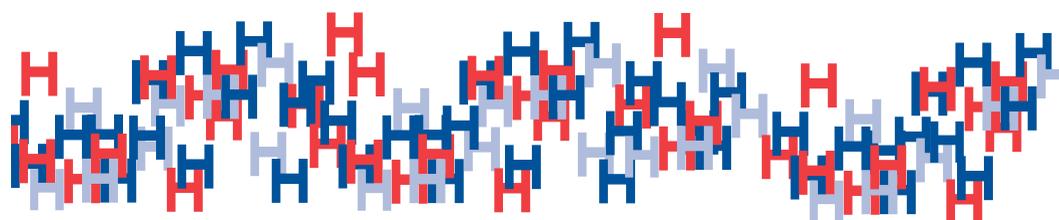


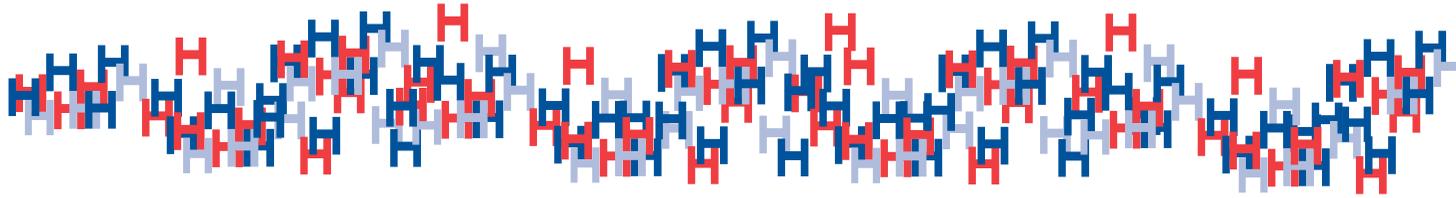
l'heure

65 propositions pour l'avenir
du service public hospitalier



ANALYSE ET PROPOSITIONS POUR L'AVENIR
DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER





Le système de santé français est reconnu au niveau mondial pour l'excellence des soins qu'il garantit à l'ensemble de la population. Pourtant, il n'a jamais été confronté à autant d'enjeux décisifs pour son avenir et qui mettent en péril sa capacité à garantir des soins de qualité à l'ensemble de la population. Les défis qui lui sont lancés sont en effet multiples.

L'exigence d'une équité dans l'accès aux soins n'a jamais été aussi grande du fait d'une meilleure information du public, alors qu'elle est menacée par des inégalités géographiques qui tendent à s'aggraver, par l'augmentation constante des coûts et par la diffusion de nouveaux modes de prise en charge des pathologies. Ces différents éléments conduisent en effet à des regroupements de moyens souvent mal ressentis par une population attachée à la proximité des professionnels.

Les évolutions démographiques associent, elles, une augmentation de la demande de soins aussi forte qu'inévitable du fait du vieillissement de la population, à la diminution pour les mêmes raisons du nombre de professionnels, qui risque d'aggraver encore la difficulté à réguler le système en multipliant les ruptures potentielles de prises en charge, et en aggravant les inégalités dans l'accès aux soins.

La maîtrise des dépenses, de plus en plus difficile dans un contexte d'augmentation des besoins et d'accélération continue du progrès médical, doit être opérée alors que la recherche de qualité et de sécurité des soins prend légitimement une plus grande importance. Les professionnels de santé sont invités à opérer d'importants efforts de productivité et appelés en même temps à mieux répondre aux attentes exprimées par les usagers. Ce qui nécessitera aussi un important effort de recherche et d'innovation dans un contexte international de plus en plus concurrentiel.

Face à ces défis, le système de santé français oppose des cloisonnements persistants d'acteurs et de logiques dont les effets sont toujours plus délétères. Malgré les efforts timides entrepris pour remédier à cette situation, on constate que le secteur hospitalier et la médecine de ville continuent à être encore gérés et pensés de manière séparée, comme les dimensions sanitaire et sociale des prises en charge. De même est-il toujours très difficile de susciter un véritable engagement de tous les acteurs dans de véritables démarches de prévention des pathologies et d'éducation à la santé.

L'hôpital, qui reste selon toutes les enquêtes le service public le plus apprécié des Français, est particulièrement confronté à ces nouveaux enjeux. Il s'est en effet construit dans notre pays autour de valeurs d'humanité et de solidarité, garantissant des soins de qualité à toute personne, quel que soit son état de santé ou sa situation sociale. Ces principes fondateurs, placés au cœur du projet collectif porté par les hospitaliers, doivent continuer à en inspirer les adaptations.

Par la qualité de ses personnels, la force de ses valeurs et sa capacité reconnue d'adaptation, il peut également jouer un rôle moteur pour répondre à ces défis. Il ne s'agit donc ici pas de défendre une vision hégémonique vouée à l'échec, mais bien de proposer une méthode d'action partagée avec les autres acteurs, au service des patients.

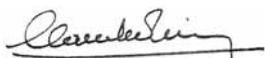
Mais cette réponse ne sera possible qu'à condition de disposer d'une vision claire et partagée de l'organisation du système de santé, adaptée à ces enjeux, et de se doter des outils de pilotage et de régulation en adéquation avec elle.

Elle implique également que la concurrence entre hôpitaux publics et cliniques privées dans le cadre d'un financement presque entièrement socialisé, qui est une des spécificités françaises, puisse s'exercer à l'avenir de manière équitable et équilibrée.

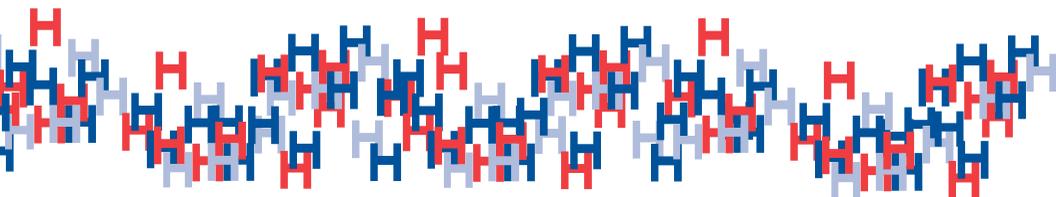
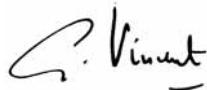
Elle exige enfin que l'hôpital se voie conforté dans sa capacité d'action, afin que les marges d'autonomie qui lui ont été ouvertes par la réforme de son organisation interne puissent lui permettre de trouver les ressources du changement.

C'est à ces conditions que pourra être construit demain le service public de santé que les Français attendent.

Claude Évin
Président



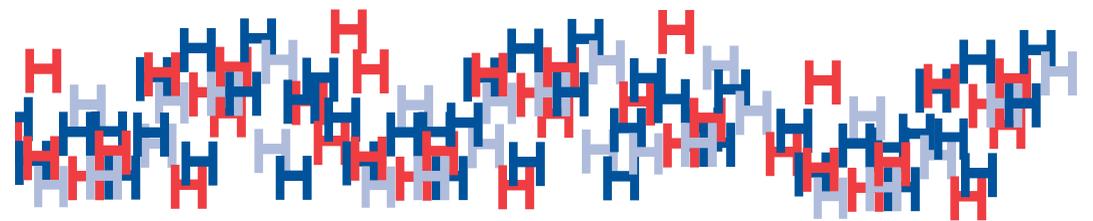
Gérard Vincent
Délégué Général



Sommaire

1 Une offre au service du parcours de soins des patients.....	7
1.1 UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ORGANISÉ DE MANIÈRE GRADUÉE DANS CHAQUE TERRITOIRE.....	8
Des sites de proximité garant d'une prise en charge efficace	
Des établissements disposant d'une offre de spécialités médicales, de chirurgie, et d'obstétrique	
Des centres de référence identifiés	
1.2 UN PARCOURS DE SOINS PLUS COHÉRENT.....	11
Rendre accessibles les informations médicales	
Encourager et développer la télémédecine	
Garantir le transfert des patients	
1.3 UNE PLUS GRANDE COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS D'UN MÊME TERRITOIRE.....	13
Valoriser l'organisation en réseau de santé	
Mobiliser toutes les compétences pour assurer la permanence des soins et la prise en charge des urgences	
Disposer d'une organisation capable de faire face à un afflux de victimes	
2 Une offre de soins mieux adaptée aux besoins de la population.....	15
2.1 FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.....	16
Reconnaître la spécificité de la prise en charge des personnes âgées	
Accompagner l'évolution des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux	
Encourager la recherche et l'innovation dans le domaine du grand âge	
2.2 DISPOSER DES RESSOURCES HUMAINES NÉCESSAIRES.....	19
Valoriser les métiers hospitaliers	
Alléger les conditions de recrutement et évaluer les pratiques	
Assurer une meilleure répartition géographique des médecins	
2.3 DYNAMISER LA FORMATION ET LA RECHERCHE CLINIQUE.....	22
Repenser les études médicales et adapter les terrains de stages	
Optimiser le recrutement des hospitalo-universitaires	
Dynamiser la recherche clinique et l'innovation	
3 Les trois conditions de la réussite.....	25
3.1 L'HOPITAL ACTEUR DE SA PROPRE RÉFORME.....	26
Définir une stratégie hospitalière publique de groupe	
Investir dans l'accompagnement du changement	
Expérimenter de nouvelles formes d'organisation	
3.2 LES USAGERS ACTEURS DE LEUR PARCOURS DE SOINS.....	28
Améliorer l'information sur l'offre de soins	
Encourager la formation des usagers	
Favoriser la participation des usagers à l'organisation de l'offre de soins	
3.3 UN PILOTAGE COHÉRENT DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	30
Clarifier les responsabilités des acteurs	
Assurer l'équité dans la répartition des ressources	
Confier au niveau régional le pilotage de la politique de santé	

1 Une offre au service du parcours de soins des patients



L'organisation de l'habitat en grands pôles urbains avec une forte croissance des zones péri-urbaines, la multiplicité des expertises requises pour réaliser certains actes diagnostiques et thérapeutiques, la nécessité de concentrer les ressources professionnelles et techniques rares, le besoin d'une activité minimale pour garantir la qualité des pratiques conduisent à approfondir et consolider la gradation de l'offre de soins.

1.1 UN SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ORGANISÉ DE MANIÈRE GRADUÉE DANS CHAQUE TERRITOIRE

On observe depuis plusieurs années l'émergence d'un modèle d'organisation fondé sur trois niveaux : l'accueil de proximité, le pôle de recours et, entre les deux, un plateau technique disposant d'une offre chirurgicale, obstétricale, médicale et de réanimation.

Pour chaque niveau, l'Hôpital public est et demeure un élément structurant. Ainsi, il doit démontrer sa capacité à rassembler l'ensemble des compétences autour d'un plateau technique approprié aux besoins du territoire desservi et aux missions qui lui sont fixées.

/// Des sites de proximité garant d'une prise en charge efficace

L'hôpital public doit s'inscrire pleinement dans les parcours de soins en favorisant l'émergence de réseaux de santé pluridisciplinaires, mais également en articulant les compétences sanitaires et les interventions sociales et médico-sociales. Cette mission qui s'effectue au plus près du domicile des patients s'organise sous la forme d'une plateforme permettant aux usagers et aux professionnels de santé de réaliser, dans les meilleures conditions, des parcours de soins adaptés.

Ce niveau de premier recours permet à tout citoyen de bénéficier d'un accueil, d'une prise en charge de première intention, en urgence ou de façon programmée, et d'une orientation préparée soit vers un niveau de technicité supérieur quand la nécessité en est établie, soit vers les professionnels de santé ou médico-sociaux du territoire quand c'est utile.

L'établissement dispose (en propre ou en partenariat avec la médecine de ville) d'un plateau technique permettant la réalisation d'actes médico-techniques de base (biologie, imagerie), d'unités d'hospitalisation pour remplir pleinement ses missions en médecine, gériatrie et soins de suite. Il offre aux intervenants à domicile la possibilité de bénéficier de stages pertinents, est investi pleinement dans les programmes d'éducation thérapeutique et participe aux politiques de prévention et de dépistage.

Le service public hospitalier est assuré par la coordination autour de cette plateforme :

- des professionnels du territoire, et au premier chef des médecins généralistes qui constituent le « point d'entrée » dans le système de soins ;
- des services de proximité comme la psychiatrie de secteur ;
- des services d'addictologie ;
- des services d'HAD et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- des consultations spécialisées avancées en partenariat avec les plateaux médico-techniques ;
- des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- des services à la personne.

L'établissement organise avec eux la permanence des soins de proximité (soins, actes techniques et diagnostiques) et l'accompagnement des personnes. Il s'investit dans le

développement des soins en dehors de l'hôpital. Il constitue le véritable pivot d'une offre de services intégrés, dédiée aux personnes malades, vulnérables ou handicapées, quel que soit leur âge. Il permet aux patients de s'impliquer dans leur parcours de soins grâce aux formations qu'ils y trouvent.

L'accès de l'ensemble des acteurs de cette plateforme de service aux technologies numériques et aux réseaux à haut débit permet de les relier facilement entre eux, estompant ainsi les frontières entre ville et hôpital, entre sanitaire et médico-social.

Propositions *

- ◆ Promouvoir des « maisons de santé » (ou plateforme de services) chargées de la permanence des soins mais aussi de la prévention, de l'éducation à la santé, de l'accompagnement social et médico-social. L'ensemble de ces missions de proximité pourront être assurées par tout professionnel de santé. Les maisons médicales de garde seront intégrées ou adossées à ces « maisons de santé ». Le dispositif sera financé dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens. (Proposition n° 2)
- ◆ Inciter les professionnels de santé libéraux à s'intégrer dans les « maisons de santé » par des mesures fiscales et conventionnelles. (Proposition n° 3)
- ◆ Former les acteurs du parcours de soins, professionnels et patients, à l'usage des nouvelles technologies numériques. (Proposition n° 8)

/// Des établissements disposant d'une offre de spécialités médicales, de chirurgie, et d'obstétrique

Il est essentiel de disposer dans chaque territoire de santé d'au moins un établissement public qui offre un plateau technique adapté aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et de réanimation.

Cet établissement, qui peut être hospitalo-universitaire, reçoit et traite les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales compatibles avec son niveau d'équipement. Il est situé à la jonction entre les sites de proximité pour lesquels il assure des consultations avancées et les centres de référence à qui il confie la réalisation d'actes qui mobilisent des ressources rares et des compétences spécialisées. Il participe avec les équipes de proximité à des actions d'éducation pour la santé et des actions de prévention, met à leur disposition ses spécialistes en utilisant le cas échéant les équipements de télémédecine, et s'associe aux centres de référence pour les missions de recherche, d'innovation et d'enseignement.

Afin d'assurer la disponibilité des compétences, la qualité des soins et leur efficacité, et de mieux coordonner leur offre, les hôpitaux concernés doivent s'organiser lorsque cela est nécessaire sous forme de groupement d'établissements publics de territoire. Si la population desservie ne permet pas la coexistence de deux plateaux techniques, le regroupement des équipes publiques et privées sur un site unique peut permettre aux hospitaliers et aux libéraux de travailler ensemble autour d'un projet commun.

* La numérotation de ces propositions reprend l'ordre retenu dans la synthèse publiée par la FHF : "L'heure H - Un projet pour améliorer la santé et garantir l'accès aux soins pour tous". Téléchargeable sur www.fhf.fr

Propositions

- ◆ Mettre en place un « bouclier de service public ». Quelque soit le territoire dans lequel il vit, tout patient doit avoir accès à des prestations assurées dans le respect du service public (tarifs conventionnels et permanence des soins) y compris lorsqu'elles sont assurées exclusivement par un établissement privé. (Proposition n° 1)
- ◆ Encourager les établissements hospitaliers et médico-sociaux à s'organiser en un ou plusieurs groupements de coopération porteurs du projet de service public hospitalier du territoire, en associant les établissements de référence et de recours nécessaires (CHU et CH les plus importants). (Proposition n° 8)
- ◆ Affirmer la spécificité du statut d'établissement public de santé (EPS) pour faciliter le recrutement contractuel des cadres présentant des compétences particulières (ingénieurs, financiers, hôteliers...). (Proposition n° 49)

/// Des centres de référence identifiés

Les progrès scientifiques conduisent inexorablement vers la constitution de plateaux de haute technologie de plus en plus coûteux. La rationalisation des équipements et des ressources suppose que l'intervention des patients dans le parcours de soins soit préparée en amont et en aval, avec le niveau de proximité et les plateaux techniques de médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation. La nécessité d'identifier clairement des centres de référence s'est imposée au cours des dernières années pour des pathologies qui mobilisent un plateau technique très lourd (neurochirurgie, traitement des grands brûlés...), ou dans des domaines comme les maladies rares (la mucoviscidose, la sclérose latérale amyotrophique...).

Les innovations organisationnelles, l'animation des réseaux et l'intégration de la prévention trouvent souvent leur source dans des équipes structurées autour de projets hospitalo-universitaires. Leur diffusion doit être favorisée par une coopération renforcée avec les autres établissements, mais également par une organisation en inter régions et une répartition multipolaire des centres de référence et de recours sur le territoire, seules susceptibles d'attirer les professionnels concernés et de les répartir en unités de taille suffisante pour que les équipes soient attractives et reconnues au plan international.

Proposition

- ◆ Développer les innovations : mettre en place des coopérations interrégionales, voire transfrontalières, et construire une cartographie des centres de référence et de recours qui tienne compte du tissu démographique et sanitaire. Les centres de recours bénéficieront d'un financement spécifique dans le cadre d'un contrat pluriannuel. (Proposition n° 10)

1.2 UN PARCOURS DE SOINS PLUS COHÉRENT

Au sein d'une organisation dans laquelle sont susceptibles d'intervenir une multiplicité de professionnels du secteur sanitaire et médico-social, le parcours de soins ne doit pas se traduire par une suite de ruptures et de reprises, touchant des personnes fragiles. Le grand âge s'accompagne en effet souvent d'un état médical instable, propice à des décompensations et à des maladies multiples établies sur un registre chronique, auxquelles s'ajoute la perte d'autonomie. Il est indispensable d'éviter que la diversité des intervenants ne complique le parcours de soins de ces patients.

Les établissements publics doivent donc développer des modes de prise en charge adaptés, dans une logique de réseau. Afin d'assurer la fluidité de ces prises en charge, il faut tout à la fois organiser les transferts et faire adhérer chaque patient au parcours de soins qui lui est proposé. L'hôpital doit dans les deux cas participer activement à la coordination des interventions nécessaires.

/// Rendre accessibles les informations médicales

Il s'agit, quand c'est possible, de déplacer les informations plutôt que les personnes. Le dossier médical personnel et partagé est au centre du système visé, car il permet de situer l'action diagnostique et thérapeutique dans le cadre d'une prise en charge d'ensemble, il est indispensable à l'évaluation des pratiques. La double action des Agences régionales de santé publique (ARSP) et des établissements permettra son déploiement cohérent et généralisé entre structures de soins, car un effort considérable doit être poursuivi afin de l'intégrer dans la logique des réseaux de santé.

Proposition

- ◆ Systématiser l'usage du Dossier Médical Personnel (son usage sera inscrit dans le référentiel des bonnes pratiques). (Proposition n° 27)

/// Encourager et développer la télémédecine

Les potentialités des nouvelles technologies de l'information et de la communication sont aujourd'hui reconnues. La télémédecine est une source de confort évitant les déplacements inutiles et un outil de partage des connaissances permettant de rompre l'isolement professionnel. Elle peut jouer un rôle majeur dans le processus de réorganisation de l'offre de soins, sous réserve que l'acte intellectuel pratiqué à distance soit reconnu.

Proposition

- ◆ Encourager les pratiques de télémédecine en valorisant les prestations réalisées à distance (inscription dans la Classification Commune des Actes Médicaux - CCAM). Ces actes recouvrent la télé-expertise, la télé-consultation, la télé-surveillance et la télé-assistance, pratiquées à la maison ou à l'hôpital. (Proposition n° 29)

/// Garantir le transfert des patients

La restructuration des plateaux techniques doit s'accompagner d'un effort de réorganisation et de développement des transports sanitaires, afin de prévenir tout risque de perte de chance. Ceci concerne non seulement les transports terrestres, mais également hélicoptérés dont la disponibilité est un facteur de sécurité pour les patients et qui engendre des coûts moins importants que l'éclatement des structures de permanence chirurgicale.

Des schémas nationaux et régionaux de transports sanitaires terrestres et hélicoptérés doivent établir et garantir l'accessibilité continue aux soins requis, dans le cadre de la nécessaire gradation des établissements et services de soins. Le caractère stratégique des prestations de transport sanitaire impose de considérer celles-ci comme une véritable « concession de service public » à négocier contractuellement avec les opérateurs de transports sanitaires.

Proposition

Organiser les transports sanitaires, en associant contractuellement les opérateurs de transport sanitaire, dans le cadre d'un volet spécifique des SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire). (Proposition n° 5)

1.3 UNE PLUS GRANDE COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS D'UN MÊME TERRITOIRE

L'offre de soins est plurielle tant par la nature de ses intervenants que par le statut de ceux-ci au cours d'une même prise en charge. La qualité du parcours de soins est directement dépendante de la coordination de ces interventions.

/// Valoriser l'organisation en réseau de santé

Les réseaux sont bâtis sur une double ambition. La première est la prise en charge globale et continue du malade, via notamment le décroisement entre la ville et l'hôpital. La seconde est la recherche de la qualité médicale par la mise en place et l'amélioration de protocoles de soins. La coordination et la formation des acteurs à l'usage du dossier médical personnel sont donc indispensables.

Afin de favoriser les interventions communes aux professionnels de santé de statuts différents à travers les groupements de coopération ou les réseaux de santé, il convient de mettre en œuvre une convergence contractuelle et progressive des modes d'exercice et de rémunération.

Proposition

Permettre à tout professionnel de santé, libéral ou hospitalier, de signer un « contrat de service public de santé » avec un hôpital ou un groupe d'établissements publics, contrat qui définira ses missions, ses modalités d'exercice et de rémunération. (Proposition n° 7)

/// Mobiliser toutes les compétences pour assurer la permanence des soins et la prise en charge des urgences

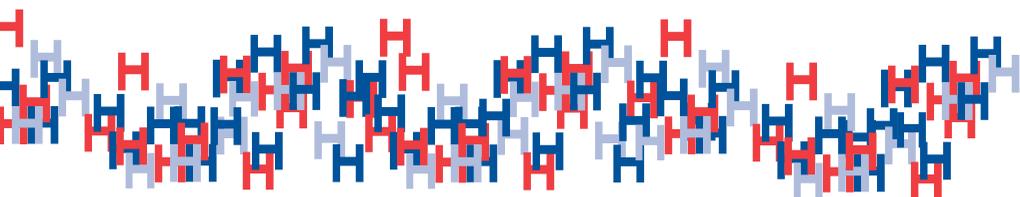
L'organisation de la permanence des soins illustre la nécessité d'un pilotage unifié de l'offre de soins.

L'hôpital est en effet l'acteur majeur de la prise en charge des situations qui mettent potentiellement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel. Il s'organise déjà avec d'autres partenaires (services d'incendie et de secours, transporteurs sanitaires privés) pour l'acheminement de patients.

La permanence des soins de la médecine ambulatoire est souvent aléatoire et l'hôpital est largement sollicité. Les maisons médicales de garde devront être adossées aux établissements.

Il convient enfin de prendre en compte la participation des transports sanitaires (cas de la mobilisation d'un transporteur qui constate l'absence de besoin de déplacement de personnes).

Aujourd'hui, force est de constater les aberrations induites par un double pilotage : celui du ministère de la santé qui définit une politique générale, et celui de l'assurance



maladie, interlocuteur exclusif des libéraux et des transports sanitaires, qui promeut par ses choix financiers des organisations n'entrant pas dans la politique du ministère (voir rapport IGAS, 5 avril 2006).

Propositions

- ◆ Mettre en place une régulation médicale unique ville-hôpital par territoire couvert par un SAMU (le plus souvent le département) et encourager la participation des médecins libéraux à la régulation des appels et à leur traitement par le biais du contrat de service public de santé. (Proposition n° 25)
- ◆ Conditionner le conventionnement des médecins libéraux avec les Agences Régionales de Santé Publique à leur participation aux missions de service public et notamment à la permanence des soins. (Proposition n° 9)

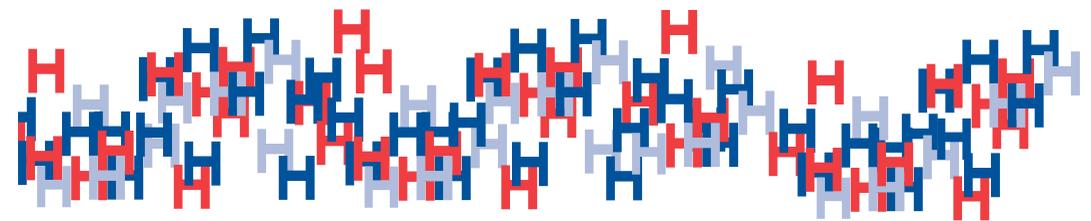
/// Disposer d'une organisation capable de faire face à un afflux de victimes

Epidémies, catastrophes naturelles, terrorisme nécessitent une mobilisation solidaire de la communauté soignante dans un cadre qui dépasse souvent nos frontières. Il s'agit d'une mission de service public, avec le risque de survenues de plus en plus fréquentes, dont il convient de prendre en compte toutes les dimensions.

Proposition

- ◆ Identifier et financer les organisations et les capacités en lits permettant de répondre aux obligations de permanence des soins (en période estivale par exemple) et aux crises sanitaires. Associer les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux à la préparation des plans de crise. (Proposition n° 26)

2 Une offre de soins mieux adaptée aux besoins de la population



2.1 FAIRE FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Les projections démographiques, quelles que soient les hypothèses raisonnables retenues, concluent à l'accélération du vieillissement démographique.

En France, l'augmentation la plus spectaculaire concerne les plus de 75 ans et la proportion de cette tranche d'âge va croître plus vite que la population générale :

- entre 2000 et 2010 la population des personnes de 75 à 84 ans augmentera de plus de 1 million, celle des plus de 85 ans de près de 280 000 ;
- entre 2000 et 2030, l'effectif des 75 ans et plus passera de 4,2 millions à 8,3 millions des personnes et celui des 85 ans ou plus de 1,2 à 2,4 millions.

Pour des personnes âgées de 75 et de 85 ans, l'espérance de vie moyenne est respectivement de 13 et 6,5 ans chez la femme et de 10,1 et 5,2 ans chez l'homme¹.

On constate aujourd'hui que les dix dernières années de la vie sont vécues avec des incapacités fonctionnelles résultant d'affections chroniques dont l'apparition augmente avec l'âge.

L'objectif de notre système de santé doit être de diminuer cette période d'incapacité et d'offrir à ces personnes des prises en charge adaptées.

/// Reconnaître la spécificité de la prise en charge des personnes âgées

Afin de permettre aux personnes âgées de sortir rapidement de l'hôpital, les places d'aval doivent être multipliées et adaptées. La médicalisation doit permettre d'apporter une réponse à un besoin de soins sur le lieu de vie et de fluidifier le parcours de la personne âgée au sein de la filière gériatrique.

Les établissements d'accueil doivent s'organiser pour répondre à l'accompagnement et aux soins des personnes âgées grâce à un personnel médical et paramédical formé aux spécificités de la gériatrie. Celui-ci doit être en nombre suffisant pour prendre en charge des personnes âgées polypathologiques, afin d'éviter de les adresser à l'hôpital à chaque épisode aigu d'une maladie. Ils doivent être également en mesure d'assurer un accompagnement social de qualité, en particulier un projet de vie adapté pour les personnes atteintes de troubles cognitifs.

Propositions

- ◆ Organiser une « filière gériatrique » dans les établissements disposant d'un service d'urgence, pour concrétiser une prise en charge spécifique des personnes âgées tout au long de leur parcours de soins qu'il s'effectue en hospitalisation complète, partielle ou sous forme ambulatoire. (Proposition n° 57)
- ◆ Disposer d'une équipe mobile de gériatrie, adossée à une unité de court séjour gériatrique, à vocation interne et externe, dans tous les établissements avec un service d'urgence. (Proposition n° 58)

1. Chiffres et projections INSEE, rapport public du 23 mai 2006.

/// Accompagner l'évolution des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Sur la base des données démographiques évoquées, connaissant le recours des populations âgées à l'offre hospitalière actuelle, la rationalisation de l'organisation de leur prise en charge devra s'accompagner d'une augmentation rapide des capacités d'accueil.

En ce qui concerne le court séjour gériatrique, les besoins estimés sont de 1 lit pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, ce qui suppose créer d'ici 2012, 1 000 lits² qui viendront s'ajouter aux lits de médecine existants, dont une bonne part nécessiteront des adaptations. Sont à prévoir également des capacités d'hospitalisation de jour gériatrique (pour diagnostic, bilan et suivi) estimées à 0,5 place pour 1 000 habitants de plus de 75 ans.

Dans le même temps, le besoin en lits de soins de suite et de réadaptation gériatrique est évalué dans une fourchette comprise entre 3 000 et 6 000 lits (3 à 8 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) et les unités de soins longue durée (7 à 12 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus) doivent être adaptées aux pathologies et handicaps dominants, en particulier les affections démentielles avec troubles psycho-comportementaux.

En outre, la diversité des situations locales impose d'innover au quotidien pour mettre en œuvre des organisations susceptibles de répondre à l'évolution différenciée des besoins, ainsi qu'au maintien à domicile dans de bonnes conditions. Ce qui passe par une politique dynamique d'investissement dans le secteur sanitaire et médico-social.

Propositions

- ◆ Fixer aux Agences Régionales de Santé Publique des objectifs quantitatifs et qualitatifs de développement de l'offre sanitaire et médico-sociale dédiée aux personnes âgées. (Proposition n° 60)
- ◆ Moderniser le parc immobilier des établissements publics hébergeant des personnes âgées dépendantes. Ces travaux seront financés par la suppression de la taxe sur les salaires. (Proposition n° 56)
- ◆ Constituer des plate-formes de services dédiées au grand âge grâce à des partenariats entre collectivités territoriales, des associations et des établissements publics sanitaires et médico-sociaux et favoriser la participation des conseils généraux à l'investissement des établissements habilités à l'aide sociale. (Proposition n° 61)

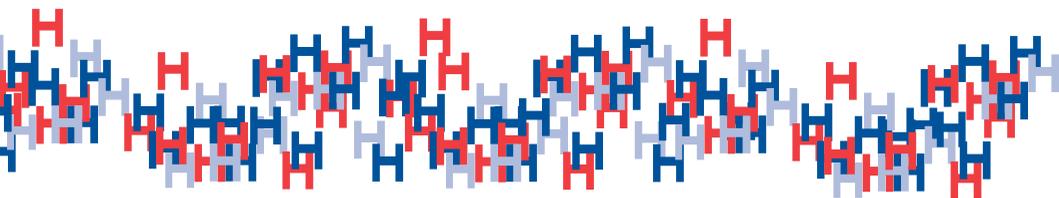
2. « Un programme pour la gériatrie » par C. Jeandel, P. Pfitzenmeyer, P. Vigouroux, avril 2006.

/// Encourager la recherche et l'innovation dans le domaine du grand âge

La maladie d'Alzheimer, par sa forte prévalence, focalise les efforts de recherche et structure les réseaux. Elle implique également de favoriser une prise en charge globale de patients souvent atteints de polyopathie.

Proposition

- ◆ Développer l'effort de recherche dans le domaine du vieillissement et des prises en charge des pathologies du grand âge. (Proposition n° 59)



2.2 DISPOSER DES RESSOURCES HUMAINES NÉCESSAIRES

Les seuls établissements publics de santé emploient près d'un million de personnes, dont plus de cent mille médecins. Or, le vieillissement de la population aura pour conséquence d'augmenter fortement la demande de soins adressée aux établissements. Ceux-ci vont donc être confrontés à la fois :

- à un départ massif des agents actuellement en poste (en 2020, 40 % des agents de la fonction publique hospitalière actuellement en poste auront cessé leur activité) ;
- à un élargissement du champ des compétences requises ;
- à une concurrence avec les autres entreprises pour le recrutement des professionnels.

L'hôpital doit donc relever deux défis majeurs : anticiper ce choc démographique et créer les conditions d'un travail en synergie avec l'ensemble des professionnels de santé.

/// Valoriser les métiers hospitaliers

Certains discours corporatistes véhiculent une image misérabiliste des métiers hospitaliers, alors que la majorité des professionnels retirent satisfaction et fierté de leur travail. Nos établissements permettent en effet d'exercer une grande variété de métiers au cours d'une vie professionnelle.

Cette mobilité professionnelle, mieux gérée qu'actuellement, peut être source d'une vraie attractivité, en particulier vis-à-vis des jeunes. L'apprentissage, l'élargissement des compétences sur la base d'un volontariat et un engagement contractuel individualisé offrent des opportunités de parcours professionnels « à la carte », ainsi qu'une alternative à la promotion par le diplôme initial.

Une action de promotion des métiers à l'hôpital et en établissements médico-sociaux, efficace, pluriannuelle et coordonnée entre les différents acteurs, est à conduire afin d'inciter un nombre suffisant de personnes à rejoindre nos équipes.

Propositions

- ◆ Développer une politique de promotion et de valorisation des métiers de la santé. (Proposition n° 47)
- ◆ Redéfinir le contour des métiers (revoir le décret de compétence) en favorisant le partage des tâches et en créant de nouveaux métiers. (Proposition n° 41)
- ◆ Définir un programme ambitieux de qualification et de promotion professionnelle et d'amélioration des conditions de travail. (Proposition n° 44)
- ◆ Instaurer des aides à la transition professionnelle : conseil en gestion de carrière, bilan de compétences et propositions de formation adaptées. (Proposition n° 43)

Intégrer la Fédération Hospitalière de France, en sa qualité de représentante des employeurs, dans les négociations statutaires menées par l'Etat ou les collectivités territoriales. (Proposition n° 45)

Se doter d'un dispositif d'observation de la démographie des professions de santé au niveau régional et diffuser le résultat de ses travaux. (Proposition n° 40)

/// Alléger les conditions de recrutement et évaluer les pratiques

Le statut d'établissement public administratif, confirmé par la loi de 1991 sous le terme d'établissement public de santé, ne permet plus à ce jour aux établissements, de s'adapter à l'environnement rapidement évolutif et concurrentiel dans lequel ils évoluent. La réactivité nécessaire au recrutement des compétences est freinée par des règles statutaires trop rigides.

La logique de responsabilisation qui a présidé à la réforme des règles de gouvernance de nos établissements devra être menée à son terme et ceux qui assument la responsabilité de l'organisation doivent être ceux qui recrutent.

Enfin, tout progrès suppose un retour sur l'existant, une analyse sans concession de celui-ci, une réflexion sur les modalités d'amélioration possibles et une détermination pour corriger les dysfonctionnements. C'est l'ensemble des pratiques professionnelles exercées dans nos établissements qui sont concernées : médicales, soignantes et managériales. Dans le souci d'une nécessaire cohérence d'action entre les acteurs du parcours de soins, l'évaluation des pratiques doit répondre à un référentiel unique pour l'ensemble des professionnels de santé, et la formation continue doit s'appuyer sur l'évaluation des pratiques.

Ces évolutions statutaires doivent s'accompagner d'une grande transparence des décisions prises par les responsables hospitaliers.

Propositions

Affirmer la spécificité du statut d'EPS pour faciliter le recrutement contractuel des cadres présentant des compétences particulières (ingénieurs, contrôleurs de gestion, hôteliers...). (Proposition n° 49)

Alléger les procédures de recrutement des médecins par les établissements. Le directeur et le président de la CME doivent être responsables du recrutement du médecin, par ailleurs nommé au niveau national, conformément à un profil de compétences défini par le conseil exécutif de l'établissement (avec une possibilité de recours au niveau national en cas de conflit). (Proposition n° 48)

Généraliser les pratiques d'évaluation à l'ensemble des professionnels hospitaliers. (Proposition n° 50)

/// Assurer une meilleure répartition géographique des médecins

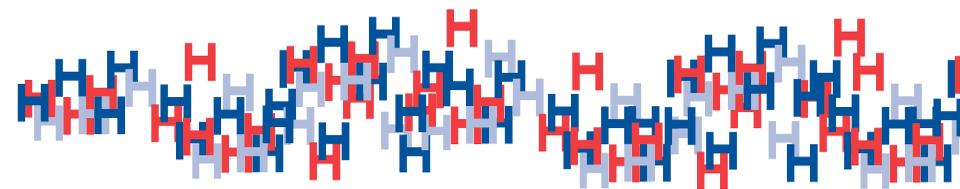
« Si la désertification médicale est aujourd'hui très limitée, il existe un risque sérieux pour demain »³. Les outils de pilotage de la démographie médicale ont été trop longtemps négligés et l'absence de régulation de l'installation des médecins en ville est source d'inégalités dans l'accès aux soins. Les mesures incitatives prises à ce jour n'ont pas démontré leur efficacité. Des expérimentations doivent être conduites sur de nouvelles bases, avant une évaluation et une éventuelle généralisation au niveau national. Les nouvelles règles adoptées devront être connues par les étudiants au moment de leur choix de spécialité.

Propositions

Se doter d'un dispositif d'observation de la démographie des professions de santé au niveau régional et diffuser le résultat de ses travaux. (Proposition n° 40)

Limiter le conventionnement de nouveaux médecins dans les territoires où l'offre est jugée suffisante par les schémas régionaux de l'offre de soins qui couvriront désormais l'ensemble de l'offre de soins. (Proposition n° 4)

Transformer les épreuves classantes nationales (ECN) en épreuves interrégionales et développer une politique sociale et financière qui favorise la mobilité des internes entre les divers terrains de stage. (Proposition n° 37)



3. Rapport de la commission démographie médicale présenté par le Professeur Yvon Berland, 20 mai 2005.

2.3 DYNAMISER LA FORMATION ET LA RECHERCHE CLINIQUE

L'excellent niveau du système hospitalier français, reconnu internationalement, doit être préservé, et il est nécessaire pour cela de mobiliser conjointement hôpital et université, afin de s'adapter rapidement à un environnement national et international complexe, instable et concurrentiel. Les centres hospitaliers et universitaires, par leurs missions de recherche, d'innovation et d'enseignement sont au carrefour de ces enjeux déterminants pour l'avenir du service public hospitalier.

/// Repenser les études médicales et adapter les terrains de stages

L'hyper spécialisation des disciplines médicales est un facteur de rigidité de l'offre de soins. Elle complique les éventuelles restructurations, et apparaît souvent inadaptée à l'exercice sur le terrain des compétences acquises.

La réforme LMD, même difficile à appliquer aux études médicales telles qu'elles sont conçues aujourd'hui, est une opportunité pour repenser les cursus de formation de l'ensemble des professionnels de santé.

Parallèlement, l'augmentation récente du numerus clausus va se traduire prochainement par une demande accrue de terrains de stages et de formateurs. Certaines spécialités sont en effet exercées aujourd'hui majoritairement dans les établissements privés, qui souhaitent participer à la formation des internes.

Propositions

- ◆ En lien avec les responsables universitaires, à l'occasion de la réforme LMD, faciliter les passerelles entre les différents métiers de la santé. (Proposition n° 42)
- ◆ Simplifier les onze filières de formation de l'internat en substituant aux onze filières actuelles cinq ou six filières : médecine, chirurgie, psychiatrie, médecine générale, recherche biomédicale... (Proposition n° 36)
- ◆ Définir précisément le cahier des charges des stages et leurs modalités d'évaluation par les équipes hospitalo-universitaires. (Proposition n° 38)
- ◆ Aligner le financement de la formation médicale continue sur celui des autres personnels hospitaliers. (Proposition n° 39)

/// Optimiser le recrutement des hospitalo-universitaires

Les nominations hospitalo-universitaires sont aujourd'hui influencées par des considérations essentiellement universitaires. Le rapprochement des CHR et de l'Université dans le cadre de contrats quadriennaux constitue un progrès sensible dans les procédures d'ajustement entre les missions spécifiquement universitaires des CHU et leurs missions de soins. Ces missions ne s'opposeront pas entre elles si elles s'articulent autour de projets identifiés et validés, permettant une cohérence des approches de

recrutement. Les postulants doivent être auditionnés non seulement sur leur projet de recherche, comme actuellement, mais aussi sur leur projet hospitalier.

Proposition

- ◆ Synchroniser les engagements entre les CHU, les facultés et les universités autour d'un projet commun au contrat quadriennal de l'université et au contrat d'objectif et de moyen des CHU. Intégrer les profils de compétences nécessaires à la réalisation des programmes d'enseignement et de recherche dans les contrats cosignés par l'Université et le CHR. (Proposition n° 64)

/// Dynamiser la recherche clinique et l'innovation

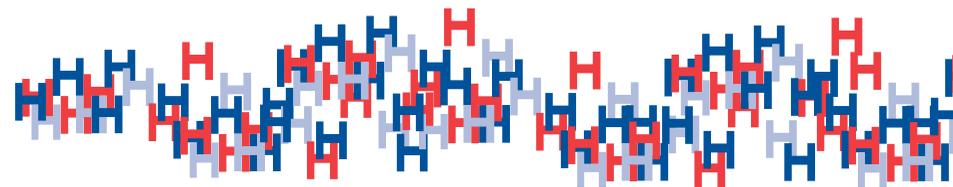
La loi d'orientation et de programmation sur la recherche, l'installation de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR), la création d'une Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement supérieur (AERES) et celle du comité national de coordination de la recherche (CNCR) sont susceptibles de restructurer significativement le paysage dans lequel s'inscrivent les CHU.

La recherche clinique, lien indispensable entre la recherche fondamentale et l'innovation thérapeutique, ne peut être dissociée d'un environnement scientifique, industriel et économique. Ses financements multiples (PHRC, MERRI, budgets « recherche » portés par l'Université et les EPST, appels d'offre d'instituts spécialisés de type INCA, industrie pharmaceutique...) demandent à être consolidés autour d'une stratégie de recherche, organisée par programmation pluriannuelle et portée par les CHR et l'université.

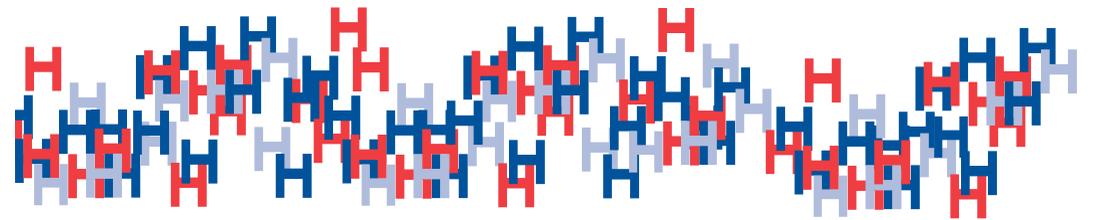
Ce contexte doit inciter les CHU à s'inscrire rapidement dans la constitution des futurs pôles de recherche et d'enseignement supérieur (PRES).

Propositions

- ◆ Constituer des équipes mixtes associant universitaires, hospitaliers et industriels au sein d'établissements publics de coopération scientifique (EPCS) et intégrer les CH dans les pôles de recherche et d'enseignement supérieur. (Proposition n° 62)
- ◆ Consolider le cadre inter-régional de la recherche pour répondre efficacement aux appels d'offre européens. (Proposition n° 63)
- ◆ Généraliser une politique d'évaluation systématique des projets de recherche par l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur. (Proposition n° 65)



3 Les trois conditions de la réussite



3.1 L'HÔPITAL ACTEUR DE SA PROPRE RÉFORME

L'environnement médical et scientifique dans lequel les établissements évoluent est marqué par la compétition, tant locale que nationale. Au plan local, de nombreux établissements privés développent une stratégie de groupe, face à laquelle le service public hospitalier oppose trop souvent un morcellement de ses initiatives, qui s'est traduit par une situation dominante des cliniques en chirurgie courante sur un grand nombre de territoires.

En matière de médecine de pointe, de recherche et d'innovation, la compétition devient européenne voire internationale. Le risque est grand de voir les praticiens les plus motivés développer leur projet professionnel en dehors de l'hôpital public.

De manière générale, pour tous les établissements, quelle que soit leur taille, il s'avère de plus en plus difficile de recruter les compétences nécessaires au développement de l'ensemble du service public hospitalier dans ses différentes dimensions : soins, recours, références, recherche, enseignement. La réglementation actuelle oppose au dynamisme des projets des procédures de recrutement inadaptées, sans valeur ajoutée démontrée, ce qui est un facteur de découragement de nombreuses équipes.

/// Définir une stratégie hospitalière publique de groupe

La logique de seuil d'activité qui s'impose à la fois au titre de la qualité, de la démographie professionnelle et de l'efficacité économique fragilise un service public hospitalier aujourd'hui trop morcelé. Cette fragilité est accentuée par une politique volontariste de regroupement des établissements privés.

Proposition

- Encourager les établissements hospitaliers et médico-sociaux à s'organiser en un ou plusieurs groupements de coopération porteurs du projet de service public hospitalier du territoire, en associant les établissements de référence et de recours nécessaires (CHU et CH les plus importants). (Proposition n° 8)

Afin de mener à bien leur réorganisation interne, et de permettre aux responsables d'établissements d'assumer leurs responsabilités, il est indispensable de garantir une visibilité budgétaire minimale, aujourd'hui bien difficile du fait de la mise en œuvre progressive de la réforme de la tarification à l'activité et de la variation des tarifs.

Même si le cadre juridique annuel du PLFSS limite les possibilités d'engagements pluriannuels, il est nécessaire de sécuriser les engagements pris.

Propositions

- Clarifier et rendre plus transparentes les conditions de mise en œuvre de la tarification à l'activité. (Proposition n° 52)
- Donner aux établissements, dans un cadre contractuel, une visibilité budgétaire à un horizon d'au moins quatre ans sur l'ensemble des enveloppes hors tarifs (les missions d'intérêt général et l'investissement stratégique). (Proposition n° 51)

/// Investir dans l'accompagnement du changement

Une chose est de comprendre les grandes mutations de notre système de santé, de les analyser et d'identifier de nouvelles organisations mieux adaptées aux missions du service public hospitalier, une autre est de conduire les changements nécessaires à leur mise en œuvre opérationnelle. Passer d'une logique individuelle à une logique de systèmes, repositionner et adapter ses compétences professionnelles dans une chaîne collective ne se décrète pas. Les méthodes de travail (usage des systèmes d'information, méthodologie d'évaluation des besoins, gestion d'équipe, parcours de formation individualisés...) acquises par d'autres secteurs professionnels confrontés à des enjeux similaires méritent d'être testées et adaptées à nos missions. Nous serons tous bénéficiaires d'une mutualisation des expériences réussies par les pionniers.

Propositions

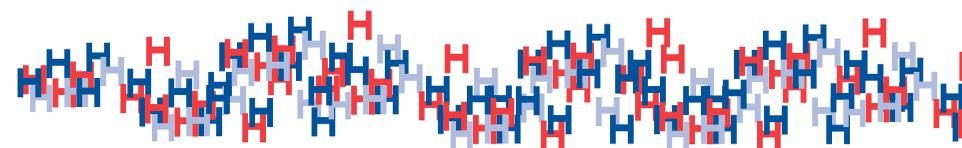
- Mutualiser au niveau régional et national les données nécessaires au partage d'expériences, les bases de données et les dispositifs de gestion des connaissances et d'enseignement à distance. (Proposition n° 53)
- Conditionner les investissements stratégiques des établissements à l'existence d'un projet d'accompagnement des changements induits, à la mise en œuvre d'un système d'information adapté et à des reconversions totales ou partielles en rapport avec la révolution démographique. (Proposition n° 55)

/// Expérimenter de nouvelles formes d'organisation

Les progrès technologiques, qu'ils concernent les actes diagnostics, thérapeutiques, les modalités de surveillance ou la transmission des informations, sont potentiellement porteurs d'améliorations de la qualité et de l'efficacité des interventions professionnelles. L'évaluation des pratiques et leur analyse peuvent déboucher sur des propositions d'organisation pertinentes mais non conformes à un appareil réglementaire désuet, surabondant et inadapté au changement. Or, le progrès des organisations complexes ne se décrète pas : il part d'hypothèses expérimentées par des acteurs de terrain, évaluées, corrigées et généralisées si leur utilité est démontrée.

Proposition

- Favoriser les innovations émanant des acteurs de terrain et diffuser leurs expérimentations dans le domaine de l'organisation de l'offre de soins. Effectuées dans le cadre de contrats passés avec les ARSP, ces initiatives seront évaluées par l'Agence Nationale de Santé Publique. (Proposition n° 54)



3.2 LES USAGERS ACTEURS DE LEUR PARCOURS DE SOINS

Comme le souligne l'INPES, « l'éducation pour la santé du patient a pour but de faciliter la rencontre entre les compétences des professionnels de santé/social et les compétences de la population. De cette rencontre, naissent de nouvelles compétences qui contribuent à rendre plus autonomes les partenaires de l'action éducative ». L'objectif est donc que la personne qui consulte un professionnel de santé, quel que soit son état, soit en mesure de contribuer elle-même à maintenir ou améliorer sa qualité de vie.

Les objectifs de l'éducation pour la santé du patient et de sa famille, sont les suivants :

- utiliser de manière optimale les services de santé ;
- développer un rôle actif dans le dialogue avec le soignant ;
- accepter le caractère éventuellement chronique de la maladie ;
- assumer les contraintes d'une surveillance régulière et de certains dépistages ;
- prendre en charge des traitements en concertation avec les professionnels ;
- prévenir les complications ;
- améliorer l'adhésion au traitement ;
- changer certaines habitudes de vie ;
- se faire entendre auprès des institutions, des services et des professionnels qui peuvent contribuer à améliorer leur état de santé et leurs conditions de vie.

Elle implique une formation des soignants.

/// Améliorer l'information sur l'offre de soins

Les obligations d'un hôpital ou d'un établissement médico-social ne se limitent pas au respect des équilibres budgétaires. Il est désormais nécessaire de pouvoir afficher avec transparence la disponibilité, la qualité et la pertinence des soins délivrés, afin d'aboutir à un réel partenariat avec les usagers.

Cette obligation devient d'autant plus impérieuse que la part des dépenses supportée directement ou indirectement par l'utilisateur est appelée à croître. Nos établissements doivent prendre leur part de responsabilité dans l'information des usagers.

Propositions

- ◆ Produire et diffuser des indicateurs sur la qualité du service rendu par les professionnels de santé hospitaliers. Ces indicateurs seront élaborés et contrôlés par la Haute Autorité de Santé, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux et par les représentants des usagers. (Proposition n° 30)
- ◆ Mettre à disposition des usagers les informations sur la nature, le délai et le coût des soins délivrés par chaque établissement et afficher les prix détaillés des soins et de l'hôtellerie (le prix pour le patient et celui pour la collectivité). (Proposition n° 31)

/// Encourager la formation des usagers

Les connaissances acquises en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire, le développement de la médecine prédictive et l'intérêt des actions de dépistage militent pour mettre à la disposition de chaque citoyen des informations qui lui seront utiles pour gérer au mieux son « capital santé ».

Dans ce cadre, les professionnels de santé sociaux et médico-sociaux sont des acteurs privilégiés, car ils peuvent aider les patients à acquérir les connaissances et les comportements efficaces en matière de prévention des rechutes et des complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique et sociale. Les capacités acquises par le patient, suite aux actions menées par les professionnels permettent une meilleure observance de son traitement, un meilleur usage des compétences et des technologies à sa disposition, et une plus grande autonomie dans la gestion de son parcours de soins.

Propositions

- ◆ Encourager et financer l'éducation thérapeutique des patients en leur proposant des sessions de formation adaptée à leur pathologie. (Proposition n° 32)
- ◆ Reconnaître la capacité d'auto-prescription des patients dans un programme de formation thérapeutique, qui sera bien sûr encadré par le référent médical. (Proposition n° 33)
- ◆ Inclure dans les programmes de l'Éducation Nationale un enseignement sur les règles d'hygiène de vie et le fonctionnement du système de santé. (Proposition n° 34)

/// Favoriser la participation des usagers à l'organisation de l'offre de soins

La définition des priorités de santé publique dépend à la fois de données scientifiques, de décisions politiques mais aussi de choix de société. Le point de vue du citoyen éclairé, exprimé par les associations d'usagers, doit être entendu et pris en compte.

Propositions

- ◆ Organiser sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS) un débat citoyen associant usagers, élus, professionnels et scientifiques avant le vote de chaque loi pluriannuelle. (Proposition n° 12)
- ◆ Faire une place aux représentants des usagers dans les conseils régionaux de santé et mettre à leur disposition des sessions de formation qui leur permettent de jouer pleinement leur rôle. (Proposition n° 35)

3.3 UN PILOTAGE COHÉRENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le pilotage et la régulation de l'offre de soins souffrent d'un manque de clarté et d'un empilement d'instances dont les missions sont peu lisibles et les responsabilités mal définies.

Il est donc essentiel de parvenir à une régulation clarifiée du système de soins, fondée sur les trois principes suivants :

- un cadre de pilotage et de régulation lisible par les usagers, les acteurs et les collectivités locales ;
- un mode de régulation qui favorise une répartition décloisonnée des compétences ;
- un système fondé à chaque niveau sur le dialogue entre partenaires sociaux, professionnels et usagers, tutelles, financeurs et collectivités territoriales.

Cette clarification est d'autant plus nécessaire qu'il est illusoire de maintenir la qualité du service public hospitalier si les grands déséquilibres induits par l'absence de régulation ne sont pas corrigés dans des domaines aussi essentiels que :

- l'installation des praticiens libéraux ;
- les écarts de rémunération non justifiés entre spécialités et entre secteurs ;
- le désengagement de nombreux praticiens libéraux de la permanence des soins.

/// Clarifier les responsabilités des acteurs

La loi de programmation pluriannuelle de santé publique et la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale posent les bases d'une définition des politiques de santé par le Parlement qui reste trop générale. Les objectifs de santé visés doivent être rendus explicites pour l'ensemble des citoyens, en visant par exemple une réduction de la mortalité périnatale ou des cancers évitables...

La multiplicité des choix possibles, des critères de décision et des contraintes externes, ainsi que le caractère limité des ressources disponibles imposent des arbitrages difficiles. C'est pourquoi chaque loi pluriannuelle de santé publique doit faire l'objet d'un débat citoyen organisé par l'Etat, associant professionnels et usagers aux choix des priorités de santé, sur la base des propositions du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. De même, il appartient à la communauté nationale de se prononcer sur la part des dépenses de soins et de prévention qui doivent être financées par la collectivité.

Propositions

- ◆ Instituer une loi pluriannuelle de programmation en santé publique qui déterminera un nombre limité de priorités nationales au sein de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). (Proposition n° 11)
- ◆ Organiser un débat citoyen associant usagers, élus, professionnels et scientifiques en préalable au vote de chaque loi pluriannuelle. La Haute Autorité de Santé sera chargée de l'organisation de ce débat. (Proposition n° 12)
- ◆ Assurer le suivi annuel des priorités lors du vote de l'ONDAM par le Parlement. (Proposition n° 13)

La séparation entre politique hospitalière et organisation des soins de ville est contre productive sur tous les plans, dans un contexte de pathologies chroniques et d'amélioration des parcours de soins. Elle nuit en outre à la performance du système et provoque des affrontements stériles entre les différents acteurs.

Propositions

- ◆ Regrouper au sein d'une Agence Nationale de Santé Publique le pilotage (organisation territoriale, allocation des ressources et contractualisation) de l'ensemble de l'offre de soins dans sa dimension hospitalière, médico-sociale, soins de ville et médicament. (Proposition n° 14)
- ◆ Découper l'ONDAM en deux enveloppes : l'une consacrée aux priorités de santé publique et aux missions d'intérêt général, l'autre dédiée aux financements des actes et des soins tarifés. (Proposition n° 19)
- ◆ Se doter d'outils performants de mesure de la qualité, de la pertinence et du coût des soins afin de lutter contre le caractère inflationniste de la tarification à l'activité. (Proposition n° 22)

Le rôle d'expertise et de conseil confié à l'HAS doit être conforté par la construction d'indicateurs sur la qualité et sur la pertinence des soins délivrés par les acteurs de santé. Ces indicateurs de performance, fournis par les établissements et les libéraux, seront portés à la connaissance des Français.

Afin de préserver la cohérence nécessaire au bon fonctionnement du système de santé, la HAS doit avoir l'exclusivité de l'élaboration des référentiels et bonnes pratiques.

Une des valeurs qui fonde notre service public hospitalier est l'équité de l'accès aux soins pour tous, quel que soit son lieu de résidence, son âge ou sa situation sociale et financière. Défendre cette valeur passe par la mise en place d'un « médiateur de la santé ».

Propositions

- ◆ Produire et diffuser des indicateurs sur la qualité du service rendu par les professionnels de santé hospitaliers. Ces indicateurs seront élaborés et contrôlés par la Haute Autorité de santé, par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements sociaux et médico-sociaux et par les représentants des usagers. (Proposition n° 30)
- ◆ Créer la fonction de « médiateur de la santé ». Personnalité indépendante, saisie par un parlementaire, une association d'usagers ou un collectif de patients, ce médiateur sera chargé de se prononcer sur l'équité de l'accès aux soins dans ces composantes géographiques, financières et sociales. (Proposition n° 6)

/// Assurer l'équité dans la répartition des ressources

La tarification à l'activité basée sur des études rétrospectives ne peut à elle seule assurer une juste répartition des ressources consacrées à la santé entre les régions, et à l'intérieur de celles-ci, du fait de la persistance d'importantes inégalités démogra-

priques. Dans ces conditions, la seule échelle des tarifs de GHS (groupe homogène de séjour) ne peut suffire pour régler le problème des inégalités de financement des régions.

Propositions

- ◆ Répartir les deux enveloppes de l'ONDAM entre les régions sur la base d'indicateurs de morbidité, de mortalité et de démographie. La contribution de l'usager aux soins reste fixée nationalement. (Proposition n° 21)
- ◆ Se doter d'outils performants de mesure de la qualité, de la pertinence et du coût des soins afin de lutter contre le caractère inflationniste de la T2A. (Proposition n° 22)

La gérontologie est notoirement sous dotée en moyens pour prendre en charge les handicaps induits par les multiples pathologies liées à l'âge. A titre de comparaison, le secteur du handicap, normalement doté pour répondre aux besoins des personnes handicapées, dispose, à prise en charge comparable, d'environ deux fois plus de moyens. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre le schéma de convergence posé par la loi du 11 février 2005 : évaluation des besoins de la personne en situation de handicap, élaboration d'un plan d'aide personnalisé, mobilisation d'une palette de services. A domicile et en établissement, les prestations individuelles sont versées par les conseils généraux au vu des besoins de la personne, après élaboration de ce plan d'aide personnalisé. Cette convergence suppose une révision des modalités de financement actuelles et une augmentation des prélèvements obligatoires.

Propositions

- ◆ Organiser la convergence des moyens de la gérontologie et du handicap sur la base de tarifs à deux niveaux : soins d'une part et compensation du handicap incluant les besoins d'hébergement d'autre part. Les prestations de compensation du handicap seront financées par la solidarité nationale avec une participation des personnes à leur hébergement en fonction de leur niveau de revenus. (Proposition n° 24)
- ◆ Constituer des plateformes de services dédiées au grand âge grâce à des partenariats entre collectivités territoriales, des associations et des établissements publics sanitaires et médico-sociaux et favoriser la participation des conseils généraux à l'investissement des établissements habilités à l'aide sociale. (Proposition n° 61)

/// Confier au niveau régional le pilotage de la politique de santé

Plusieurs éléments militent pour un pilotage régional de l'ensemble de l'offre de soins hospitaliers, médico-sociaux et de ville : multiplicité des acteurs autour de chaque problématique, incidence sur le tissu économique et les pôles de compétitivité de la recherche et de l'innovation en santé, compétences attribuées aux conseils régionaux en matière de formation professionnelle...

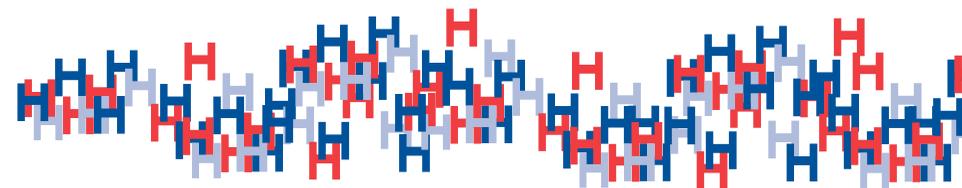
C'est pourquoi il est nécessaire de favoriser un investissement fort du niveau régional dans l'organisation de l'offre de soins, et de clarifier les responsabilités aujourd'hui diluées dans un empilement de dispositifs qui créent plus d'antagonismes que de synergie.

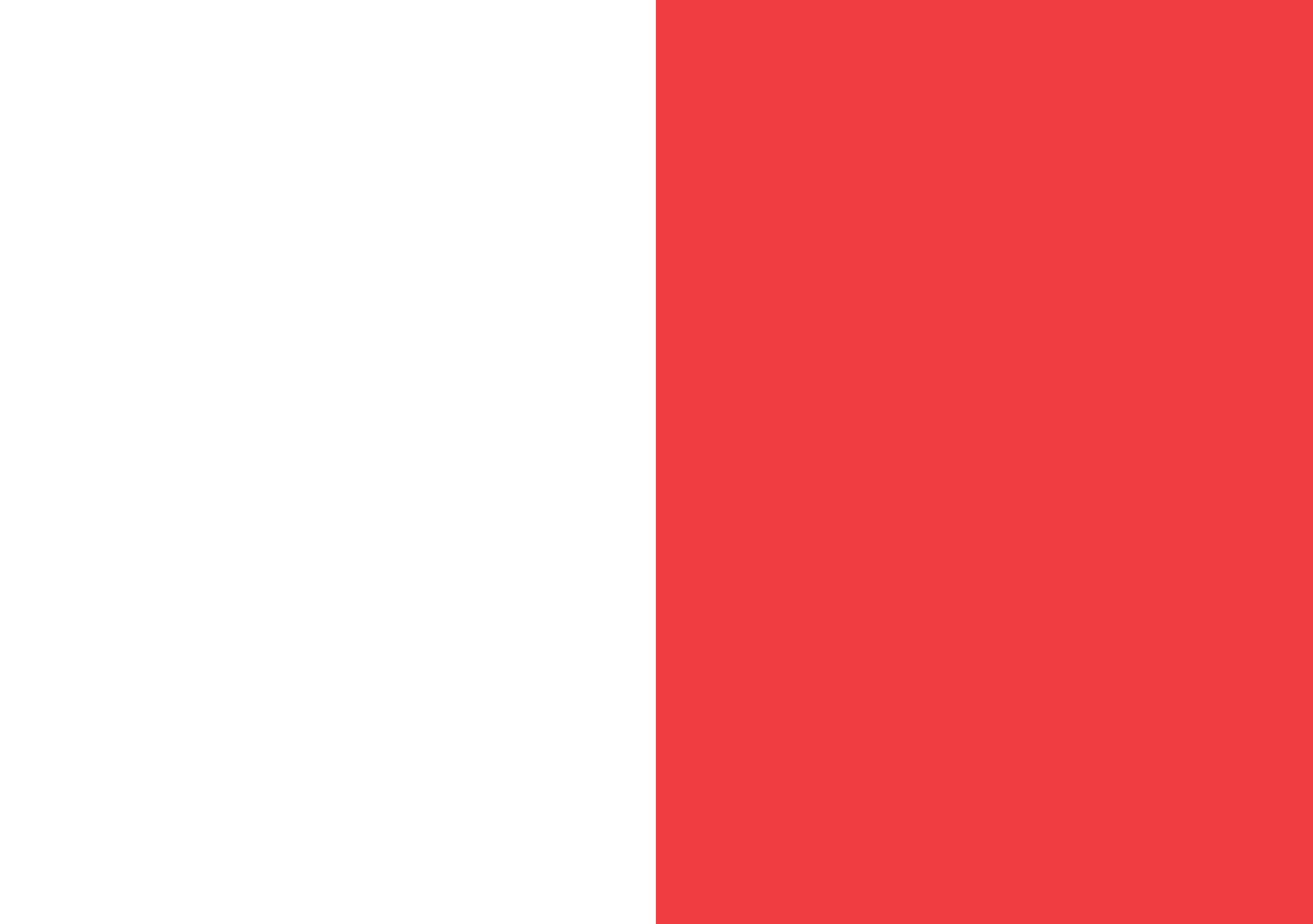
L'Agence Régionale de Santé Publique est chargée de conduire la politique régionale arrêtée par le contrat négocié avec l'Agence Nationale de Santé Publique. Elle dispose à cet effet d'une enveloppe dédiée à l'hospitalisation, à la médecine de ville et à l'activité sanitaire du secteur médico-social. Elle a pour mission d'élaborer le schéma régional d'organisation de l'offre de soins, en concertation avec les représentants des usagers, les professionnels et les responsables politiques, et de négocier avec les différents acteurs de santé les modalités de sa mise en œuvre.

Elle suit attentivement la démographie des professions de santé afin d'ajuster les objectifs du SROS et ses modalités de régulation. Les Conseils Généraux restent dans ce cadre compétents pour la mise en œuvre de la prestation de compensation du handicap quel que soit l'âge, l'ARSP gérant toute la partie du secteur médico-social relevant actuellement du financement de l'assurance maladie.

Propositions

- ◆ Assurer dans un cadre déconcentré la régionalisation de ce pilotage par des Agences régionales de santé publique (ARSP) chargées de la régulation de l'offre de soins et d'accompagnement. Ces agences rassembleront les compétences actuellement éclatées entre les DDASS, DRASS, URCAM, actuelles ARH et conseils généraux (qui garderont la gestion des prestations individuelles : APA, PCH). (Proposition n° 15)
- ◆ Associer les élus, les usagers, les professionnels et les établissements de santé au sein d'un Conseil régional de santé publique, qui sera consulté sur le contenu et le suivi du contrat passé entre l'agence régionale et l'agence nationale de santé publique. (Proposition n° 16)
- ◆ Elaborer sous la responsabilité de l'Agence régionale de santé publique des schémas régionaux de santé publique intégrant la politique de prévention et d'éducation pour la santé et l'organisation de l'offre de soins entre hôpitaux, cliniques, soins de ville, établissements sociaux et médico-sociaux. (Proposition n° 17)
- ◆ Organiser le dialogue avec les partenaires sociaux à l'échelon des territoires de santé, dans un cadre négocié au niveau national. (Proposition n° 18)





/// Découvrez les propositions de la FHF
<http://heure-h.hopital.fr>

Fédération Hospitalière de France
/// 33, avenue d'Italie /// 75013 Paris
/// Tél : (33) 01 44 06 84 44
Fax : (33) 01 44 06 84 45
/// www.fhf.fr

