

GRAND DEBAT NATIONAL

Les 14 propositions de la FHF

Alors que la santé n'était pas identifiée comme un sujet prioritaire dans la liste initiale proposée par le gouvernement, elle s'est imposée dans le « Grand Débat national » comme une préoccupation centrale des Français, au même titre que l'éducation.

Cet élan national majeur de l'opinion doit être entendu par les pouvoirs publics, et figurer au premier rang des priorités de l'action publique à venir.

Représentante des établissements et services publics sanitaires et médicaux sociaux, la FHF s'est adressée directement aux Français pour mieux comprendre leurs préoccupations, donner écho à leur ressenti et développer des propositions afin de répondre à leurs attentes prioritaires. C'est l'objet de cette étude.

Apporter des réponses ambitieuses aux problématiques de santé publique constitue désormais une responsabilité collective. Cette nécessité est d'autant plus urgente que s'ouvre actuellement le débat sur la loi Santé au Parlement et que le gouvernement annonce, pour la fin de l'année 2019, une grande loi sur l'autonomie.

Soucieuse d'inscrire ses propositions en résonance avec les préoccupations des Français, la FHF souhaite s'appuyer sur les résultats de ce sondage (réalisé auprès de 5 809 personnes en France métropolitaine comme dans les Départements d'outre-mer, constituant un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus) pour présenter 14 orientations majeures afin de répondre au défi de la transformation du système de santé, maillon central de la cohésion nationale.

INTRODUIRE DAVANTAGE DE CONCERTATION ET ALLER VERS UNE GOUVERNANCE ADAPTEE AUX EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE

Proposition n°1

Instaurer une conférence de consensus annuelle : faire vivre la démocratie en santé en débattant régulièrement des grandes orientations à donner à notre système de soins

Chiffre du sondage

84% des Français jugent que l'accès à de bons établissements de santé contribue à assurer à chacun une égalité des chances dans la vie. Mais 86% d'entre eux estiment difficile de comprendre à quoi servent les différents prélèvements dans le cadre du fonctionnement du système de santé, et 70% jugent son fonctionnement difficile à comprendre.

74% des Français sont favorables à l'organisation, avant le vote de la loi budgétaire chaque année, d'une conférence annuelle réunissant les principaux acteurs de la santé et les citoyens pour échanger sur le contenu de la loi (recettes, dépenses, besoins matériels et humains).

Il s'agit d'un « moment » politique majeur qui donne tout son sens à la notion de démocratie en santé. L'équilibre entre la réponse aux attentes de nos concitoyens, aux enjeux de santé publique, les conditions de travail des professionnels et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie doit donc être éclairé et transparent. Il s'agit d'un choix de société qui justifie l'organisation d'une conférence de consensus réunissant chaque année l'ensemble des acteurs de santé au niveau national.

La FHF continue d'affirmer que l'excellence de notre système de santé repose sur la poursuite d'un triple objectif : l'amélioration de la santé de la population et de l'expérience des patients, assurée par des professionnels bénéficiant de bonnes conditions d'exercice, dans le respect des équilibres financiers déterminés par la société.

Ce triple objectif appelle l'élaboration d'une nouvelle « feuille de route » pour les établissements et leurs responsables, permettant la définition d'une ligne managériale claire, reflet des valeurs du service public hospitalier. Concrètement, il convient d'intégrer, en sus des objectifs économiques assignés aux établissements, des objectifs qualitatifs de prise en charge des patients et d'organisation du travail.

Les enjeux de santé et d'accès aux soins se sont imposés d'eux-mêmes dans le Grand Débat national bien que le gouvernement n'ait pas souhaité inscrire ces sujets comme thématiques officielles. La FHF appelle depuis un an à l'organisation de cette conférence nationale de consensus dotée de réelles prérogatives et déplore que cette proposition n'ait pas été reprise à l'occasion du PLFSS 2019. Nous la resoumettons à l'occasion du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Rejeter cette proposition, c'est refuser le débat, c'est refuser la transparence.

ACTION

Si les pouvoirs publics ne s'approprient pas cette proposition, la FHF organisera une réflexion ouverte sur ces sujets en 2020.

Proposition n°2

Simplifier et unifier la gouvernance nationale de la santé pour mieux répondre aux besoins dans les territoires

Chiffres du sondage

69% des Français estiment qu'il faudrait fusionner le ministère de la Santé et l'Assurance Maladie pour simplifier le fonctionnement du système de santé.

Notre système est à la fois ultra-centralisé et éclaté entre de nombreux acteurs. Le système de santé se traduit par un millefeuille bureaucratique inefficace voir insoutenable. Dans ce contexte, le besoin de lisibilité et de concertation apparaît essentiel.

La coordination entre les différentes institutions nationales (les administrations centrales du ministère de la Santé entre elles et avec la CNAM) paraît insuffisante pour assurer la cohérence du système et l'efficacité de sa régulation. Chaque administration, ne gérant qu'une part du système de soins, agit sans articulation systématique avec les autres institutions nationales.

De même, la régulation à l'échelle régionale des politiques de santé se trouvent entravée par les instructions et dispositifs parfois contradictoires que doivent implémenter les Agences régionales de santé, dont une partie des missions et leur organisation (rôle des délégations territoriales ou départementales notamment, et encore plus depuis la création des « grandes régions ») sont aussi à revoir.

De ce fait, l'offre de soins en ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux restent insuffisamment coordonnés, du fait qu'ils n'ont pas les mêmes interlocuteurs, et que ceux-ci ne poursuivent pas constamment les mêmes buts. Un choc de simplification doit s'opérer.

Ainsi, les ambitions portées par le Président de la République lors du lancement du plan Ma Santé 2022 restent difficiles à mettre en œuvre, du fait de l'importante complexité du système de santé.

C'est pourquoi, pour simplifier la gouvernance nationale du système de santé, il paraît nécessaire de créer un organisme unifié, chargé du pilotage et de la mise en œuvre de la politique nationale de santé ainsi que de l'exécution de la partie concernant l'Assurance Maladie de la loi de financement de la sécurité sociale.

ACTION

La FHF propose, dans le cadre du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, un amendement pour le lancement d'une mission de préfiguration, afin de préciser les compétences et moyens attribués au futur organisme unifié de pilotage du système de santé. Cette mission pourrait rendre ses conclusions au 1er janvier 2021.

REPONDRE ENFIN AUX ASPIRATIONS ET ATTENTES DES PERSONNES AGEES ET/OU EN SITUATION DE HANDICAP

Mener une politique grand âge-handicap, c'est d'abord prendre en compte les aspirations des personnes âgées et/ou en situation de handicap qui souhaitent, à 56%, le développement de solutions mixtes entre les services à domicile et des services et accompagnements en structures collectives.

Dans le secteur du grand âge, la qualité de l'accompagnement est directement liée à la question des moyens humains et financiers qu'il convient de renforcer pour assurer une prise en charge digne et de qualité. Le modèle de financement actuel, basé sur la tarification ternaire et ne tenant pas compte des missions d'intérêt général des Ehpad publics, a atteint ses limites.

Il est nécessaire de considérer, en premier lieu, les attentes des personnes âgées et des aidants. Pour cela, la politique de l'autonomie doit être pensée autour du soutien à domicile et d'une diversification des modes d'hébergement et des accompagnements proposés. Un reste à charge maximum plafonné aux ressources de la personne doit être institué.

Dans le cadre de la loi grand âge-autonomie, la FHF a formulé plusieurs propositions.

Proposition n°3

La FHF soutient la demande forte de la population de voir les structures d'hébergement et les services à domicile dotés de moyens financiers et humains permettant d'accueillir dignement nos aînés et définir un statut d'intérêt général pour les acteurs assurant l'accessibilité économique au plus grand nombre

Chiffres du sondage

Les chiffres et tendances du sondage confirment cette analyse :

- 8 Français sur 10 estiment que les personnes âgées et personnes handicapées ne bénéficient pas aujourd'hui d'un accompagnement adéquat ;
- **91 % estiment que les établissements publics doivent bénéficier d'un statut d'intérêt général mais critiquent globalement le manque de modernité des infrastructures et surtout l'insuffisance de personnel et globalement de moyens permettant d'assurer une prise en charge de qualité ;**
- Entre le développement prioritaire des services à domicile ou des établissements, une majorité de Français se prononce en faveur du développement de solutions mixtes ;
- Sur le financement de la prise en charge de la perte d'autonomie ou du handicap, les Français se prononcent majoritairement en faveur d'un modèle mixte entre solidarité nationale et assurance privée obligatoire ;
- La quasi-totalité des Français (94%) se dit favorable à une augmentation des moyens financiers de l'hôpital public français

La FHF propose d'instaurer un modèle de financement national, égalitaire, et équitable qui reconnaisse les missions d'intérêt général assurées par le service public et qui garantisse l'accessibilité économique du plus grand nombre.

ACTIONS

- Créer une 5^e branche/ risque de la Sécurité sociale avec un socle public majoritaire, national, égalitaire et solidaire permis par l'extinction de la dette sociale à horizon 2024 (concernant le modèle assurantiel privé, il doit faire la preuve de sa soutenabilité à titre complémentaire) et mettre en place un « bouclier médico-social » qui garantisse un reste à charge maximum compatible avec les ressources de chacun ;
- Proposer des prestations à la hauteur des souhaits des Français avec, notamment, des dispositifs diversifiés ;
- Faire des métiers du grand âge et du handicap des métiers d'avenir : davantage de formation, de véritables revalorisations et une attractivité garantie.

ADAPTER LE MODELE DE FINANCEMENT AU REGARD DES EVOLUTIONS DU SYSTEME DE SANTE

Proposition n°4

Adapter les financements et leur évolution aux réalités des territoires, dans un objectif de pertinence des parcours et d'efficacité en santé

Chiffres du sondage

74 % des Français sont favorables à rendre public le nombre d'actes réalisés au sein de tous les établissements ou services pour montrer les écarts de pratique et inciter les professionnels de santé à diminuer le nombre d'actes médicaux non nécessaires réalisés chaque année.

92% des Français sont favorables à des mesures visant à repérer et éviter qu'il y ait des actes inutiles ou en doublon dans le cadre de leur prise en charge.

Afin d'accompagner l'organisation de l'offre de soins au niveau des territoires, la FHF propose d'introduire des mécanismes de modulation des financements et, plus particulièrement, des tarifs à l'activité afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et de favoriser la pertinence des parcours comme la prévention.

Le niveau de l'Objectif national des dépenses de santé (ONDAM) est en effet actuellement déterminé à partir d'un volume d'activité, qui correspond à la consommation de soins des personnes ayant recours aux prestations des offreurs, sur la base d'une moyenne nationale. Or, la consommation réelle de soins est la résultante des caractéristiques épidémiologiques des territoires, de leurs habitants, de l'offre et des comportements des populations. Ces éléments sont nécessairement variables d'un territoire à l'autre. Ils ont un impact sur le volume global de la consommation et sur sa répartition géographique.

Les dépenses de soins de ville, de prises en charge sanitaire et médico-sociale font également apparaître aujourd'hui d'importantes différences selon les régions.

ACTIONS

Analyser le niveau de consommation de soins par territoire et par discipline, les situations de « sous consommation » et de « sur consommation », les problématiques de difficultés d'accès aux soins, et mesurer l'efficacité sanitaire. Et moduler les financements et les tarifs selon les territoires afin de réduire les inégalités en matière d'accès aux soins et favoriser la pertinence du recours aux soins.

Proposition n°5

Adapter les financements à la gradation des soins, à l'évolution des modes de prises en charge et valoriser le temps passé par les professionnels de santé et pas uniquement les actes techniques

Chiffres du sondage

Les modes de financements ont beaucoup été utilisés comme levier de changement des pratiques et des modes de prises en charge. Il convient désormais d'adapter les financements aux évolutions des modes de prise en charge : moins d'hospitalisations conventionnelles, diminution des durées de séjours, développement des prises en charge ambulatoires avec hospitalisation ou sans hospitalisation (actes techniques, consultations et prestations intermédiaires entre l'hospitalisation et la consultation). La catégorisation des prestations et des financements suit en effet mal l'évolution des modalités de prise en charge que mettent en œuvre les établissements pour tenir compte des progrès médicaux et des données acquises de la science. La frontière entre hospitalisation de jour, consultations multiples, bilan, consultations complexes... est difficile à établir et se traduit parfois par l'inadéquation du système tarifaire.

Il est donc nécessaire de mettre en place un dispositif permettant une évolution plus rapide des nomenclatures d'actes cliniques et techniques et financements associés conduisant à une valorisation adaptée et équitable.

Les nomenclatures des actes étant essentiellement centrées sur la valorisation des actes techniques, il est proposé de reprendre intégralement la valorisation des prestations intellectuelles que sont les consultations médicales, les actes cliniques et les « prestations intermédiaires » entre l'hospitalisation et la consultation, en particulier en tenant compte de leur durée. Cela permettra **de mieux valoriser le temps passé par les professionnels de santé, selon la lourdeur et la complexité des prises en charge, et de favoriser la pertinence des actes.**

Il est nécessaire de définir de façon à la fois précise et souple le contenu des activités mobilisant plusieurs intervenants et le plateau technique et de déterminer un modèle de financement adapté à ce type de prise en charge.

ACTIONS

Dans ce cadre, la FHF, avec les autres fédérations, demande à être associée aux négociations conventionnelles entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, dont les conclusions sont applicables aux établissements de santé, afin de mieux prendre en compte les spécificités des prises en charge hospitalières et leurs fortes évolutions et de favoriser le décloisonnement ville/hôpital. La FHF demande également l'application des mêmes tarifs (majorations) et modalités de facturation entre la ville et l'hôpital, les établissements ne bénéficiant pas de toutes les majorations actuellement.

Mettre en place une tarification incitative pour favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Proposition n°6

Relancer l'investissement des établissements de santé afin d'accompagner l'évolution nécessaire des structures et des modes de prises en charge et l'accès de tous à la recherche, à l'innovation thérapeutique, technologique et organisationnelle.

Chiffres du sondage

88% des Français ont le sentiment que l'hôpital est en danger et 75% qu'il s'est détérioré.

La quasi-totalité (94%) des Français se dit favorable à une augmentation des moyens financiers de l'hôpital public français : près d'1 sur 2 y est même « très » favorable.

Une des conséquences les plus préoccupantes de la dégradation de la situation financière des établissements de santé est la réduction continue des dépenses d'investissement. Le montant de l'investissement hospitalier, qui était de 6 milliards d'euros en 2011, est passé à moins de 4 milliards d'euros en 2017, les déficits venant plomber la capacité d'autofinancement et la marge brute des hôpitaux. Ce niveau d'investissement est insuffisant pour assurer à la fois le renouvellement des installations, les opérations de rénovation lourde et le financement de l'innovation technologique. Cette situation est très inquiétante pour l'avenir des installations des hôpitaux publics qui nécessitent pourtant des investissements massifs dans les domaines notamment des systèmes d'information, de l'intelligence artificielle et des innovations organisationnelles, au service des patients, et également sources d'attractivité, de fidélisation et de qualité de vie au travail des professionnels.

La baisse des tarifs séjours depuis près de dix années menace bien évidemment la pérennité des financements hospitaliers, l'investissement devenant une variable d'ajustement aux tensions financières de plus en plus importantes (quasi doublement du déficit des établissements publics de santé entre 2016 et 2017, qui perdure en 2018).

La FHF préconise sur les investissements :

- Une logique de structuration de l'offre publique de soins à l'échelle des territoires :

Avec l'organisation de l'offre publique à travers les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les projets médicaux partagés, la mutualisation de certaines fonctions support, la convergence des systèmes d'information..., des investissements vont être nécessaires à l'échelle des territoires. Des investissements qui peuvent être matériels (murs, équipements) mais aussi immatériels (logiciels, intelligence artificielle). Faire des économies passe parfois, voire souvent, par un investissement préalable. Les pistes d'économie au niveau de chaque établissement ont déjà été largement mises en œuvre. Les actions doivent désormais privilégier le territoire.

- Un processus de décision à revoir et à replacer au plus près des territoires :

D'où la nécessité de faire évoluer le processus actuel de décision des investissements et notamment la centralisation très forte pour toutes les opérations supérieures à 50 M€. Une logique régionale, plus proche des réalités et spécificités des territoires, de leurs besoins, de la situation de l'offre de soins semble plus adaptée.

- Des critères à enrichir :

Un seul critère, celui de la marge brute non aidée, et surtout une cible unique (7 à 8% quelle que soit la situation initiale des établissements concernés) ne peut répondre à la question de l'opportunité du financement des investissements. D'autres critères doivent être étudiés :

- Le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins et donc la pertinence des investissements ;
- La nature du patrimoine de l'établissement (en particulier l'existence de secteurs très consommateurs d'investissements : réanimation, blocs opératoires, plateaux techniques de diagnostic et de traitement...);
- Les besoins d'investissement des établissements, appréciés à partir du taux de vétusté de leur patrimoine et leurs conséquences en exploitation sont des critères de sélection et de choix des investissements qui semblent également déterminants, en plus du critère de la soutenabilité financière à travers la marge brute et la capacité d'autofinancement.

ACTIONS

Lier l'investissement au territoire et à l'organisation de l'offre de soins à l'échelle des territoires, revoir le processus de décision au plus près des territoires, enrichir les critères de choix et de priorisation des investissements, au-delà des seuls critères financiers.

ADAPTER L'ORGANISATION TERRITORIALE

Proposition n°7

S'engager collectivement pour l'accès aux soins de premier recours et faire de l'accès aux soins non programmés une responsabilité partagée entre la ville et l'hôpital.

Chiffres du sondage :

Les Français se prononcent très majoritairement :

- Pour plus de proximité (61 %) ;
- Une meilleure répartition des professionnels sur le territoire (84 %) ;
- La majorité des Français considère que le délai d'attente pour obtenir un RV est exagéré ;
- La majorité des Français considère que le temps nécessaire pour accéder à un établissement de santé est exagéré ;

42% des Français ont déclaré s'être déjà rendus dans un service d'urgence pour une raison inadéquate.

A l'aune de ces résultats, un service public de santé s'impose définitivement comme l'un des piliers majeurs de notre République sociale. Sans distinction d'origine socio-économique, territoriale ou culturelle, le service public de santé est le garant, pour tous et partout, de l'accès aux soins, notamment en dernier recours.

La forte croissance de l'activité des services d'accueil des urgences (+ 16 %) en est la preuve. Et lorsqu'1 Français sur 4 déclare s'être rendu aux urgences parce qu'il ne savait pas à qui s'adresser en dehors des urgences, nous nous devons collectivement de reconnaître les failles dans la prise en charge des soins de premier recours. Par ailleurs, la cartographie commandée par la FHF en 2018, sur la base d'études populationnelles, montre clairement la corrélation entre la baisse du nombre de généralistes et l'augmentation du nombre de passages aux urgences sur un territoire. D'une meilleure organisation ville-hôpital dépend une meilleure prise en charge des Français.

Une très récente étude menée par un géographe du CNAM, Jean-Marc Macé, démontre également qu'« il existe une "corrélation significative" entre le nombre de consultations chez les médecins généralistes par habitant et le nombre de passages aux services des urgences sans hospitalisation par habitant. Les hôpitaux et cliniques sont ainsi moins sollicités quand les consultations chez un médecin généraliste sont plus courantes. »

Ainsi, pour la FHF, si la constitution des CPTS va dans le bon sens, elle doit participer concrètement à fluidifier le parcours des patients.

ACTION

Favoriser les liens, souples, entre les hôpitaux, notamment de proximité, et les CPTS.

Engager, au niveau de l'Etat, une politique volontariste pour un meilleur maillage territorial de la médecine de ville.

Proposition n°8

Accompagner les restructurations hospitalières

Chiffres du sondage

52% des Français acceptent le transfert de certaines spécialités (maternité, chirurgie...) vers des centres hospitaliers à la condition que cela puisse s'effectuer avec plus de personnel et des équipements d'excellence.

Si les Français refusent les « fermetures sèches », ils sont prêts à y consentir à la condition que ces fermetures soient gages d'une meilleure qualité de soin (personnels en nombre suffisant, équipements de qualité, etc.) et qu'elles soient accompagnées (tant en termes de pédagogie que d'accompagnement de la reconversion).

ACTION

Réaffecter une partie des économies liées au restructuration dans l'accompagnement de nouvelles activités en remplacement.

S'ENGAGER REELLEMENT ET RAPIDEMENT DANS LA TRANSFORMATION NUMÉRIQUE, NECESSITANT UNE VERITABLE VOLONTE POLITIQUE

Proposition n° 9

Investir massivement pour rattraper le retard français dans la révolution numérique en engageant un Plan numérique sanitaire et médico-social

Chiffres du sondage

Une immense majorité des Français est favorable à des mesures ambitieuses en matière de numérique (espace numérique personnel, développement accru de la télémédecine, etc.).

Selon le ministère de la santé, « en termes de moyens dédiés, les établissements consacrent en moyenne 1,7% de leurs charges d'exploitation aux SIH, proportion stable par rapport aux années précédentes. » Ce chiffre est assez peu élevé et ne permet en tout cas pas de porter la transformation numérique qui s'accélère avec la révolution de la donnée. A titre de comparaison, les établissements américains, pionniers dans ce domaine, consacraient en 2013 déjà 3,1% de leur budget aux systèmes d'information. Les établissements français ne peuvent, pour le moment, pas suivre cette transformation capitale pour la médecine de demain.

Afin d'aller vers une approche intégrée des parcours de santé et de favoriser la convergence entre le secteur sanitaire et médico-social, il est nécessaire que les systèmes d'information communiquent au mieux entre ces deux secteurs.

Or, aujourd'hui, le secteur médico-social souffre d'un manque criant, tant en termes d'équipements qu'en termes d'environnement logiciel.

Par ailleurs, encore aujourd'hui, les systèmes d'information en santé ne communiquent pas entre eux : ainsi, un médecin de ville peut ne pas avoir accès au dossier patient qui a été ouvert dans un centre hospitalier, et vice versa.

L'absence actuelle de format est génératrice de coûts et de délais qui ne sont pas compatibles avec les impératifs d'efficacité et d'efficience du système de santé. En effet, cela conduit à des pertes d'informations, des redondances d'examen, et des pertes de temps généralisées pour tous.

La révolution numérique nécessite que de lourds investissements soient faits dans ce secteur ; or les plans actuels, s'ils ont le mérite d'exister, ne permettent pas de faire face aux exigences de cette transformation majeure pour le système de santé.

Le secteur médico-social doit faire l'objet d'un plan numérique spécifique afin d'accélérer la convergence avec le secteur sanitaire et permettre le déploiement de solutions logicielles propres à améliorer le traitement des informations sur les résidents et les personnes accueillies.

ACTIONS

- Prévoir un plan d'investissement d'envergure pour enclencher la transformation numérique en santé : à l'hôpital comme dans le secteur médico-social.

- Déployer des systèmes d'information populationnelle pour améliorer la qualité du système de santé.

- Imposer dès à présent les normes de communication/standards d'interopérabilité choisis par l'Union européenne.

- Une véritable volonté politique pour améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information ; de nombreux travaux pluridisciplinaires ont été menés, que l'insuffisante coordination inter administrative en la matière a freinés et rendus inopérants. C'est pourquoi il est proposé que les pouvoirs publics définissent la norme d'interopérabilité pour l'échange et l'exploitation des données de santé.

De même, il est fondamental pour la coordination et l'amélioration de la qualité des parcours de soins que les pouvoirs publics imposent et rendent opposable des normes d'interopérabilité pour les systèmes d'information de production de soins.

Enfin, inscrire dans la loi l'obligation pour les pouvoirs publics de définir les normes d'interopérabilité qui obligeront les éditeurs à faire des logiciels communiquant entre eux.

INSTAURER UNE REGULATION PAR LA PERTINENCE

Proposition n°10

Mettre au cœur de la régulation du système de santé les résultats obtenus auprès des usagers

Chiffres du sondage

79% des Français sont favorables à la mise en place d'indicateurs de résultats sur la qualité de prise en charge de leur rétablissement à l'issue du parcours de soins.

La qualité du service rendu par les différents acteurs du système de santé doit être mieux mesurée afin d'améliorer ce service.

Or, cette qualité est insuffisamment reportée dans les outils de mesure actuels, tels que les résultats de la certification ou les résultats e-Satis. Les classements des meilleurs hôpitaux ne sont pas non plus un outil fiable pour avoir une idée de la qualité réelle d'un service ou d'un établissement. La pertinence des soins est un pilier fondamental permettant d'améliorer concrètement le service rendu au patient tout en améliorant la performance médico-économique de notre système de santé et la qualité de vie au travail des personnels de soin.

Les critères d'évaluation doivent prendre en compte :

- L'égalité d'accès, fondement de notre système de santé ;
- La qualité clinique des soins dispensés au patient ;
- L'expérience vécue par le patient.

En outre, au moment du développement de la médecine de parcours, il nous paraît important que la mesure de la qualité se fasse au niveau du parcours, comme cela est actuellement étudié. Il est donc fondamental que la mesure de la qualité s'étende au-delà de la structure purement hospitalière, dans un mouvement de responsabilisation partagée de l'ensemble des acteurs de santé intervenant sur le parcours du patient.

ACTIONS

Adapter la mesure de la qualité selon les critères que nous avons édictés ; soumettre tous les acteurs de santé, y compris de ville, à des objectifs de qualité de parcours.

Proposition n°11 :

S'attaquer réellement aux actes « inutiles »

Chiffres du sondage

92% des Français sont pour repérer et éviter qu'il y ait des actes inutiles ou en doublon dans le cadre de leur prise en charge.

Selon plusieurs études menées par les pouvoirs publics, les sociétés savantes, ou par la FHF, près de 30 % des actes médicaux ne seraient pas « pleinement justifiés ». Les atlas de pratique médicale révèlent des variations impressionnantes dans les taux de recours à certains actes, qui ne semblent pas toujours justifiés par des différences sociales, démographiques ou géographiques. Ces actes potentiellement inutiles sont à la fois très coûteux pour la société, présentent des inconvénients pour les patients, et risquent de réduire inutilement le temps médical.

En suivant les estimations de l'OCDE, il serait théoriquement possible de récupérer 20 à 30 % du budget de la santé sans réduire le niveau de service. Cela représente 35 voire 40 milliards d'euros. S'attaquer de façon résolue à l'immense chantier de la qualité et de la pertinence permettrait de récupérer une partie de cette somme, pour améliorer la qualité des prises en charge et le quotidien des soignants.

ACTION

Le tournant de la pertinence est indispensable. Celui-ci doit s'appuyer sur l'opportunité de la réforme du financement pour lui fournir un cadre incitatif adapté. En effet, le modèle de financement actuel est probablement assez peu adapté pour promouvoir la pertinence des soins. La T2A a eu comme effet bénéfique d'encourager à l'activité, à l'efficacité organisationnelle et au mouvement. Pour autant, elle trouve une de ses limites dans son incapacité relative à inciter à la pertinence : par exemple, renoncer à faire un acte inutile, ou faire un acte utile mais coûteux, n'est pas intéressant pour l'opérateur dans ce modèle de financement.

Il faudra donc, dans le cadre de la réforme, lier financement au parcours /à l'épisode d'un côté et financement à la qualité et à la pertinence de l'autre et ne pas les dissocier.

Encourager également les initiatives « bottom up », nécessaires et complémentaires, comme par exemple la démarche « Choisir avec soin. »

DEVELOPPER UNE POLITIQUE RESSOURCES HUMAINES AMBITIEUSE

Proposition n°12

Lancer un plan national santé et qualité de vie au travail financé hors ONDAM

Chiffres du sondage

S'il est riche, dense, passionnant, l'exercice professionnel au sein des établissements de santé est exigeant. Les acteurs des ressources humaines hospitalières sont mobilisés sur l'enjeu d'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail (QVT). Il s'agit également d'un facteur d'attractivité déterminant. Selon les résultats du troisième « Baromètre des enjeux RH » FHF-OBEA, 89% des établissements répondants ont engagé une démarche de QVT, soit une augmentation de 17 points par rapport à 2017.

Ces démarches doivent aujourd'hui être appuyées par un engagement national. En 2016, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a souhaité s'engager dans cette direction au travers de la stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'hôpital public attend cependant la concrétisation de cet engagement au moyen d'un accompagnement méthodologique et financier significatif des établissements publics, hors ONDAM.

ACTION

Pour la FHF il est temps de positionner, au niveau national, l'enjeu de la santé et de la qualité de vie au travail des professionnels comme une priorité et d'engager ainsi un plan national pour la santé et la QVT financé hors ONDAM.

Proposition n°13

Valoriser l'exercice hospitalier, médical et paramédical, faire de la mise en œuvre dans la durée d'un plan global de soutien à l'attractivité de l'exercice hospitalier doté d'un financement dédié, une priorité

Chiffres du sondage

Alors que les deux tiers des Français conseilleraient à leur enfant de travailler à l'hôpital public, ils sont près de 80% à juger insuffisantes les mesures mises en place pour rendre attractifs les métiers hospitaliers. La FHF considère que la réponse au défi du soutien à l'attractivité de l'exercice à l'hôpital public est un chantier prioritaire pour assurer l'avenir du secteur.

Le Conseil d'Administration de la FHF porte 20 pistes d'actions concrètes, articulées autour de trois axes prioritaires, qui sont autant de signaux forts à envoyer aux professionnels de santé :

- La définition de stratégies d'attractivité par les territoires ;
- La promotion de l'exercice hospitalier et sa reconnaissance. Il s'agit notamment de conforter le statut comme le fondement de l'exercice médical à l'hôpital public et d'améliorer son attractivité par la réduction de l'asymétrie des revenus et des contraintes avec l'exercice médical libéral ;
- Adapter la formation initiale et continue aux évolutions de l'exercice hospitalier.

Il est également indispensable de reconnaître le développement des compétences paramédicales, via la reconnaissance statutaire des infirmiers en pratiques avancées et la simplification des procédures permettant la mise en œuvre de protocoles de coopération.

ACTIONS

A ce titre, la FHF propose, dans la loi santé, plusieurs amendements visant : à mieux adapter les réformes pédagogiques engagées aux besoins des territoires en y associant mieux les hôpitaux ; à revaloriser le statut de praticien hospitalier ; à encadrer les écarts de rémunération en ciblant notamment l'adaptation des modalités de recours au contrat aux territoires les plus en difficulté ; et à accélérer la reconnaissance des protocoles de coopération.

MENER UNE POLITIQUE GLOBALE EN MATIÈRE DE PSYCHIATRIE À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Proposition n°14

Définir comme priorité nationale la mise en place d'une politique interministérielle ambitieuse de prise en charge globale des troubles mentaux ou psychiques impliquant l'ensemble des acteurs

Chiffres du sondage

78 % des Français souhaitent un engagement de l'ensemble des acteurs publics dans cette démarche (éducation travail santé ville).

74% des Français sont favorables à la mise en place de campagnes d'information et de sensibilisation pour dé-stigmatiser les maladies mentales.

Les troubles psychiques concernent 1 Français sur 4 au cours de sa vie et constitue une des premières causes d'hospitalisation. Bien au-delà des grandes pathologies psychiatriques, les répercussions de la souffrance psychique se traduisent par des difficultés majeures d'accès aux soins et une espérance de vie réduite de plus de 10 ans. Les besoins les plus cruciaux en matière de santé mentale ne sont pas couverts à ce jour ni dans les établissements de santé mentale ni dans le champ médico-social. Y répondre nécessite une prise de conscience des pouvoirs publics.

Construire une politique de santé mentale efficiente passe à la fois par une action territoriale attentive à l'ensemble des parcours de vie des usagers, en considérant notamment le logement et l'inclusion dans la cité habitats partagés développement des Groupes d'entraide mutuels (GEM) et également par l'amélioration de la coordination entre les acteurs de la ville de l'hôpital et du médico-social.

ACTIONS

Si la santé mentale ne se réduit pas aux établissements de santé, la FHF considère que ces derniers doivent enfin bénéficier des ressources budgétaires nécessaires en mettant fin au sous-financement chronique qu'ils subissent depuis des années. La FHF se prononce pour la mise en place de modalités de tarifications qui permettent enfin le développement de l'activité pour répondre à une demande croissante de la population sur l'ensemble des territoires et faire face à l'augmentation des situations de crise.

Il convient également de lancer des campagnes de dé-stigmatisation.

La FHF souhaite enfin que le délégué prochainement nommé soit interministériel et non ministériel au regard des enjeux globaux.