



**HAUTS-DE-FRANCE**



## Propositions SEGUR de la SANTE FEHAP HAUTS-DE-FRANCE

### **Pilier 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent**

#### Problématiques de rémunération.

Introduction de la notion d'intéressement, de valorisation du mérite, de management, de récompense d'objectifs (quantitatif comme qualitatif) => pilotage par indicateurs et de valorisation de l'individu pourrait être vertueux (activité réalisée, complexité des cas pris en charge, qualité des soins prodigués et de l'accompagnement...). Comment dégager des budgets pour cela ? Exonérer les établissements des taxes sur les salaires, transports, foncière, TVA.

Intégrer des chartes de modération des salaires sur certains territoires.

Attractivité des métiers : sujet des nouveaux métiers : IPA, infirmiers coordonnateurs de parcours de soins, AS en rééducation... Redonner du sens aux métiers. Les métiers réglementés sont très difficiles à manager et usent. Encourager les exercices professionnels mixtes, des soignants comme des médecins, sans barrières entre les différents secteurs publics et privé.

Que certains métiers puissent voir le jour à travers la formation et création de nouveaux métiers. Travailler sur les formations : moins de pratiques aujourd'hui ce qui fragilise les compétences.

Lutter contre la dégradation du sens de certains métiers, de l'investissement.

Faciliter les progressions de carrière permettrait de mieux manager. Permettre des passerelles entre les métiers.

Valorisation de l'apprentissage.

Valoriser et faciliter la VAE.

Mettre l'accent sur la prévention (et les métiers qui s'y rapportent), en se basant sur les territoires, au plus près des citoyens : ce sont les médecins généralistes et spécialistes, les infirmières libérales, les kinésithérapeutes, les aides-soignantes, les assistantes sociales qui doivent être à la base du système de santé dont l'objectif est de préserver la santé et de dépister les maladies.

Les hôpitaux de proximité doivent permettre de prendre en charge au plus près du domicile les problématiques du vieillissement et de la poly-pathologie.

Organiser la complémentarité de ces acteurs pour coordonner les parcours de soins de la manière la plus fluide possible. Les CPTS peuvent être un bon outil de cette coordination et les établissements PNL y ont toute leur place.

L'approche exclusivement économique des soins a pour effet délétère des salaires bas et des sous effectifs criant pour des prises en soins dont l'humanité peut être discutée. Pas de soins sans soignant, pas de soins sans temps...

Le besoin de reconnaissance est plus profond qu'un besoin d'euros en plus. Il consiste à accorder de la valeur aux personnes : prendre en compte leur avis, leur donner la capacité de décider, de transformer leur environnement de travail...

Les réflexions pour les professionnels du secteur hospitalier au sens large doivent être étendues aux personnels du domicile.

Lever les freins au développement de l'HAD (abattement des 13 % HAD/ESMS, HAD/SSIAD, HAD chirurgie ambulatoire...) pour amplifier le développement de l'ambulatoire et le virage domiciliaire.

Inciter les établissements sur la précocité des sorties des patients via des indicateurs rémunérés  
développement de la télémédecine une solution qui doit être encadrée, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins pour les personnes atteintes de troubles, et en situation de handicaps...

## **Pilier 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins**

Financement : Il ne faut pas revenir à un système de DG, les modes de financement doivent être dynamisants. Maintenons la T2A, même si elle a ses limites. Imaginons des modulations tarifaires selon des objectifs par ex par rapport aux territoires (notion primordiale). Les réalités ne sont pas homogènes partout. Ex : contrats de territoire, contrats d'objectifs de territoire...

Si les tarifs de la T2A sont notoirement insuffisants pour financer les investissements, le mécanisme du COPERMO a été pensé comme un dispositif malthusien, au demeurant de facto réservé aux seuls hôpitaux publics et qui ne prend pas en compte les spécificités du territoire ou de l'établissement.

Proposition : le remplacer par un mécanisme de 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.

Pourquoi ne pas généraliser le modèle PNL qui semble être particulièrement réactif ?

Financement de la recherche : pourquoi ne pas financer l'innovation ? Au niveau architectural, RH...

Dès à présent, des équipements doivent être sans cesse renouvelés pour intégrer les innovations technologiques, et une vague de numérisation qui va profondément transformer les prises en charges (hospitalières, médico-sociales, à domicile...). L'insuffisance des investissements menace de faire prendre des années de retard aux structures françaises. La possibilité d'investissement doit être redynamisée.

Le choc de simplification est attendu. Fédérer les acteurs mais aussi fédérer les financeurs.

Simplification dans la manière dont s'exercent les tutelles, sur la base d'enquêtes à répétition, et d'autorisations tatillonnes. Le régime des autorisations devait par exemple être allégé (c'était un des objectifs affichés de la révision entamée par les pouvoirs publics).

Simplification dans les règles de facturation et de recouvrement qui nécessitent trop de moyens administratifs (au détriment du soin et de l'accompagnement).

Le choc de simplification est repris en politique depuis plus d'une décennie, mais la situation ne fait que s'empirer : l'inflation normative nécessite son financement.

Développer et valoriser la prévention (formations, actions...) qui, si elle est optimisée, entrainera une baisse des couts du soin et de l'accompagnement.

Depuis plusieurs années, succession de rapports (Fiat, Iborra, Libault) et missions (El Khomri) sont convergents : nécessité de plus de moyens (ex : unanimité sur un niveau d'encadrants soignants de 0.6 ETP/lit en Ehpad).

### **Pilier 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes**

#### Valorisation du modèle ESPIC

Prédominant en Europe, établissements à taille humaine, qui cumulent les valeurs du public et la souplesse d'organisation nécessaire du privé. Plus impliquer les médecins dans les prises de décisions. Moins d'encadrement dans le PNL.

Réduction des lignes hiérarchiques et développement d'un dialogue étroit et quotidien entre les équipes médicales, les équipes infirmières, les équipes logistiques et les équipes de gestionnaires : cette organisation est au cœur de la gouvernance quotidienne des ESPIC dont la taille maîtrisée est probablement l'un des principaux leviers de réussite. Les organisations dotées d'une ligne hiérarchique courte permettent une gouvernance agile.

#### Simplifier le régime des autorisations

Simplifier et optimiser l'organisation des CSOS : développer l'appui et l'éclairage des territoires pour les avis CSOS.

Pilotage de l'ensemble du parcours formation est très complexe et long, avec trop d'acteurs, ce qui retarde l'entrée en établissement des professionnels. Il faudrait mettre de la fluidité dans les parcours de stage, de formation... Raccourcir les délais.

### **Pilier 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers**

Enjeu de la coordination territoriale. Question de la légitimité du coordinateur qui revient à l'ARS et non aux GHT, dont la plupart excluent les structures PNL.

Pourquoi ne pas évaluer les différents découpages territoriaux ?

Valorisation des CPTS avec participation des structures PNL : organiser par territoire de 100 000 à 200 000 habitant la santé entre les acteurs libéraux, Médico-sociaux et sanitaires = CPTS pour travailler sur des projets de santé favorisant la fluidité des parcours avec un acteur de coordination et d'orientation.

Valoriser certaines pratiques issues de la crise COVID : réunions territoriales SSR : a permis pendant la crise de bien fédérer les acteurs.

Donner au niveau local plus de lisibilité sur les sujets.

L'éclairage territorial est faisable en dehors de tout champ réglementaire.

Décloisonnement entre le sanitaire et médico-social dans l'intérêt des usagers. Dans secteur PA et PH, le tournant des 60 ans est-il encore judicieux ? A un effet limitateur à l'innovation.

Partenariats : Simplifier les démarches de collaboration et de partenariats,

Elaboration de cahiers des charges simplifiés (possible pendant la crise COVID)

Attention néanmoins : le partenariat n'apporte pas de solution à la gestion du quotidien (aucun partenariat ne donnera le temps nécessaire aux soignants dans l'accompagnement de nursing).