.

Quatre dimensions président à cette nouvelle philosophie de la santé respectueuse des personnes, des communautés, et de la planète.

01/ Le rapport au travail : les organisations de santé doivent évoluer pour permettre aux professionnels d'exercer leur mission en sécurité, de manière coopérative, dans des conditions dignes, en interne aux équipes et dans la relation aux personnes.

02/ Le rapport à l'autre : les organisations de santé doivent être porteuses d'une coopération avec les personnes vulnérables qui sont les premières parties prenantes des soins et accompagnements ; elles sont en première ligne pour prévenir les inégalités de santé et les violences, qui sont des causes majeures de dégradation de la santé publique. Elles doivent participer à construire une cité qui soigne où professionnels, bénévoles et aidants de proximité sont reconnus et partenaires pour les actions de prendre soin.

03/ Le rapport au monde : les structures de santé doivent être pilotes d'un nouveau rapport au monde caractérisé par la sobriété, la solidarité et la proximité au sein desquels le territoire est reconnu comme foyer de ressources à cultiver ; la matière, comme une ressource fragile à préserver ; le numérique et la technologie, comme des leviers au service des capacités ; la prévention des risques, comme une démarche à instaurer à une échelle mondiale par la diffusion des connaissances et le partage des ressources.

04/ Le rapport au sens : les structures de santé doivent être les éclaireurs et les témoins de l'importance pour l'être humain de trouver un sens non pas seulement dans la seule recherche de performance individuelle, mais dans le souci des autres et d'une possibilité pour l'individu de grandir en humanité :

- Par l'engagement à tout âge de la vie, pour ses proches ou au service d'une cause particulière
- Par la prise en compte du besoin de l'être humain de pouvoir vivre différentes séquences de vie grâce à un parcours professionnel qui n'enferme pas; une vie personnelle respectée
- Par un rapport au temps plus respectueux des vies humaines et des rythmes
- En devenant des lieux pilotes favorisant la croissance de la citoyenneté en santé, la responsabilité des citoyens envers eux-mêmes, leurs proches et la planète, grâce à la pédagogie, l'action collective dès le jeune âge pour sensibiliser les enfants à la promotion de la santé, la possibilité pour toutes les catégories de populations de contribuer aux destins qui les concernent.
- Illustration emblématique de cette responsabilité sociale des organisations de santé, la participation avec les personnes accompagnées, aidants et patients peut et doit :
 - Faire entrer davantage dans la culture professionnelle la coopération avec les patients en reconnaissant leurs savoirs expérimentiels dans les actions de formation initiale et continue et dans les programmes de recherche,
 - Rendre obligatoire la consultation des associations d'usagers dans les processus de gestion de crise sanitaire au niveau des plans bleus et plans blancs des établissements et services, et au niveau des modalités de prise de décision au niveau national,
 - Reconnaître que les citoyens ont un rôle clé dans la prévention et la gestion des crises par le renforcement de tous les dispositifs d'appui aux aidants familiaux et de soutien social (pas seulement éducatif et thérapeutique) aux personnes fragilisées par la maladie ou le handicap.

Une organisation de la santé partant de la Prévention et prenant en compte le parcours des personnes à partir de leur domicile

Le plan « Ma Santé 2022 » nous semble bien orienté sauf qu'il ne prend en compte ni la Prévention ni les acteurs du domicile. Plutôt que de tout réécrire, il nous semble qu'il faut repartir de ce plan et l'infléchir selon les orientations suivantes :

- Faire de la prévention et de la promotion de la santé l'orientation première du système. Construire et piloter un plan de déploiement ambitieux, décliné spécifiquement dans chaque région au regard des besoins de santé.
- Structurer une 1ère ligne du système de santé accessible à tous, intégrant les acteurs du domicile portant les missions d'accès aux soins, de prévention, de promotion et de coordination des parcours avec un financement, pour partie populationnel valorisant ces missions. Cette 1ère ligne en santé doit constituer la première ligne forte de l'accompagnement des personnes en situation de fragilité.
- Donner à chacun des acteurs du système un rôle dans les politiques actives de prévention : la formation initiale doit faire des professionnels y compris de niveau 5 des acteurs clé de la prévention dans leurs missions à domicile (perte d'autonomie, risques relatifs à la santé mentale, éducation à la santé, prévention de l'épuisement des aidants...) et en cohérence avec cet objectif, c'est à une redéfinition des missions et des métiers, ainsi que du vocabulaire utilisé, qu'il faut s'attacher. Ceci permettrait d'associer à l'univers du seul soin curatif le déploiement de l'univers du prendre soin, dans une continuité entre les dimensions sociales, médico-sociales et sanitaires.

Une amélioration de l'attractivité des métiers

Dans l'urgence de la crise Covid-19, les professionnels de la santé et du médico-social ont fait preuve de trois capacités décisives pour la sortie de crise par le haut :

- L'engagement professionnel fort et soutenu avec et pour les personnes vulnérables et leurs proches, donc l'ancrage fort des actions dans une finalité et une éthique de soin et d'accompagnement dégagée de certaines contraintes administratives.
- La prise d'initiative collective et la capacité d'action souple, autonome et coopérative en-dehors des sentiers battus et des protocoles habituels.
- La facilitation des actions et la reconnaissance de la société civile pour le service qu'ils rendent.

Ce sont ces leviers d'efficacité collective apparus spontanément, en-dehors de tout pilotage administratif ou politique, qui ont permis aux professionnels de se mobiliser dans la durée et il faut en tirer les pistes pour l'attractivité des métiers du soin et de l'accompagnement demain. Repenser l'attractivité des métiers aujourd'hui et demain c'est :

- Reconnaître les métiers à leur juste valeur en termes de rémunération, tout en laissant aux branches professionnelles une marge de manœuvre pour construire des stratégies de valorisation des parcours professionnels propres à leur activité et à leurs spécificités. Cette priorité commence par le salaire des infirmières qu'il faut ramener à la moyenne européenne, sans toutefois oublier les autres salariés, dont les médecins, dont les salaires ont décroché par rapport à leurs homologues européens.
- Valoriser les missions dans des finalités fortes co-construites avec les usagers et donner aux professionnels, en cohérence avec ces finalités, la possibilité de les exercer dans des conditions dignes :
 - Grâce à des taux d'encadrement révisés et à des créations de postes,
 - Grâce à des possibilités de progresser dans des parcours de montée en responsabilité pour les professionnels pas ou peu qualifiés.
- Adapter les métiers aux nouveaux besoins et aux nouveaux enjeux par des parcours de formation pérennisant la compétence et la motivation et permettant de véritables parcours professionnels :
 - Permettre un accès renforcé à la VAE,
 - Construire un EDEC qui viserait spécifiquement la filière du soin et du prendre soin ASH, AVS, AES, aide-soignant, infirmier, infirmiers spécialisés (dont Ibode), infirmier en pratique avancée,
 - Développement de l'apprentissage et facilitation de son déploiement par une aide financière aux employeurs qui y ont recours pour prendre en charge une partie du salaire,
 - Faciliter le déploiement du e-learning par une aide à l'équipement des organismes de formation durement touchés financièrement par la crise et qui auront des difficultés à s'équiper,

- Faciliter le recours aux infirmiers de pratiques avancées par de nouvelles reconnaissances de compétences et des financements supplémentaires en ce sens,
- Assouplir les règles de la pro A pour faciliter les parcours qualifiant grâce à une extension de l'accord pro A du secteur de la santé dans des délais très courts,
- Assouplir les règles relatives au développement professionnel continu et coordonner le travail de l'OPCO et celui de l'Agence nationale du DPC pour permettre des DPC des médecins salariés du secteur,
- Assouplir les règles relatives à l'entretien professionnel obligatoire pour que le nombre soit limité à deux en 6 ans, à quoi peut s'ajouter un troisième si le salarié le demande.
- Renforcer le travail en équipes et l'articulation des professionnels entre eux, dans un souci de meilleure responsabilisation et reconnaissance de chacun, en commençant s'appuyant sur l'appareil de formation initiale :
 - Par des socles communs pour les formations sanitaires et sociales facilitant les passerelles entre les différents métiers sociaux et sanitaires,
 - Par la complémentarité des offres de formation public/privé sur les territoires,
 - Par la facilitation de l'exercice professionnel des praticiens hospitaliers dans les structures privées solidaires.
- Mieux prendre en compte l'impact et l'intérêt des nouvelles technologies dans les exercices professionnels :
 - Par l'intégration de cette dimension de l'accompagnement dans le référentiel de formation des professionnels du secteur sanitaire et social,
 - Par la mobilisation des dispositifs des organisations apprenantes pour construire des usages des technologies respectueux des droits et de l'éthique, et orientés vers le développement des capacités des personnes vulnérables.
- Communiquer positivement sur les métiers à la personne vis-à-vis du grand public pour en améliorer l'image et l'intérêt d'y faire carrière, et en parallèle engager des actions permettant de susciter des vocations :
 - Auprès des collégiens et lycéens, par des actions de proximité co-construites avec l'éducation nationale, donnant la parole aux personnes vulnérables elles-mêmes ainsi qu'aux professionnels de proximité du soin et de l'accompagnement, au sein des programmes d'éducation civique,
 - Auprès des jeunes accompagnés par les demandeurs d'emploi (découverte des métiers par les casques de réalité virtuelle : Métiers 360),
 - Auprès des jeunes qui souhaitent s'engager : réévaluer à la hausse les moyens accordés au service civique pour permettre des missions plus longues et un tutorat de qualité vers les nouvelles missions ; accélérer le développement de la réserve sanitaire.
- Engager résolument le secteur de la santé et du médico-social dans une rénovation des pratiques managériales en allégeant les contraintes administratives et en permettant aux encadrants de réorienter leurs actions dans le sens d'une régulation de proximité et d'un accompagnement à l'autonomie des professionnels. La formation initiale et continue des managers doit intégrer le « faire confiance » comme une modalité incontournable (vs technicité seule) (tirer les enseignements du modèle des entreprises libérées et des « hôpitaux magnétiques ») et situer le télétravail comme l'un des outils de ces nouvelles pratiques managériales (et non une fin en soi), aux côtés des techniques de management participatif.
- Des organisations agiles donnant une vraie marge de manœuvre aux employeurs pour se consacrer à l'essentiel :
 - Le secteur privé solidaire doit avoir les mêmes moyens que le public pour permettre la reconnaissance des métiers. Mais il est impératif de laisser aux branches et aux organismes gestionnaires la liberté de décliner spécifiquement ces moyens,
 - Donner de la souplesse aux employeurs en ce qui concerne le recours aux CDD et la succession de CDD sans le subordonner à la négociation d'un accord collectif,
 - Le recours à la mise à disposition s'est avéré particulièrement adapté, or il s'agit actuellement d'une modification de contrat subordonné à l'accord du salarié, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années : nécessité de retrouver cette souplesse,
 - Libérer les employeurs des verrous qui empêchent d'être opérationnel et de répondre aux besoins concrets de terrain, ce qui peut s'avérer négatif vis-à-vis des soins et de l'accompagnement,
 - Ne plus limiter à 5 000€ /an l'exonération d'impôt sur le revenu des heures supplémentaires et rétablir l'exonération de charges patronales sur les heures supplémentaires,
 - Donner corps à l'instauration d'un service minimum en cas de grève dans le secteur médico-social, envisagé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et non suivi d'effet à ce jour.

Une organisation et une gouvernance des établissements et services simple et réactive

Les établissements de santé privés à but non lucratif ont montré pendant la crise leur efficacité, leur adaptabilité et leur réactivité organisationnelle, au-delà même de la crise Covid-19 elle-même. Leur gouvernance réside dans un schéma institutionnel reposant sur un socle minimal commun qui s'adapte à la taille de l'établissement, à l'équilibre de la place de chaque instance, à une ligne hiérarchique courte et claire, à l'association étroite de la direction et des personnels médicaux dans les décisions opérationnelles et des instances directionnelles resserrées. La taille modeste des établissements, la présence renforcée de bénévoles aux compétences multiples, l'absence d'actionnaire, et les investissements dans l'innovation et la qualité de vie au travail sont autant de facteurs contribuant à la pertinence du modèle. La crise a mis en exergue l'exigence de disposer de structures de taille humaine qui sont les plus en capacité de répondre aux besoins de proximité, de spécialisation et d'innovation auprès de la population.

La FEHAP estime que la crise Covid-19 a mis en exergue la capacité d'adaptabilité des établissements et propose un assouplissement réglementaire des contraintes pesant sur les établissements de santé afin de faciliter les coopérations, l'assouplissement des cadres de fonctionnement des organisations pour répondre aux enjeux de crise, accompagnée d'une valorisation des structures de taille modeste. Cette recherche de fluidité doit aussi interroger les modalités de la simplification de l'organisation quotidienne, de l'exercice des tutelles et des règles de facturation.

Concernant plus spécifiquement la place des médecins dans la gouvernance : la gestion de la crise sanitaire a mis en exergue la capacité des établissements ESPIC et de leur communauté médicale à se réorganiser complètement afin de faire face à cet enjeu majeur de santé publique et à prendre en charge un grand nombre de patients Covid-19. La mobilisation de l'ensemble des professionnels, a été exceptionnelle, empreinte d'une intelligence collective et co-élaborative.

La réussite de ce challenge peut s'expliquer par l'attachement des médecins à l'organisation et aux valeurs des établissements privés solidaires suivantes :

- Les valeurs humanistes des ESPIC, les praticiens trouvent un sens à leur métier (sens « à » leur travail, sens « dans » leur travail). L'accueil, l'accompagnement, le suivi des personnes soignées sont complètement intégrés dans le soin, pour tout public, sans exclusion, et sans reste à charge,
- Une expertise médicale reconnue dans des établissements performants dont les praticiens sont fiers : les praticiens sont recrutés par les directeurs avec des compétences complémentaires qui permettent d'accroître le travail en équipe au bénéfice des patients. Les échanges entre les praticiens de spécialités différentes sont faciles et facilités, y compris avec les confrères de ville. Ils développent les soins hors les murs quand c'est possible, grâce à l'appui du numérique et s'engagent dans la recherche. Ainsi ils participent au service du public sur leur territoire,
- Une recherche d'efficacité : Pleinement conscients des enjeux économiques ils peuvent mener à terme des projets en participant à l'analyse des limites et des leviers de leur réussite. Ils participent à la formation et à l'enseignement (formation d'étudiants de divers horizons...),
- Le salariat : Il permet de moduler les temps de présence avec une grande souplesse. Les conditions salariales sont intéressantes, sans pour autant être supérieures à celles du public. Les conditions de travail sont attractives (travail en équipe, solidarité, autonomie, faible stress...) et favorisent une stabilité des équipes,
- Les rôles sont bien définis entre la direction et les praticiens avec une ligne hiérarchique courte et une gouvernance associant étroitement direction et personnel médical dans les décisions opérationnelles. La bonne compréhension des enjeux de santé publique sur le territoire, ainsi que des enjeux financiers et organisationnels de l'établissement donnent sens aux ré-organisations nécessaires et facilitent l'adhésion de la communauté médicale voire sa contribution,
- L'organisation et le fonctionnement souples de la CME adaptés à chaque établissement a permis une réponse médicale rapide et concertée à la situation de crise en liens étroits avec les commissions spécialisées (CLIN, EOH, CDU ...),
- Les médecins, partie prenante des équipes soignantes, ont un important rôle d'appui et de conseil et ont participé à diffuser l'information auprès des soignants. Les médecins s'intègrent dans la vie de l'équipe, ses moments difficiles comme les moments de convivialité « un formidable engagement collectif ».

Ainsi, des mesures simples et de simple bon sens nous semblent devoir être privilégiées à un enfermement légal et réglementaire :

- Associer les médecins aux orientations stratégiques de l'établissement, dans le projet de soins et de recherche sur la base d'enjeux territoriaux et médico-économiques partagés,
- Favoriser un fonctionnement des CME souple et adapté à la taille de l'établissement, grâce à un règlement intérieur basé sur des missions déterminées par la loi,
- Favoriser les passerelles et l'exercice partagé entre le statut de la fonction publique et le PNL afin de rendre attractif l'exercice en salariat dans les 2 secteurs dans les missions de service au public.

Un renforcement de la coordination et des partenariats au niveau territorial

Il nous semble essentiel de revenir sur ce thème, pour demander à ce que tous les acteurs soient associés au sein d'un territoire autour du parcours des usagers, chacun selon sa compétence et ses capacités, sans pour autant en voir un (GHT par exemple), prendre les commandes jusqu'à induire un risque de perte d'autonomie, de responsabilité, voire d'indépendance juridique pour les autres.

La crise Covid-19 a permis dans le contexte de l'état d'urgence sanitaire, d'assouplir un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires relatives au fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux permettant d'adapter l'offre aux besoins des personnes en situation de fragilité (atteintes de maladies chroniques, âgées, en situation de handicap, de précarité).

Ces expérimentations/adaptations liées à la gestion de crise sanitaire se sont doublées de stratégies de meilleure coordination de l'offre sanitaire et médico-sociale dans les territoires, démarches orchestrées par les agences régionales de santé.

L'ensemble de ces éléments milite pour une stratégie intégrative de l'ensemble des acteurs, qu'ils soient de ville ou en établissement, publics ou privés, qui doit répondre à l'ensemble des usagers, quel que soit le public. Le système de santé doit se construire et s'établir à partir des besoins de la personne, avec elle et non systématiquement à partir des déterminants invariables de l'offre de soins et/ou d'accompagnement. C'est un total changement de paradigme qui embarque la gouvernance, le territoire de projet et l'évolution des métiers.

Dans ce contexte et afin de capitaliser sur les bonnes pratiques développées dans l'urgence de la crise, il convient de renouveler le dialogue de gestion entre les autorités publiques et les opérateurs sanitaires et médico-sociaux en redonnant une dimension territoriale à la logique de contractualisation entre les autorités publiques et les gestionnaires d'établissements et de services sanitaires et médico-sociaux. Il s'agit par-là de généraliser la démarche de contrats de territoire, basée sur une coresponsabilité des offreurs de soins et de prestations sociales et médico-sociales et de responsabilité populationnelle (indicateurs de santé publique/précarité adossés au contrat avec modulation tarifaire à la clé en fonction des objectifs définis dans les CPOM et le contrat de territoire).

Propositions :

- Redonner du sens aux CPOM sanitaires et généraliser les CPOM médico-sociaux en insistant sur le positionnement de l'offre sur les territoires et en coordonnant les CPOM sanitaires/médico-sociaux. Le CPOM dans une acception renouvelée est la garantie d'une réponse simple et souple aux besoins de la population. A ce titre, un dispositif d'évaluation et de suivi des CPOM devra être construit sur les objectifs et les moyens au regard des résultats, partagé dès le TO,
- Dédier des financements adaptés à la réalisation de missions de service public attendues sur le territoire, répartis entre les acteurs assurant la responsabilité populationnelle et incitatif à la qualité des prises en charge réalisées, avec en précision :
 - Un système de financement adapté spécifique à la pertinence des soins et des parcours : sécuriser le financement des établissements avec une modulation négative en cas d'écart à un référentiel. NB : Ce financement pourrait également s'appliquer à la qualité des prestations délivrées dans le secteur social et médico-social quand les référentiels seront achevés,
 - Prévoir une incitation financière collective et homogène à l'ensemble des acteurs concernés par l'optimisation globale du parcours (favoriser le co-intérêt à agir et la valorisation d'une performance collective),
 - Des investissements compatibles avec la RSE et l'élasticité/réversibilité des locaux ou équipements,
 - Des investissements numériques « interfaçables ».
- Simplifier le régime des autorisations sanitaires pour dégager les principales missions territoriales et populationnelles partageables entre tous les acteurs en leur laissant plus de liberté dans leur déclinaison interne et dans les modalités de leur mise en œuvre.

Spécificité sociale et médico-sociale : le renouvellement de la démarche de contractualisation doit impérativement être assorti d'une globalisation et d'une fongibilité des ressources. Par ailleurs, la démarche de contractualisation sur celle de l'autorisation à une catégorie d'ESMS. Ce relativisme du droit des autorisations sociales et médico-sociales avec la notion d'autorisation unique établissement/service (et de fonctionnement en dispositif) permettrait d'ajuster l'offre aux besoins et attentes des personnes fragiles, de renforcer l'articulation entre la logique institutionnelle et la logique d'inclusion en milieu ordinaire et in fine, de diversifier/d'élargir la palette des prestations proposées aux personnes accompagnées.

En synthèse :

- Faire de la contractualisation, l'outil de régulation territoriale des acteurs avec des objectifs collectifs de responsabilité populationnelle et des objectifs individuels,
- Définir un cadre d'intégration et de coordination de tous les acteurs de santé intervenant auprès d'une même population sur un territoire. Y attacher des objectifs collectifs de santé,
- Mettre en place une instance de pilotage et de concertation territoriale des acteurs sanitaires et médico-sociaux qui serait consultée lors de l'élaboration et de la réunion de la carte sanitaire, des différents schémas régionaux, du projet médical de territoire. Elle serait chargée de promouvoir la coopération entre les établissements sanitaires et médico-sociaux,
- Construire un cadre de financement prenant appui sur la contractualisation, en renforçant le financement au parcours, le financement collectif populationnel et le financement de la valeur en santé,
- Organiser la cohabitation public/privé et les parcours professionnels multiples en prenant le meilleur de chacun des secteurs et en organisation leur complémentarité.

Une refonte plus opérationnelle et responsable du pilotage du système

La crise Covid-19 a révélé une fois encore le besoin de clarification des compétences entre les échelons national et régional à partir d'une décentralisation effective du pilotage du système de santé. L'organisation du système de santé, pourtant rigide et administré, a montré lors de la crise sa capacité à établir des exceptions, des assouplissements, jusqu'ici inconcevables. Ainsi, du fait de l'urgence, les autorités de tarification et de contrôles ont été contraintes d'alléger leurs procédures pour faciliter la réactivité des opérateurs, en optant pour une stratégie de confiance et de responsabilisation. De nombreuses initiatives ont ainsi pu être prises, permettant de faire face à la montée de l'épidémie sans que jamais notre système de santé soit dépassé. Cette stratégie de la confiance a été gagnante, il faut le noter, s'en souvenir et en tirer les leçons pour l'avenir.

Concernant la gouvernance nationale, la FEHAP estime que la fragmentation de l'administration sanitaire et médico-sociale, la dilution des responsabilités entre une multitude d'institutions (consignes contradictoires, interprétation hétérogène de consignes nationales, manque de transparence, absence des décideurs publics territoriaux) doit laisser la place à une gouvernance simplifiée et rééquilibrée. En effet, les ARS qui disposent des leviers pour réguler l'organisation des activités de prévention, sanitaires, médico-sociales et sociales doivent s'en servir pour apporter des réponses efficaces et de proximité, où le niveau national serait le gardien de leur cohérence.

Par ailleurs, la crise a aussi révélé les limites de la démocratie sanitaire, qui semble se développer en parallèle de la politique en santé et se déployer sur une temporalité plus longue que celle de la gestion de crise sanitaire. En préalable donc, à une rénovation du système de santé, la FEHAP propose d'assortir la gouvernance d'une véritable démocratie sanitaire pour intégrer les populations, et les responsabiliser, aux choix et aux orientations de la politique en santé. En conséquence, il conviendrait de modifier la composition de l'organe délibérant des ARS en favorisant plus encore qu'aujourd'hui la représentation des élus et des usagers (collectivités territoriales, association d'usagers) et en revisitant les règles de décisions : minorités de blocage/ droit de veto, etc.). Il s'agit là de trouver un consensus sur la santé en région à partir de la diversité des territoires et des populations qui la composent.

- La FEHAP propose également de conférer aux ARS, par un pilotage conjoint Etat/Région, une fonction de régulation régionale du système de santé :
 - À partir d'un transfert de compétences du niveau national,
 - Indépendante à l'égard des établissements publics de santé dont elles n'assureraient plus la tutelle directe,
 - Avec une simplification des répartitions de compétences entre les champs sanitaire, médico-social et social,
 - Et le renforcement des interactions des ARS avec les politiques régionales mises en œuvre par les collectivités régionales.
- Le Ministère de la Santé serait recentré sur un rôle de pilotage, d'harmonisation, de veille et d'impulsion :
 - Définition de la politique nationale de Santé et de ses grandes orientations,
 - Mise en œuvre d'une péréquation financière régionale, tenant compte des spécificités territoriales et des indicateurs de santé, et d'alerte en cas de persistance des inégalités en santé sur le territoire national,
 - Suivi des indicateurs de santé,
 - Réforme du financement, sur la base d'un ONDAM revu dans ses contours, un décloisonnement des risques maladie
 - dépendance,

- Renforcement des travaux de prospectives, construction des outils de pilotage dans une approche de la valeur en santé (le résultat qui compte pour la personne),
- Sur la base des priorités de santé, vote d'une loi de programmation en santé et des indicateurs cibles d'impact, de contribution à la santé et de résultats de santé publique,
- Organisation, dans le cadre du CESE, une consultation citoyenne sur l'avenir du système de santé et s'assurer de l'intégration de la vision des bénéficiaires, personnes soignées et accompagnées,
- Articulation de la stratégie nationale avec une politique européenne de santé, devenue priorité d'une Europe sociale et solidaire.

Un financement à finalité vertueuse, sécurisante et responsabilisante

Considération préalable

Les autorisations d'activités ne doivent pas être le seul vecteur des financements alloués.

En effet, la contractualisation entre acteurs de statuts différents doit être stimulée, incitée et valorisée. Les comportements anti-partenariaux, eux, doivent être sanctionnés.

Cette coopération de l'ensemble des acteurs du service public sanitaire, médico-social et social doit être favorisée en clarifiant les règles de ces partenariats. A cet égard, et en préalable, la confusion de rôle et de responsabilités entre régulateur et financeur d'une part, et d'opérateur d'autre part dans le domaine de la santé, est un mélange de registres qui affaiblit l'impact de la régulation, et annihile très souvent les modalités partenariales.

S'offrir les moyens d'une promotion de la prévention en renforçant le financement de dispositifs existants pour améliorer l'efficacité des parcours de soins :

La prévention est affichée comme une priorité de santé publique, mais les conditions d'organisation concrète des actions de prévention, leur juste financement permettant d'en favoriser le déploiement peinent encore à voir le jour. Principalement, les centres de santé, les acteurs de la prise en charge des maladies rénales chroniques ou les hôpitaux de proximité, souhaiteraient davantage être proactifs sur ces actions de santé publique mais ont besoin d'un modèle de financement adéquat :

- Les actions de prévention doivent devenir obligatoires et reposer sur un financement contractualisé par voie de paiement à la mission, avec des indicateurs de suivi de progression des comorbidités territoriales,
- Certains dispositifs existants doivent être amplifiés, promus et sécuriser pluri-annuellement : les centres de santé réalisent des missions d'accompagnement populationnel (ouverts à tous, en proximité contre les inégalités sociales de santé, recourant au tiers-payant et sans dépassement d'honoraires),
- Recentrer la logique du financement au parcours (de la prévention aux soins primaires puis aux soins spécialisés) en partant des besoins de la personne, depuis son domicile, pour financer une mission globale de valorisation des modalités de la réponse intégrale apportée à ses besoins,
- Promouvoir et inciter les parcours pertinents à travers la valorisation de la fonction de coordination entre ces différents acteurs (soins primaires, domicile, médico-social, hospital) pour rendre le parcours moins consommateur en actes et en temps.

Synthèse des propositions relatives à la simplification et au financement des parcours

Les coopérations ville-hôpital et coopérations public-privé doivent bénéficier d'incitations financières initiales pour se faire et être suivies contractuellement.

Promotion et incitation de la polyvalence observée des SSR, entre structure de coordination et de prévention. Ce rôle doit être valorisé au titre d'un financement dédié à la coordination parcours dans le cadre de l'actuelle réforme.

Compte-tenu de son impact sur la performance économique du système de santé, l'éducation thérapeutique du patient doit trouver une traduction dans une modalité financière (forfait d'entrée dans le dispositif et valorisation aux patients « éduqués »).

- Éviter l'ensemble des ruptures de valorisation qui font les aléas des parcours : exemple de l'abattement tarifaire de 13% quand l'HAD intervient dans les ESMS.
- Valoriser davantage les paiements au forfait qui ont fait leur preuve de concept sur les parcours en maladie rénale chronique notamment.

Accélérer les modalités de sécurisation financière des établissements sanitaires

- Maintenir une tarification à l'activité sous conditions de prise en compte du différentiel de charges, de visibilité entière sur la construction des tarifs et des modalités d'objectivation des échelles de coûts et de sécurisation pluri-annuelle des trajectoires.
- Mettre en place un financement mixte sur des bases forfaitaires pour les urgences, les soins critiques et les activités de recours telles que la greffe, sur une base populationnelle pour certaines maladies chroniques telle que le diabète ou l'insuffisance rénale, sur la base de la tarification à l'activité qui doit être conservé en abandonnant la règle prix volume de l'ONDAM et une modulation par des indicateurs de qualité.

Renforcer la politique d'investissement

- Relancer l'investissement hospitalier devenu atone ces dernières années du fait des contraintes financières. Dans les hôpitaux modernes, l'investissement est une des clés de la préparation du futur, avec des équipements qui doivent être sans cesse renouvelés pour intégrer les innovations technologiques, et une vague de numérisation qui va transformer les prises en charges hospitalières.
- Trouver des solutions de financement nouvelles à cet investissement se substituant aux mécanismes existants : T2A et mécanisme du COPERMO, en le remplaçant par des subventions régionales venant compléter les fonds propres des établissements, réparties dans la transparence entre tous les acteurs et conditionnées par l'atteinte d'objectifs contractuels issus du Projet Régional de Santé.

Améliorer les modalités de la régulation par l'ONDAM

Pour la FEHAP, l'enjeu est maintenant de remettre la régulation prix volume dans un cercle vertueux avec une approche de la pertinence des soins et des actes. Payer le juste soin, le service rendu avec en contrepartie plus d'exigences sur la qualité, la pertinence et certaines missions :

- La régulation repose sur les données déclaratives et non sur du « définitif comptable ».
- La régulation prix-volume prévue dans l'ONDAM conduit à une gestion automatique à la baisse des prix et tarifs hospitaliers (niveaux très bas et gel prolongé en libéral, baisse des tarifs hospitaliers en sanitaire), cela permet la maîtrise des dépenses mais reste déconnecté de la réalité des producteurs de soins.
- Maîtriser la dépense est nécessaire mais sous-payer durablement les prestations est irresponsable (paupérisation des différents producteurs de soins et dé crédibilisation des discours sur la qualité des prestations).
- Sortir d'une régulation actuelle orientée par l'offre.
- Partager les efforts de la réserve prudentielle avec la médecine de ville en proposant la création d'un mécanisme permettant d'échelonner la libération progressive des mesures conventionnelles et d'en conditionner la mise en œuvre à la structuration d'une offre territorialisée et en exercice regroupé.

Assurer la souveraineté sanitaire et pharmaceutique de la nation et la compétitivité de notre système de santé

La crise a montré les fragilités d'approvisionnement de produits pharmaceutiques et d'EPI, avec des risques sur la reprise de l'activité internationale. Afin de redresser durablement la souveraineté et l'attractivité du système de santé, la FEHAP propose :

- Une exemption de charges fiscales pour les laboratoires pharmaceutiques rapatriant la production de médicaments princeps, génériques, ainsi que les principes actifs sur le territoire national. Un soutien spécifique aux laboratoires pharmaceutiques en difficulté permettrait ainsi de préserver des emplois présents dans les territoires. Une reconversion de sites de chimie (raffinage) fermés ou en voie de fermeture pourrait être privilégiée. L'installation de zones franches dans les sites portuaires fragilisés dès avant la crise pourrait être envisagée.
- Une exemption de charges fiscales pour les entreprises et start up qui investissent le champ de la prévention. En effet, les approvisionnements d'appareils technologiques proviennent d'entreprises qui ne sont pas ou peu implantées sur le territoire pour leur production (IRM, Scanner, TEP, etc). Pour assurer et amplifier les actions de dépistage, de téléconsultations, il nous paraît nécessaire d'attirer l'implantation de ces entreprises sur le territoire.

Soutenir une recherche quel que soit le statut de son opérateur est un enjeu fondamental pour notre pays et nos concitoyens

La recherche est au cœur et en lien avec les principaux challenges en perspective que ce soit sur les effets sanitaires du dérèglement climatique, sur l'accompagnement du vieillissement de la population et, bien entendu, sur l'évolution des enjeux de santé. Elle est un facteur de rayonnement international qui permet à la France de rester un terrain attractif auprès des laboratoires, des partenaires industriels, et des filières de patients internationaux.

En ce sens, voici quelques propositions pour soutenir et développer la recherche en santé :

- Nécessité de simplifications et d'évolutions réglementaires : proposer des dispositions réglementaires réellement adaptées pour la recherche clinique académique et faciliter, accélérer la mise en place de certaines études sur les données.
- Soutenir la recherche là où elle se fait, via des financements MERRI qui n'excluent pas les acteurs qui s'investissent sur le terrain pour permettre l'accès à l'innovation pour tous et sur tout le territoire et soutenir l'attractivité médicale des établissements de santé.
- Renforcer l'essor et la structuration de la recherche en soins primaires et sur la prévention : via l'accès possible à la dotation socle des MERRI des réseaux de recherche clinique fédérant des centres de santé en partenariat avec un ou des établissements de santé et leurs équipes de recherche.
- Reconnaître et soutenir le rôle majeur des ESPIC, dont les CLCC, dans la recherche et se prémunir de créer des distinctions entre les différents statuts d'établissements concourant aux mêmes missions de service public.

Trouver de nouvelles marges de manœuvre en financer les dépenses courantes de santé via la promotion contractualisée de toutes les pratiques de pertinence de consommations et de fonctionnement

- **Les transports sanitaires :**
 - La crise Covid-19a révélé des dysfonctionnements déjà présents avant l'épidémie. Le coût des transports sanitaires augmente, sans pour autant répondre aux attentes et besoins des patients (ex. Dialyse, Psychiatrie),
 - La FEHAP propose de revoir en profondeur le financement des transporteurs sanitaires, en assouplissant les règles d'accès au marché, de prescription, et en permettant aux établissements de santé d'assurer leurs propres transports par une ré-internalisation facilitée de cette fonction.
- **Les médicaments :**
 - Malgré les efforts engagés ces dernières années qui ont permis de réduire les dépenses de produits pharmaceutiques, la FEHAP propose d'engager une réflexion éthique sur le remboursement de traitements très onéreux dont l'efficacité n'a pas démontré leur entière efficacité. Afin de ne pas dissuader la présence de laboratoires pharmaceutiques sur le territoire et les risques pesant sur l'emploi, nous proposons la mise en place d'une borne haute et d'une borne basse pluriannuelle pour le financement des dépenses pharmaceutiques.
- **Les dépenses de médecine de ville :**
 - La FEHAP propose de revoir le fonctionnement de la médecine de ville, dont l'ONDAM n'est pas maîtrisé, l'ONDAM hospitalier supportant la majorité des réductions de dépenses,
 - Le modèle du centre de santé doit être largement appuyé en prévoyant un modèle de financement soutenable afin de pouvoir le généraliser comme un acteur clef participant de la responsabilité populationnelle. L'exercice du modèle d'exercice isolé a montré sa faillite pendant l'épidémie.
- **Repenser l'administration sanitaire pour en alléger le coût :**
 - La FEHAP propose d'engager une réflexion sur la simplification des normes réglementaires et des modes de tutelle, de régulation, et d'administration du système de santé, qui permettrait en premier lieu d'assouplir les fonctionnements institutionnels et l'agilité des acteurs, et en second lieu de réduire les dépenses d'administration (exemple des circuits de facturation et de recouvrement des recettes notamment).

Propositions de mesures transversales clefs

- Sur l'ONDAM et sa déclinaison :
 - Décloisonner les financements en instaurant une fongibilité des enveloppes libérales, sanitaires, sociales et médico-sociales, au plan régional.
- Sur la Prévention :
 - Mieux valoriser les programmes préventifs d'éducation thérapeutique du patient,
 - Accentuer la valorisation des missions de prévention et de coordination.
- Sur les établissements sanitaires :
 - Maintenir une tarification dynamisante, tenant compte de la complexité des cas pris en charge et de la qualité des soins prodigués,
 - Harmoniser la pratique d'une activité libérale entre les établissements publics et ESPIC à travers un exercice mixte,
 - Définir et financer une mission d'intérêt général pour les établissements de santé qui fonctionnent sans aucun dépassement d'honoraires,
 - Aligner les règles fiscales et sociales de tous les statuts des acteurs du service public hospitalier,
 - Rendre des marges de manœuvre sur la masse par l'exonération, au moins partielle, des établissements hospitaliers de la taxe sur les salaires et de la TVA,
 - Promouvoir le développement de recettes diverses complémentaires pour diversifier les sources de financements (activité internationale par exemple).
- Sur le médico-social :
 - Approfondir la création d'un risque PA-PH par fongibilité des crédits Assurance-Maladie et collectivités territoriales.
- Vis-à-vis des usagers les plus précaires :
 - Approfondir la stratégie du zéro reste à charge d'une analyse de la solvabilité des usagers pour renforcer le caractère universel de l'accès aux soins et de l'accompagnement.

contact@fehpa.fr

