

# Le service public de santé

UNE AMBITION POUR LA FRANCE **2012 - 2017**



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

- 06 **SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS**  
10 RECOMMANDATIONS CENTRALES
- 08 UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ,  
PROMOTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE
- 12 L'USAGER, RAISON D'ÊTRE DU SERVICE PUBLIC
- 16 LA NÉCESSAIRE MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ  
FACE À L'ÉVOLUTION DES PATHOLOGIES  
ET DES INNOVATIONS
- 20 UN SERVICE PUBLIC INSCRIT DANS LES PARCOURS  
ET LES FILIÈRES DE SOINS
- 24 L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE, PIERRE ANGULAIRE  
DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ
- 28 DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER  
AU SYSTÈME D'INFORMATION EN SANTÉ
- 32 RÉINVENTER LE MANAGEMENT DES RESSOURCES  
HUMAINES
- 36 LE FINANCEMENT DU SYSTÈME HOSPITALIER AU SEIN  
DU SYSTÈME DE SANTÉ
- 40 CONCEVOIR LES ÉTABLISSEMENTS DU FUTUR
- 45 **PRIORITÉS POLITIQUES**  
TROIS GRANDES CAUSES NATIONALES
- 46 RÉPONDRE AUX BESOINS DU GRAND ÂGE  
ET COMPENSER LA PERTE D'AUTONOMIE
- 50 FAVORISER L'INTÉGRATION DES PERSONNES  
EN SITUATION DE HANDICAP
- 54 ASSURER ET GARANTIR LE SERVICE PUBLIC  
DE SANTÉ MENTALE
- 58 **CONCLUSION**
- 60 CONSÉQUENCES POUR LA FHF

# VERS UN NOUVEAU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

« *La politique, c'est cela : avoir une vision et agir pour qu'elle se réalise.* »

Françoise Giroud, *La Rumeur du monde*

La crise qui frappe la France et, au-delà l'Europe, ne limite pas ses effets à la seule sphère économique et financière. Elle impacte directement notre modèle social et interroge sur son devenir.

Alors que l'enseignement supérieur, la recherche, mais aussi les progrès de la médecine, des biotechnologies et des sciences humaines et sociales sont les moteurs de la croissance de demain, la valeur humaine et économique qu'ajoute un système de santé dynamique et performant à la richesse nationale doit être reconnue.

**Dans ce nouveau contexte deux questions prioritaires émergent : celle de l'efficacité des politiques et des actions de santé publique et, celle, essentielle, de l'accès à des soins de qualité, pour tous et sur tous les territoires, au regard des moyens mis en œuvre.**

À l'heure où certains courants de pensée ou groupes d'influence sont tentés d'invoquer la conjoncture actuelle pour remettre en cause le modèle de l'hôpital public et des établissements médico-sociaux, les hospitaliers entendent réaffirmer les valeurs qui les rassemblent et qui fondent leur mission. La crise et, plus largement, les bouleversements que connaît la France, rendent nécessaire l'existence de services publics solides. C'est le cas du service public de santé, que la Fédération hospitalière de France (FHF) veut moderne, adapté aux attentes des patients et des professionnels, capable de relever les défis du 21<sup>e</sup> siècle.

**Pour la FHF, le service public de santé regroupe l'ensemble des missions traditionnelles du service public hospitalier et du service public médico-social sur un territoire :** soins, prise en charge des personnes dépendantes ou handicapées, enseignement et recherche en santé. Ces missions sont complétées par celles relatives à la prévention, à l'éducation sanitaire ou thérapeutique, à la connaissance des données épidémiologiques ou encore à la lutte contre les grands fléaux de santé publique.

**Cette vision globale d'un service public de santé doit permettre de mieux structurer sur les territoires les services qu'il développe, de mieux répondre aux attentes de la population et aux exigences d'une utilisation rationnelle des moyens.**

Dans ce contexte, les hospitaliers et les personnels médico-sociaux sont conscients de la responsabilité qui leur incombe. Grâce à leur implication et à leur dévouement, ils ont en effet permis à nos concitoyens de bénéficier d'un service public unanimement salué pour sa qualité et son efficacité, et qui a su montrer sa responsabilité face aux difficultés économiques. Aux côtés de tous nos concitoyens dans leur vie, leur intimité, leurs joies mais aussi leurs souffrances, il revient aux professionnels de proposer les voies de réforme dont le service public a besoin pour poursuivre au mieux sa mission. C'est parce que ce modèle prouve chaque jour sa force et sa pertinence qu'il doit évoluer et s'adapter.

Nourrie de l'histoire hospitalière, des valeurs qui unissent les professionnels du soin et de la fierté devant les progrès réalisés par les établissements, la plate-forme que présente aujourd'hui la FHF s'inscrit dans un seul objectif : consolider notre pacte républicain en présentant aux dirigeants politiques une vision courageuse et responsable, fondatrice de l'évolution vers un service public de santé.

À travers cette plate-forme, la FHF souhaite proposer aux responsables politiques qui, demain, présideront aux destinées de la France, d'engager la mutation des établissements sanitaires et médico-sociaux. Au-delà des mesures techniques qui sont proposées dans ce projet, c'est d'abord une conception du service public de santé que la FHF entend porter.

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) a énoncé les quatorze missions de service public que les directeurs généraux d'Agence régionale de santé (ARS) peuvent désormais attribuer aux différents acteurs de santé. Elle n'a pour autant pas précisé l'essentiel, à savoir l'âme du service public et de ses missions.

Pour la FHF, les valeurs du service public de santé doivent permettre de lutter contre les inégalités d'accès aux soins et aux prises en charge et d'assurer le déploiement des actions de santé publique sur les territoires. Elles doivent également être en mesure de corriger les inégalités de moyens entre les différents acteurs de santé et entre les territoires. Ces valeurs ne peuvent être garanties que par la pérennité, consubstantielle au service public de santé.

**Ces valeurs universelles constituent le fondement du service public de santé.**

Elles reflètent également l'engagement quotidien de tous les personnels : engagement pour des soins et des prises en charge pour toute la population, sans discrimination d'aucune sorte, notamment financière ; engagement de promouvoir la santé publique et d'offrir des soins gradués sur l'ensemble du territoire, accessibles à chaque instant ; engagement de soins pertinents et de qualité, en tout temps et en tout lieu.

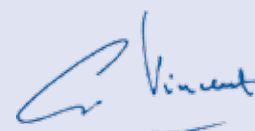
**Ces engagements ne peuvent souffrir aucun compromis ni aucune exception. Le service public ne se négocie pas, ne se choisit pas, ne se morcelle pas.**

La ressource humaine est la première ressource du service public de santé. Il convient de la mettre en avant, de la protéger et de la promouvoir. La FHF considère que la rénovation du dialogue social et de la gestion des ressources humaines revêt une importance particulière à plusieurs titres. Il s'agit d'attirer de nouveaux talents, d'offrir de nouvelles perspectives de carrière et d'épanouissement professionnel, de garantir la protection des professionnels en permettant les évolutions nécessaires des structures, d'impliquer davantage tous les acteurs dans les projets et dans la mise en œuvre du service public de santé.

Face à de tels enjeux, la FHF et, à travers elle, l'ensemble de la communauté hospitalière et médico-sociale, ne cessera de porter une vision responsable et exigeante du service public, adaptée à notre temps, mais fidèle à ses valeurs fondatrices. Elle sera aussi intransigeante quant à l'exercice du service public de santé qui ne tolère aucune légèreté, ni aucune compromission. Les établissements publics incarnent par nature le service public et sont les plus légitimes pour l'assurer de manière pérenne. D'autres établissements peuvent toutefois participer à cette mission mais à la stricte condition de respecter son esprit et de satisfaire aux exigences qu'il commande. Le comportement des acteurs privés qui considèrent aujourd'hui que les missions de service public s'exercent à la carte et seulement les jours ouvrables ne pourra plus être accepté.

**La vision de la FHF est donc celle de l'engagement pour un service public de santé performant, moderne, ouvert et, plus que jamais, au service de toute la population. C'est ce contrat que la FHF propose aux dirigeants de notre pays pour la conduite des politiques qui doivent préparer la France de demain.**

**Gérard Vincent**  
Délégué général



**Frédéric Valletoux**  
Président



# SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

## 10 RECOMMANDATIONS CENTRALES

---

- 1 Le service public de santé s'engage dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique au profit des tous. La santé publique constitue la valeur cardinale du service public.
- 2 Les représentants des usagers du service public de santé sont des partenaires à part entière. Leur rôle et leur place sont reconnus dans la gouvernance du système de santé.
- 3 Les établissements publics de santé et médico-sociaux contribuent aux innovations techniques et thérapeutiques et assurent la veille et l'évaluation de leurs impacts sur les organisations, les métiers et la conception du système de santé.
- 4 Les établissements qui assurent le service public de santé participent à la conception et à la mise en œuvre d'une politique territoriale de prise en charge des patients et résidents dans le cadre de filières de soins et de prévention de la perte d'autonomie et du handicap. Ce dispositif traduit la volonté de la FHF de faire bénéficier les Français d'une « stratégie de groupe publique » assise sur les valeurs de permanence, d'excellence, d'accessibilité et de solidarité. Ces valeurs doivent permettre de corriger les inégalités d'accès aux soins et aux prises en charge. Elles doivent également être en mesure de réduire significativement les inégalités de moyens entre les acteurs de santé et les territoires.
- 5 Le système d'information en santé constitue la « colonne vertébrale » du système de santé et social. Il fait l'objet d'une priorité nationale dans le financement des investissements du futur.
- 6 L'enseignement et la recherche constituent la « pierre angulaire » de la modernisation et de la réputation internationale du système de santé français et européen. Le réseau des CHU et des universités s'organise, avec les partenaires publics et privés, pour donner une nouvelle impulsion à la recherche en santé. Cette synergie s'appuie sur les compétences du réseau des établissements publics dans les régions. Dans un service public de santé qui exige transversalité, coopération et pluridisciplinarité, la FHF est favorable à l'émergence d'universités des savoirs mobilisant les connaissances pluridisciplinaires pour répondre aux enjeux de la santé publique et de compétitivité de notre savoir-faire.

- 7 Dans le cadre du service public de santé, la FHF favorise l'émergence d'une vision européenne de la conception de l'espace hospitalier et médico-social visant à améliorer l'accueil et la prise en charge des usagers et les conditions de travail des professionnels.
- 8 La rénovation du dialogue social et de la gestion des ressources humaines dans le service public de santé constitue la première condition de la réussite de la transformation du dispositif d'offre de soins. Les personnels du service public doivent être accompagnés dans cette mutation en leur assurant protection, motivation et bien-être au travail. Elle est l'occasion d'une rénovation du dialogue social. Le statut des établissements publics doit être assoupli afin d'adapter les organisations aux évolutions du service public de santé. Il doit permettre d'attirer de nouveaux talents et de les conserver. Une simplification des procédures et un allègement des normes sont indispensables.
- 9 Le financement du secteur hospitalier et médico-social doit être rénové afin de répondre aux objectifs d'une politique orientée vers la santé publique, la création de filières, l'amélioration des performances grâce à l'implication des équipes, la réduction des inégalités d'accès aux soins et la promotion des innovations et de la recherche. La tarification à l'activité ne peut plus servir de socle principal de financement. L'évaluation de la pertinence des actes et des interventions doit devenir la règle.
- 10 La FHF recommande la mise en œuvre prioritaire de trois grandes causes nationales : une politique en faveur du grand âge, une politique en faveur du handicap, une politique en faveur de la santé mentale.



## UN SERVICE PUBLIC DE SANTÉ, PROMOTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique a pendant de nombreuses années été perçue comme un engagement militant et comme une discipline à part, peu en rapport avec les préoccupations immédiates du secteur hospitalier. L'hôpital, centré sur sa mission curative, n'entretenait que peu de liens avec cette démarche, laissant à d'autres le soin de promouvoir une santé analysée sur le long terme et à l'échelle d'une population dans son ensemble. Cette réalité est aujourd'hui bouleversée sous l'effet des crises sanitaires qui ont marqué les deux dernières décennies, de l'attention plus marquée que les citoyens portent à leur santé ou encore de l'évolution des pathologies.

L'hospitalo-centrisme a vécu pour laisser place à un système hospitalier et médico-social moins axé sur le seul acte curatif que sur la santé de l'Homme dans son ensemble et dans la durée. Politique de prévention, éducation thérapeutique, continuité des prises en charge, transversalité des parcours de soins, et coopérations entre professionnels de santé deviennent autant d'éléments structurants des politiques hospitalières et médico-sociales.

Dès lors le concept de service public de santé s'impose par agrégation des différentes missions du service public hospitalier et du service public médico-social en y intégrant une dimension de prévention et d'éducation pour la santé.

Plus fondamentalement, une autre approche du territoire et de l'environnement hospitalier et médico-social est en cours de définition. Dans ce nouveau paradigme, les établissements s'inscrivent dans les dynamiques territoriales, contractualisent, participent aux réseaux, structurent des filières, au service et dans une vision de la santé publique. Cette nouvelle réalité impacte de plus en plus la place et le rôle des acteurs hospitaliers mais aussi les organisations hospitalières et médico-sociales. Elle implique des évolutions dans le management des établissements, dans leur conception, dans la structuration des systèmes d'information ou encore dans la politique de formation.



Le rôle des élus est une réelle opportunité pour le service public hospitalier.



Elle porte aussi en elle le germe d'une relation renouvelée avec les élus et les patients. En effet, les établissements sont devenus des acteurs incontournables d'animation d'un territoire et participent à la vision stratégique que les pouvoirs politiques définissent pour celui-ci. En particulier, le rôle des élus est une réelle opportunité pour le service public hospitalier, non seulement pour consolider sa place dans le tissu démocratique local, mais également pour affirmer sa spécificité dans le service public de santé. C'est en effet par cette mission de santé publique, par cette vision désintéressée et pérenne, que le service public se distingue des autres acteurs de santé. C'est précisément ce qui fonde sa légitimité, sa raison d'être, lui donne ses lettres de noblesse et justifie sa place essentielle dans le paysage français.

## OBJECTIFS

- 1** Les services publics hospitaliers et médico-sociaux constituent la « colonne vertébrale » de la santé publique sur un territoire, en raison de la pérennité des missions du service public attachées aux établissements publics de santé et médico-sociaux. Elle se décline sous forme de partenariats avec les autres acteurs de la santé dans le cadre d'un projet stratégique de territoire. Ce partenariat ne peut se concevoir que dans le cadre des coopérations prévues par la loi, en particulier le groupement de coopération sanitaire qui organise notamment la relation entre les entreprises commerciales de santé ou médico-sociales et les établissements publics, seuls garants de la pérennité des missions de service public.  
La santé publique est un volet du projet médical de territoire comme des projets médicaux spécifiques à chaque établissement public de santé du territoire. Le projet d'établissement des structures médico-sociales comprend également une dimension de santé publique, notamment dans le cadre de la prévention de la dépendance ou du handicap. L'organisation de consultations de gérontologie à partir de 70 ans en relation avec les médecins de ville en est un exemple.  
Les actions de prévention, d'éducation thérapeutique et de dépistage sont complétées par des dispositifs tenant compte du suivi des patients ou des résidents à leur domicile en relation avec les médecins de ville. Le projet stratégique de territoire doit comprendre un volet système d'information de santé porté par les possibilités ouvertes par les technologies de l'information et de la communication (télémédecine, télésanté, Internet sécurisé...).
- 2** Une politique de santé publique doit se mesurer et s'évaluer. Elle doit être connue à la fois de la population et des professionnels de santé. Par ailleurs, elle doit être accompagnée par des actions de formation de l'ensemble des acteurs et portée par des actions de recherche ambitieuses. À cet égard, les CHU comme les fondations hospitalières, constituent la pierre angulaire du dispositif de formation et de recherche, utilisant les cohortes et les compétences utiles dans l'ensemble des établissements, des réseaux de santé et des territoires de la région.

## PROPOSITIONS

- 1** Dans chaque territoire, un projet stratégique de santé publique est élaboré. Il doit répondre aux principes de service public portés par les établissements publics de santé et médico-sociaux, partagés dans le cadre d'un cahier des charges, avec les autres acteurs de santé et médico-sociaux du territoire.  
En ce qui concerne les établissements de santé lucratifs, la délégation de service public ne peut se concevoir que dans le cadre d'un contrat avec un établissement public de santé, garant de la pérennité du service public. Ce contrat détaille les obligations et les sanctions permettant d'assurer la continuité du service public.
- 2** Un rapport public sur l'évolution de l'état de santé de la population sur chaque territoire est publié annuellement par l'Observatoire régional de santé (ORS). Il comprend des recommandations pour l'ensemble des responsables du système de santé.
- 3** Les projets d'établissement comprennent un volet de santé publique.
- 4** Le CHU anime la politique régionale de formation et de recherche dans le domaine de la santé publique. Il vient en appui des professionnels de santé pour la mise en œuvre des programmes régionaux de santé publique.
- 5** Le financement des actions de santé publique est assuré par les fonds globalisés mis à la disposition des ARS. Ce financement fait l'objet de contrats pluriannuels. Il peut être complété par des fonds mis directement à la disposition des établissements, contractuellement, par les collectivités territoriales.

## NOTES

---

---

---

---

---

---

---

---



## L'USAGER, RAISON D'ÊTRE DU SERVICE PUBLIC

Depuis quelques décennies les usagers du service public ont su prendre une place importante dans la vie des structures hospitalières et médico-sociales. Cette dynamique qui trouve sa source dans la démarche initiée par les associations de défense des consommateurs s'est d'abord traduite par des représentations portées par des associations de malades et, dans le secteur médico-social et en psychiatrie par les représentants des familles.

De nombreux textes, lois et décrets, ont consacré ce mouvement en permettant la représentation, non plus seulement des patients, mais des usagers, dans certains organes hospitaliers ou médico-sociaux et, plus récemment, dans des instances régionales de régulation et de planification.

Les associations d'usagers du service public hospitalier, appelés encore représentants des patients, sont devenues des interlocuteurs incontournables reconnus des pouvoirs publics. Leur parole est également écoutée par l'opinion publique. Elles ont, en outre, progressivement gagné en légitimité grâce à la compétence de leurs dirigeants, mais aussi sur le terrain grâce à l'expérience acquise dans les instances hospitalières et médico-sociales.

Le statut de ces représentants n'a pas été pensé et leur place dans les organisations reste encore marquée par la prudence, voire dans certains cas par de l'hostilité. De plus, des besoins de formation des usagers sont mis en évidence.

Les représentants des usagers, qu'ils soient issus du milieu associatif ou non, sont légitimes pour évoquer la qualité des conditions d'accueil et de prise en charge des patients ou des résidents dans les établissements publics.

L'usager justifie pleinement la mission du service public. Il en est d'ailleurs la seule raison d'être. Il mérite toute l'attention des professionnels de santé.

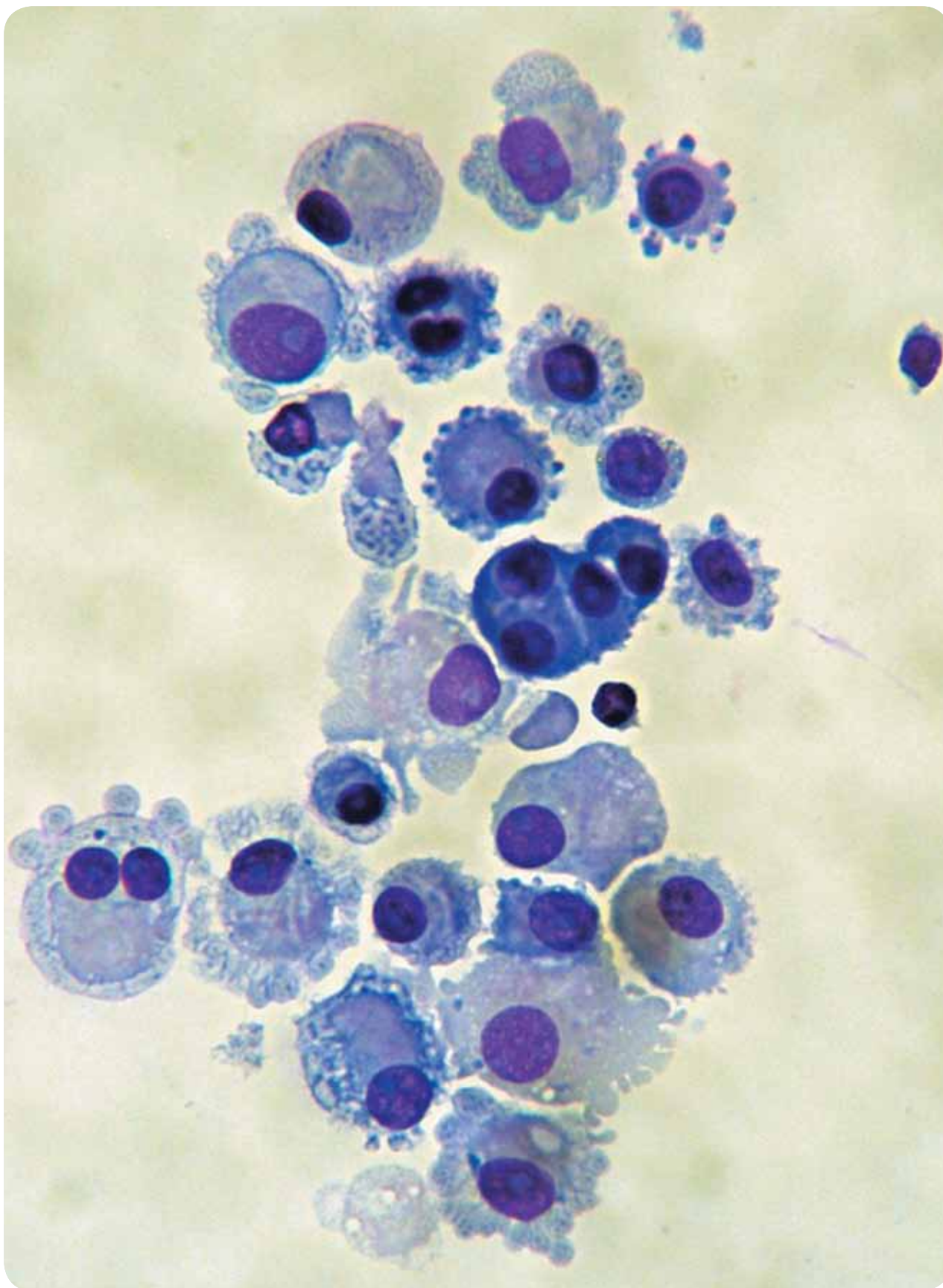


Les associations d'usagers du service public hospitalier ont gagné en légitimité grâce à la compétence de leurs dirigeants et à l'expérience acquise dans les instances hospitalières et médico-sociales.









## LA NÉCESSAIRE MUTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ FACE À L'ÉVOLUTION DES PATHOLOGIES ET DES INNOVATIONS

---

Les progrès scientifiques et médicaux ouvrent la voie à de nouveaux horizons pour le traitement des maladies. Génomique, thérapies cellulaires, chirurgie robotisée, chirurgie non invasive, individualisation des traitements, sont devenues des notions familières du grand public. Dans le même temps, le vieillissement de la population, le poids croissant des maladies chroniques, mais aussi le comportement et les aspirations des patients conduisent les établissements à revoir en permanence leurs organisations, leur conception ainsi que leur fonctionnement. Le progrès médical, basé sur des thérapeutiques personnalisées et des prises en charges graduées (médecine stratifiée), bouscule les organisations traditionnelles du système de santé au point d'appeler à la définition d'un nouveau modèle.

Le système hospitalier public doit être un acteur majeur de ces changements. L'enjeu est pour lui de décloisonner les organisations, d'ouvrir ses établissements sur leur territoire et de donner toute leur place aux filières et aux réseaux. Il s'agit également de définir de nouvelles organisations de l'espace, plus ramassées, mettant au cœur des prises en charge les structures ambulatoires et les plateaux techniques polyvalents et partagés. Le management du système de santé et des structures de prise en charge sera fondamental pour accompagner et réussir ces mutations : la politique de formation, la responsabilisation des personnels, la coopération entre professionnels seront autant d'enjeux pour les dirigeants hospitaliers. Il sera également nécessaire de structurer les relations avec les patients qui, mieux informés, seront d'autant mieux soignés.



Les CHU doivent assurer une veille technologique, diffuser les compétences, les innovations et les nouvelles pratiques.







## UN SERVICE PUBLIC INSCRIT DANS LES PARCOURS ET LES FILIÈRES DE SOINS

Au cours des dernières décennies, le service public a su remarquablement répondre à la demande toujours plus massive et exigeante des Français et aux progrès de la science et des techniques médicales en s'adaptant à ces nouveaux enjeux. Ces évolutions se sont notamment traduites par la modernisation des plateaux techniques et la spécialisation croissante de l'organisation hospitalière. La mise en place concomitante d'un réseau de prise en charge remarquable des urgences a accru un hospitalo-centrisme souhaité, de manière implicite, par les usagers du service public.

Ce schéma apparaît aujourd'hui dépassé en raison de l'émergence du concept de territoire de santé porté par les lois récentes. Il est conforté par l'évolution des pratiques médicales et les possibilités offertes par la technologie. Cette nouvelle donne milite pour la mise en place de véritables filières de soins, de prévention et d'éducation pour la santé sur le territoire, se traduisant par un maillage des professionnels de santé autour de pathologies spécifiques. La filière gériatrique et la filière psychiatrique ont, à cet égard, montré le chemin.

Dans cette perspective, l'hôpital public et les établissements médico-sociaux doivent constituer la « colonne vertébrale » des réseaux et filières sur le territoire. Ils constituent le lien entre la proximité et le recours en raison des compétences dont ils disposent ainsi que des missions de service public qui leur incombent. Ils ont pour devoir d'accorder à l'ensemble des acteurs de santé présents sur le territoire un rôle responsable dans la chaîne des prises en charge des usagers.

Les centres hospitaliers et les établissements médico-sociaux de la région bénéficient des missions du CHU en matière d'enseignement et de recherche en liaison avec les responsables universitaires et les responsables des EPST.



L'hôpital public et les établissements médico-sociaux doivent constituer la « colonne vertébrale » des réseaux et filières sur le territoire.







## L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE, PIERRE ANGULAIRE DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Depuis la réforme portée par le Professeur Debré en 1958, le modèle des CHU a permis à la fois un développement spectaculaire de la médecine française sur l'ensemble du territoire mais également de faire de la France un des meilleurs systèmes de santé du monde grâce à la qualité de son enseignement universitaire et de ses travaux de recherche.

Cet acquis doit être préservé.

En même temps, l'évolution rapide des connaissances, l'accélération des innovations en santé et, la révolution des prises en charge des usagers du service public militent en faveur d'une nouvelle réflexion sur les enjeux de la formation et de la recherche.

Face à de nouvelles exigences des usagers du service public, notamment en matière d'éthique, qui mettent parfois en cause les pratiques et les connaissances des professionnels de santé, il convient de mener une réflexion visant à rénover la formation de ces professionnels.

Les organisations spécialisées dans la formation médicale ou dans la politique de recherche sont évidemment les plus légitimes dans ces domaines. Néanmoins en raison de l'impact de la recherche et de l'enseignement sur la qualité et la performance des missions du service public, il appartient à la FHF de participer à cette réflexion et de mobiliser l'ensemble des acteurs du service public hospitalier et médico-social.

Les CHU et les autorités universitaires s'ouvrent à la participation des centres hospitaliers ainsi qu'à celle des établissements médico-sociaux situés dans les territoires de leur région.

L'émergence des IHU est en outre à prendre en compte. Ils doivent être hébergés dans une fondation hospitalière, afin d'éviter une dispersion des moyens et des compétences publics et privés qui serait néfaste à l'effcience de notre système de recherche dans un environnement international particulièrement offensif.



Le modèle des CHU a permis  
un développement spectaculaire  
de la médecine française  
sur l'ensemble du territoire.







## DU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER AU SYSTÈME D'INFORMATION EN SANTÉ

---

Les systèmes d'information sont devenus, au fil des années, des outils stratégiques. Ils permettent aux professionnels de nourrir leurs besoins de connaissances et aux structures de conduire les changements. Malgré les investissements lourds qui ont été réalisés en la matière, les systèmes d'information rencontrent de nombreuses difficultés pour se déployer. Une nouvelle ère doit donc s'ouvrir afin de mettre en place des systèmes harmonisés, fondés sur l'interopérabilité, fonctionnant à l'échelle d'un territoire.

Cette mutation des systèmes d'information doit être centrée sur le patient, son parcours et sa prise en charge dans les filières. Le développement du dossier médical personnel (DMP) constitue à cet égard un atout puissant. L'objectif central des systèmes d'information doit être la facilitation des parcours du patient et la transversalité des prises en charge. Ils doivent également accompagner les évolutions de structure de l'hôpital et des établissements médico-sociaux.

La normalisation des règles de ces systèmes d'information doit aboutir. Dans cette perspective, les professionnels doivent enfin s'unir afin de proposer aux industriels, à l'échelle nationale, et sans doute européenne, une vision claire et partagée.



La mutation des systèmes d'information doit être centrée sur le patient, son parcours et sa prise en charge dans les filières.









## RÉINVENTER LE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

L'accélération des changements affecte les professionnels qui peuvent se sentir remis en cause dans leurs pratiques et dans leur place au sein du système de santé.

Cette situation fait ressortir un besoin de management, entendu comme l'accompagnement des professionnels et des structures dans le changement. Les enjeux sont d'importance. Il s'agit de donner du sens aux changements et de permettre aux professionnels comme aux structures, aux filières et aux réseaux d'anticiper les évolutions en marche et d'en tirer le meilleur parti. Pour cela, il convient de valoriser les professionnels et l'attractivité des métiers afin de permettre aux établissements et aux filières d'attirer et de fidéliser les talents. En même temps, il est nécessaire de protéger les personnes des remises en cause, parfois violentes, de leurs pratiques, induites par les changements dans l'environnement et les comportements des patients et des résidents.

Pour l'ensemble de ces raisons, le management des personnes, mais également des structures, doit être réinventé tout en s'appuyant sur la rénovation du dialogue social.

Plusieurs axes d'évolution se dégagent. En premier lieu, la politique de gestion des ressources humaines doit davantage apporter considération et protection aux personnels. Il s'agit de s'attacher à mieux valoriser les talents, à répondre aux aspirations des jeunes professionnels et à tirer parti des stratégies de groupe. La responsabilisation des acteurs, comme des partenaires des établissements, est la condition essentielle au décroisement des structures et des pratiques, tandis que le dialogue social doit lui aussi évoluer et dépasser la logique actuelle. Il s'agit de créer les conditions du dialogue social dans tous les étages de la structure. Le management doit donc s'employer, à tous les niveaux, à donner du sens, afin de permettre l'adhésion des hommes à un projet de long terme.

L'ensemble de ces axes d'évolution pose bien entendu la question du statut des personnes, comme celui des structures. Des évolutions sont nécessaires pour assurer une meilleure réactivité et répondre aux enjeux en cours. Toutefois, cette évolution doit s'employer à rassurer les professionnels, faute de quoi elle ne peut qu'engendrer démotivation et résistance au changement.



Le dialogue social doit lui aussi évoluer et dépasser la logique actuelle.



## OBJECTIFS

- 1 La réactivité et la capacité d'adaptation des établissements publics aux enjeux de santé publique et aux nouvelles réalités territoriales commandent des évolutions du statut des structures. Ces dernières doivent en effet pouvoir gagner en attractivité et en capacité d'initiative afin d'assumer pleinement leur rôle et leurs missions.
- 2 Le renouvellement de la politique de gestion des ressources humaines est au cœur de la stratégie des établissements publics. Elle est la condition indispensable pour leur permettre de préparer l'avenir. Les personnels médicaux et non médicaux doivent trouver au sein des établissements des réponses à leurs aspirations en termes de valorisation des prises de responsabilité, de développement des compétences, d'exercice mutualisé, mais aussi de protection face aux changements. L'enjeu est la mise en place d'une gestion des ressources humaines plus ouverte, plus responsabilisante, basée sur l'éthique des pratiques professionnelles, mais également plus intégrée au territoire.
- 3 La transformation des techniques médicales, des modes de prise en charge, de la demande de la population, permet, à partir des métiers socles, des évolutions vers des pratiques d'expertise ou de compétences partagées entre les professionnels de santé, médicaux ou non médicaux. La promotion des coopérations entre les professionnels et l'émergence de nouveaux métiers doivent être encouragées afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, en permettant de concilier proximité, qualité, sécurité et recours. En accompagnement de l'évolution de la démographie des professionnels de santé, cette redéfinition des métiers intégrera à partir des métiers socles, les problématiques d'éthique et d'accès des malades aux soins, parallèlement à des valorisations de parcours professionnels et de formation.
- 4 Les CHU ont, par nature, une responsabilité forte vis-à-vis de leur région, spécifiquement en matière de gestion des ressources médicales. Cette responsabilité doit se concrétiser par une politique de recherche, d'enseignement, de formation, mais également de soins ou d'évaluation de la qualité basée sur une participation large des équipes soignantes du territoire et des enrichissements mutuels.

## PROPOSITIONS

- 1 Pour permettre une adaptation des établissements publics aux évolutions nécessaires de l'organisation de l'offre sanitaire et médico-sociale, leur statut est assoupli afin d'allier réactivité et protection des personnels.

2 Le dialogue social est développé à trois niveaux de responsabilité. Le premier concerne le ministère de la Fonction publique s'agissant des rémunérations statutaires des agents publics ; le second concerne le ministère de la Santé s'agissant des modes d'exercice et des compétences des professionnels de santé ; le troisième concerne les établissements eux-mêmes s'agissant de la gestion de l'ensemble des ressources humaines (conditions de travail, gestion des emplois et des compétences, projet de carrières, promotion, etc.). Ce dernier niveau s'appuie sur des accords-cadres locaux, opposables eux-mêmes et inscrits dans des accords-cadres nationaux signés entre le représentant des employeurs et les organisations syndicales représentatives.

3 Sur chaque territoire, une politique commune de gestion des ressources humaines médicales et non médicales est définie par les établissements publics, sanitaires et médico-sociaux. Cette politique est au cœur de la « stratégie de groupe » et s'appuie sur un centre d'expertise et d'accompagnement à la gestion des ressources humaines mutualisé. Un programme national de formation en management des cadres hospitaliers est piloté par l'Institut du management. Il est déployé dans chaque région par les instituts régionaux de formation aux professions de santé. L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) soutient financièrement ce programme national.

4 Pour dynamiser la gestion des ressources humaines et valoriser les compétences, le statut des personnels médicaux et non médicaux autorise l'introduction d'un régime d'intéressement par objectifs et par résultats, en complément du socle des rémunérations légales. Cet intéressement est défini par le Directoire, sur la base d'un accord national discuté entre les représentants des établissements et les représentants syndicaux.

5 Le Centre national de gestion (CNG) est scindé en deux entités. La première est placée sous la responsabilité du représentant institutionnel des établissements publics (FHF) pour la définition d'une politique de gestion des cadres supérieurs hospitaliers et médico-sociaux. La seconde est placée sous la responsabilité de l'État pour la gestion des carrières des fonctionnaires hospitaliers et assimilés.

6 L'émergence de nouveaux métiers d'expertises, soignants et médico-techniques, ainsi que la promotion des coopérations entre les professionnels, sera au cœur du CNG rénové, en liaison avec les autorités régissant les rôles et compétences des professionnels de santé, notamment la Haute Autorité de la santé (HAS).

7 Les CHU mettent en place des pôles hospitaliers et universitaires de territoire dans chaque région.



## LE FINANCEMENT DU SYSTÈME HOSPITALIER AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ

La recherche du mode de financement idéal du système de santé est, pour les pouvoirs publics, une préoccupation majeure dans l'ensemble des pays développés. Eu égard à la dynamique des dépenses de santé et à des capacités de financement limitées, plusieurs systèmes ont été expérimentés. La mise en place de la tarification à l'activité a marqué un tournant décisif en France en ce sens qu'elle a pour objectif de rémunérer les structures de soins au plus près de leur activité et d'accompagner ainsi leur croissance. Cette réforme, soutenue par les décideurs hospitaliers, a incontestablement été bénéfique pour le service public. Elle a incité les établissements publics à se réorganiser, à gagner en efficacité et, *in fine*, à proposer une offre en adéquation avec les attentes des citoyens. Elle a également eu pour effet de mobiliser les acteurs de santé qui ont vu dans la rémunération à l'activité une source de motivation importante et une juste reconnaissance de leurs efforts.

Cependant, à l'instar des autres modèles de financement, la T2A connaît des limites et génère des effets pervers, rappelant qu'aucun système n'est idéal mais est d'abord le reflet de choix politiques. Ainsi, alors que le système hospitalier est appelé à vivre une mutation profonde, tant dans son organisation interne que dans ses relations avec son environnement et son territoire, le mode de financement doit nécessairement évoluer et s'adapter à ces nouveaux enjeux. En effet, le financement des établissements est aujourd'hui non seulement instable (variation des tarifs, utilisation des enveloppes Migac/Merri comme variable d'ajustement), mais aussi inflationniste et peu incitatif à la coopération et aux filières. L'enjeu est donc de définir un modèle qui répondra à la nouvelle donne territoriale et qui correspondra davantage aux parcours des patients.

Par ailleurs, la tarification à l'activité (T2A) favorise, ainsi que l'ont mis en évidence les travaux de la FHF, la production d'actes inutiles pour le patient, notamment dans les situations de santé dont la finalité est uniquement centrée sur la recherche de profit.



Le mode de financement doit évoluer  
et s'adapter à ces nouveaux enjeux.



Plutôt qu'un nouveau mode de financement, c'est une évolution de la T2A qui doit être conduite. Une évolution qui, tout en conservant sa logique qui promeut les établissements dynamiques, permette le financement des actions de prévention, et de santé publique et, qui soit assise sur les réalités territoriales. Une évolution qui garantisse la pertinence des actes et des soins au sein de notre système de santé. Une évolution qui permette également de mieux financer les établissements médico-sociaux. L'introduction d'enveloppes régionales (Ordam), la modulation des tarifs en fonction des besoins des territoires ou encore la possibilité laissée aux collectivités de compléter les financements nationaux sont autant de voies d'évolution.

## OBJECTIFS

- 1** La soutenabilité et la durabilité du financement du système de santé sont une responsabilité des pouvoirs publics comme des acteurs de santé : la maîtrise des dépenses de santé est un objectif prioritaire qui doit guider leurs actions. Pour les pouvoirs publics, ce défi impose d'engager une politique volontariste en matière d'évaluation de la pertinence des actes et des soins. Il commande surtout de réserver le financement de l'Assurance maladie aux seuls établissements assurant des missions de service public. La collectivité nationale n'a en effet pas pour vocation de financer les structures ne contribuant pas à l'intérêt général. Dans le même temps, les établissements doivent poursuivre les réorganisations de l'offre de soins ainsi que les mutualisations des compétences pour lesquelles des économies d'échelle peuvent rapidement être atteintes. Les ARS doivent appuyer et faciliter ces démarches, et non se substituer autoritairement aux initiatives des acteurs.
- 2** L'évolution qu'est appelé à connaître le mode de financement du système de santé doit répondre à l'objectif politique d'une plus grande accessibilité géographique et financière de l'offre de soins publique pour l'ensemble de la population, sur chaque territoire. Pour cela, une part de rémunération forfaitaire des projets de santé publique, ainsi que de certains modes de prise en charge, doit être introduite dans le financement des structures. La T2A n'est en effet plus adaptée aux exigences de santé publique (malades chroniques, malades précaires, personnes dépendantes...). Ce mode de financement qui permettra une plus forte coopération entre les acteurs de santé ne doit pas remettre en cause la logique d'intéressement introduite par le mécanisme de la T2A, même si cette dernière ne peut plus servir de socle principal de financement. La rareté des ressources financières disponibles, conjuguée à l'exigence de réserver les financements aux besoins de santé publique, exige l'arrêt de la convergence tarifaire, absurde dans son principe et dangereuse dans ses impacts. Elle exige également de ne réserver le financement par l'Assurance maladie qu'aux seuls établissements exerçant des missions de service public et d'intérêt général et dont la pérennité est assurée.
- 3** Le mode de financement des établissements doit permettre de mieux répondre aux besoins spécifiques à chaque territoire de santé. Pour que les filières de soins puissent se déployer efficacement et pour que les coopérations soient favorisées et produisent leurs effets, le financement national doit évoluer vers une plus grande régionalisation. La définition d'enveloppes régionales basées sur la conduite de projets de santé publique et sur les prises en charge doit être mise en œuvre. Dans ce schéma, les collectivités locales doivent prendre toute leur place et assumer leurs responsabilités financières.

## PROPOSITIONS

- 1** La FHF demande la fin de la convergence tarifaire, dangereuse pour le service public et en contradiction avec les objectifs de coopération inscrits dans la loi HPST. Elle demande une adaptation du modèle actuel de financement des établissements de santé, afin de mieux répondre aux objectifs de santé publique, au financement des filières par pathologie et au financement de la performance des acteurs.
- 2** Le financement par l'Assurance maladie des dépenses de santé est accordé aux établissements assurant des missions de service public. Les établissements privés lucratifs répondant aux exigences du service public définies dans un cahier des charges opposable (tarifs opposables, participation à la permanence des soins, non-sélection des patients...) sont également financés par l'Assurance maladie. Un contrat entre un établissement public et un établissement privé lucratif garantit la pérennité d'une mission de service public déléguée à ce dernier.
- 3** L'évaluation de la pertinence des actes est placée au rang de priorité nationale. Elle est conduite par la HAS. Elle constitue l'un des axes essentiels de la régulation financière dans chaque région. Elle répond à des objectifs de qualité des soins par élimination des actes médicalement inutiles. Il s'agit aussi de mieux contrôler le risque inflationniste de production d'actes injustifiés ayant pour but l'amélioration des revenus de certains médecins exerçant dans le secteur lucratif. Dans ce domaine, le service public a un devoir d'exemplarité.
- 4** Dans le respect de la solidarité nationale, l'Ondam est décliné en objectifs de dépenses régionalisés figurant dans le PLFSS, sur la base d'indicateurs de santé publique spécifiques à chaque région. Les directeurs généraux d'ARS mettent en œuvre ces objectifs de dépenses régionalisés en concertation étroite avec les représentants régionaux des fédérations d'établissements.
- 5** Afin de permettre une meilleure visibilité de la « stratégie de groupe » sur un territoire, les responsables hospitaliers s'engagent dans la mise en place de programmes d'investissement partagés et dotés de financements mutualisés. Les pouvoirs publics accompagnent financièrement ces initiatives et les collectivités locales peuvent compléter le dispositif en finançant les projets au nom de l'aménagement du territoire. La création de véritables plates-formes de service dédiées aux fonctions supports mutualisées est prioritaire. Les établissements de santé publics mettent en commun des experts juridiques et financiers de haut niveau nécessaires à l'accompagnement d'une « stratégie de groupe ».



## CONCEVOIR LES ÉTABLISSEMENTS DU FUTUR

À l'instar de l'organisation de la cité ou de la conception de l'habitat, l'organisation spatiale des établissements de soins est le reflet d'une époque et d'une école de pensée d'architecture. Elle est surtout adaptée aux choix et contraintes organisationnelles du milieu. C'est ainsi que l'architecture hospitalière a évolué au fil des époques, passant de la construction pavillonnaire au monobloc et produisant aujourd'hui des espaces denses et regroupés sur un même site.

L'organisation hospitalière et médico-sociale des dernières décennies a été une étape nécessaire et utile. Elle a permis de rationaliser et de moderniser les structures. Sous l'effet des innovations thérapeutiques, des progrès de la médecine, des aspirations des patients, mais également des nouvelles logiques territoriales, l'espace hospitalier de demain va sans conteste évoluer pour s'adapter à cette nouvelle donne.

Ainsi, au regard des besoins des personnes âgées, de plus en plus fragiles, hébergées en Ehpad, l'architecture des établissements médico-sociaux doit être adaptée à leurs pathologies et à la problématique du maintien de l'autonomie. Elle doit également permettre une personnalisation de leur lieu de vie et des espaces d'accueil des proches. Les modalités de financement de l'investissement doivent être revues pour ne plus être à la charge des résidents et de leur famille. L'architecture doit également permettre aux établissements d'être ouverts sur leur environnement et sur la ville.

Les concepteurs d'établissements auront pour défi d'inventer et de donner vie à ces nouveaux espaces de santé. L'enjeu pour les professionnels sera de prendre toute leur place à leurs côtés, afin de construire des ensembles en phase avec les besoins de santé et médico-sociaux, et adaptables dans le temps. Compte tenu de l'avance de la France dans ces réflexions, la création d'une « école française d'architecture hospitalière » prend tout son sens et son intérêt.



Compte tenu de l'avance de la France dans ces réflexions, la création d'une « école française d'architecture hospitalière » prend tout son sens.





# PRIORITÉS POLITIQUES

## TROIS GRANDES CAUSES NATIONALES

**Hôpitaux publics et établissements publics médico-sociaux participent à la même vision du service public et aux mêmes ambitions.**

Entretenir une distinction marquée entre ces deux acteurs qui participent au même mouvement de prise en charge serait artificiel. La plate-forme de la FHF propose donc une vision d'ensemble du service public hospitalier et médico-social, mettant en évidence les continuités de prise en charge et les complémentarités plutôt que les spécificités.

Toutefois, trois thématiques revêtent une importance particulière et sont autant de priorités politiques pour la FHF :

- 1 LE GRAND ÂGE
- 2 LE HANDICAP
- 3 LA SANTÉ MENTALE



## RÉPONDRE AUX BESOINS DU GRAND ÂGE ET COMPENSER LA PERTE D'AUTONOMIE

Les prévisions démographiques sont sans appel : l'espérance de vie de toutes les catégories de population s'allonge. Le nombre de personnes très âgées et en situation de perte d'autonomie va croître fortement du fait de l'arrivée des générations nées après la seconde guerre mondiale.

Pourtant, la prise en compte des questions liées au grand âge et à la perte d'autonomie reste insuffisante. Malgré son caractère déclaré d'urgence nationale, la réforme de ce secteur a de nouveau été repoussée à l'automne 2011 comme elle le fut déjà au cours de ces dernières années.

Or, même si plus de 1,2 million de personnes âgées bénéficient de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) et 75 000 personnes en situation de handicap de la prestation compensatrice du handicap (PCH), ces dispositifs sont insuffisants et connaissent des limites. Concernant l'APA, on sait que les conseils généraux n'arrivent plus aujourd'hui à couvrir leur part de charge financière.

Pour les personnes concernées et leurs familles, cette évolution induit des besoins de financement et un reste à charge importants, souvent insupportables. Ainsi, par exemple une personne âgée et sa famille payent 1 800 € en moyenne par mois quand le niveau moyen des retraites n'est que de 1 200 € par mois. La PCH a certes constitué un progrès notable mais elle reste encore très imparfaite car elle n'inclut pas le volet « aide humaine ». Enfin, et peut-être surtout, ni l'APA, ni la PCH n'ont été conçues pour répondre de manière coordonnée aux besoins de soins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie, que ce soit en raison de leur âge, de leur handicap ou d'une maladie chronique.

De ces constats émergent deux nécessités : d'une part, celle d'anticiper la hausse de l'espérance de vie, d'autre part, celle de mieux adapter notre système de santé aux défis posés par la perte d'autonomie quelle que soit sa cause. Toutes les réponses qui seront apportées à nos concitoyens créeront en outre d'importants gisements d'emplois de proximité pour notre économie.



La prise en charge du grand âge créera d'importants gisements d'emplois de proximité pour notre économie.









## FAVORISER L'INTÉGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

La plupart des établissements de santé et médico-sociaux restent encore trop peu sensibilisés à la question du handicap, plus particulièrement dans deux domaines.

Le premier a trait à la question de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. L'obligation de les employer dans la fonction publique ainsi que la mise en place d'un fonds d'insertion pour l'emploi des personnes handicapées dans la fonction publique (FIEPHFP) ont permis de sensibiliser les établissements sur le sujet. Cependant, le nombre d'actions propres à chaque établissement reste limité. C'est pourquoi il est aujourd'hui nécessaire d'encourager ces derniers à travailler et à œuvrer plus fortement sur la question.

Par ailleurs, le second versant relève de la problématique de l'accès aux soins pour les personnes handicapées. Bien que certains établissements aient déjà instauré une politique spécifique sur le sujet, leur nombre reste faible. La mise en œuvre de programmes d'amélioration de l'accès aux soins pour ces personnes doit donc être facilitée.

La FHF s'engage à mieux prendre en compte la problématique du handicap dans ses réflexions tout en favorisant une forte implication des établissements publics en charge du handicap.



La mise en œuvre de programmes d'amélioration de l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap doit être facilitée.







## ASSURER ET GARANTIR LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ MENTALE

À l'heure où les pathologies psychiatriques touchent entre 25 à 30 % de la population, la santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique.

La psychiatrie compte parmi les précurseurs de la territorialisation de l'offre de soins avec la mise en place dès 1960 de la sectorisation. L'organisation en filières de soins, reposant sur des équipes pluridisciplinaires intervenant sur les missions à la fois de prévention, de repérage précoce, de diagnostic, mais aussi de soins, de suivi, d'accompagnement ou encore de réinsertion a été une innovation majeure.

L'objectif d'un parcours coordonné du patient doit être aujourd'hui poursuivi et parachevé, la réalité pour les patients étant encore trop souvent marquée par des ruptures ou des relâchements du lien thérapeutique.

Une démarche de santé publique, combinant tout à la fois la spécificité et la transversalité de ce champ, ainsi qu'une volonté politique forte, doit s'imposer.

En effet, bien que différents plans aient accompagné l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie, les résultats n'ont pas toujours été à la hauteur des espérances. La prise en charge en psychiatrie reste en effet marquée par de fortes inégalités sur le territoire français, tant en termes de structures que de compétences. Ces constats posent des problèmes d'accessibilité géographique et financière et de continuité des prises en charge.

La spécificité du champ de la santé mentale réside dans l'étendue des domaines d'action qu'elle couvre, à savoir les champs sanitaire, médico-social et social, mais aussi le secteur de la justice, de l'éducation, du logement, du travail. Ainsi toute réforme de la psychiatrie doit-elle adopter une approche décloisonnée.

La FHF considère que la reconnaissance des missions spécifiques assurées dans le cadre du service public par les professionnels en psychiatrie et santé mentale constitue une priorité. Les dispositifs envisagés doivent redonner du sens, celui du vivre ensemble au sein de la communauté dans le respect des individus et de leur projet de vie.



La prise en charge en psychiatrie reste marquée par de fortes inégalités sur le territoire français.







## CONCLUSION

---

Au travers de sa plate-forme politique 2012, la FHF dessine les contours d'une organisation nouvelle du système de santé, fondée sur une vision moderne et performante du service public de santé dont les valeurs cardinales sont la continuité, la qualité et la pérennité des soins. Dans une période marquée par des bouleversements majeurs, géopolitiques, économiques ou sociaux, ces valeurs révèlent leur actualité, leur pertinence et leur force.

La construction d'un service public de santé dont la seule finalité est le service aux patients et aux résidents suppose d'engager de profondes transformations du système de santé, relatives tant à son organisation qu'à son mode de financement. Elle repose sur la mise en place de nouvelles logiques basées sur l'échange et la contractualisation entre les acteurs et entre les structures.

La pérennité et l'indépendance de toute logique lucrative qui caractérisent les établissements publics de santé leur confèrent la légitimité d'assumer et d'assurer cette mission, sur l'ensemble du territoire.

L'hôpital public devra s'adapter aux évolutions en marche tout en conservant ses valeurs traditionnelles. Il doit dépasser sa vision hospitalo-centrée et continuer à s'ouvrir sur son environnement pour se positionner et s'affirmer comme l'un des maillons structurants du système de santé à l'échelle de chaque territoire.

Face à la technicisation et à l'hypermécialisation croissantes des activités hospitalières, l'Homme et l'esprit d'humanité doivent rester le cœur des préoccupations du système de santé. À cette fin, l'éthique doit être la valeur constitutive de ce nouveau service public de santé. Elle doit inspirer toutes ses conduites.

Dans cette perspective, la FHF avance une proposition ultime : **la création d'un comité d'éthique indépendant dans chaque région sanitaire**. Chaque comité définira ses règles de saisine et produira un rapport public annuel dans lequel des recommandations seront émises. Ainsi, sur chaque territoire de santé publique, ces comités auront pour ambition ultime de sauvegarder et de faire vivre les valeurs du service public de santé.







# LES 5 VALEURS CARDINALES DU SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

**La plate-forme politique 2012 est pour la FHF l'occasion de réaffirmer les valeurs du service public.**

**Ces valeurs animent les communautés hospitalières et médico-sociales. Elles guident leurs comportements, leurs initiatives et leurs responsabilités. Elles sont partagées par les usagers du système de santé et méritent d'être adoptées par tous pour conduire et mettre en œuvre les politiques qui prépareront la France de demain.**

**Elles s'inscrivent dans une série de principes du service public formalisés au début du 20<sup>e</sup> siècle : égalité, neutralité, continuité et adaptabilité.**

## **1 LA CONTINUITÉ DES SOINS**

Pour assurer une prise en charge médicale permanente des usagers sur chaque territoire de santé et sécuriser leur parcours de soins.

## **2 LA SANTÉ PUBLIQUE**

Pour appréhender l'état de santé global des individus sous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Elle rend cohérente l'ensemble des actions menées par les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, et conforte leur rôle de promoteur de santé au sein des collectivités.

## **3 LA QUALITÉ**

Pour offrir des soins et des services conformes aux recommandations de bonnes pratiques actualisées. Elle intègre les innovations thérapeutiques, organisationnelles et informationnelles. Les démarches adoptées sécurisent les processus de soins et contribuent à la satisfaction des usagers.

Elles s'appuient sur le développement continu des pratiques professionnelles et leur évaluation.

## **4 LA PÉRENNITÉ DES STRUCTURES**

Pour garantir un égal accès aux établissements hospitaliers et médico-sociaux sur le territoire, indépendamment de toute considération commerciale. Elle repose sur l'efficacité des organisations et sur l'intégration de la recherche et de l'enseignement aux pratiques médicales pour maintenir des compétences à un haut niveau de performance.

## **5 L'ÉTHIQUE**

Pour que l'Homme et l'esprit d'humanité restent le cœur des préoccupations du système de santé. Cette réflexion accompagne chacune des décisions médicales, professionnelles ou stratégiques.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis, rue Cabanis . CS 41402 . 75993 Paris cedex 14  
T 01 44 06 84 44 . F 01 44 06 84 45  
e-mail [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)

[www.fhf.fr](http://www.fhf.fr) ■ [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr) ■ [www.maisons-de-retraite.fr](http://www.maisons-de-retraite.fr)