



LE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ

Une ambition pour la France - 2012/2017



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Janvier 2012

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

Françoise Giroud

INTRODUCTION

Vers un nouveau service public de santé

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.

A 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^e 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 Fédération hospitalière de France 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.

A 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 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.

SYNTHESE DES PROPOSITIONS

10 RECOMMANDATIONS CENTRALES

RECOMMANDATION 01 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.

RECOMMANDATION 02 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.

RECOMMANDATION 03 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.

RECOMMANDATION 04 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.

RECOMMANDATION 05 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.

RECOMMANDATION 06 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.

RECOMMANDATION 07 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.

RECOMMANDATION 08_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.

RECOMMANDATION 09_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.

RECOMMANDATION 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.

SOMMAIRE

INTRODUCTION_04

SYNTHESE DES PROPOSITIONS : 10 RECOMMANDATIONS CENTRALES_07

UN SERVICE PUBLIC DE SANTE, PROMOTEUR DE SANTE PUBLIQUE_10

L'USAGER, RAISON D'ETRE DU SERVICE PUBLIC_12

**LA NECESSAIRE MUTATION DU SYSTEME DE SANTE
FACE A L'EVOLUTION DES PATHOLOGIES ET DES INNOVATIONS_14**

**UN SERVICE PUBLIC INSCRIT DANS LES PARCOURS ET LES FILIERES DE
SOINS_16**

**L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE, PIERRE ANGULAIRE
DE LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE_18**

**DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER
AU SYSTEME D'INFORMATION EN SANTE_20**

REINVENTER LE MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES_22

**LE FINANCEMENT DU SYSTEME HOSPITALIER AU SEIN DU SYSTEME DE
SANTE_25**

CONCEVOIR LES ETABLISSEMENTS DU FUTUR_28

PRIORITES POLITIQUES, TROIS GRANDES CAUSES NATIONALES_30

**REPONDRE AUX BESOINS DU GRAND AGE
ET COMPENSER LA PERTE D'AUTONOMIE_31**

FAVORISER L'INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP_33

ASSURER ET GARANTIR LE SERVICE PUBLIC DE SANTE MENTALE_34

CONCLUSION_36

CONSEQUENCES POUR LA FHF_37

LES 5 VALEURS CARDINALES DU SERVICE PUBLIC DE SANTE_38

UN SERVICE PUBLIC DE SANTE, PROMOTEUR DE SANTE 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 charges, transversalité des parcours de soins, 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.

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

OBJECTIF 01 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 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...).

OBJECTIF 02 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. A 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.

PROPOSITION 01 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.

PROPOSITION 02 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.

PROPOSITION 03 Les projets d'établissement comprennent un volet de santé publique.

PROPOSITION 04 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.

PROPOSITION 05 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.

L'USAGER, RAISON D'ETRE 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'utilisateur 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.

OBJECTIF 01 La participation des patients et de leurs représentants à la vie et à la gouvernance des établissements publics atteint aujourd'hui sa pleine maturité. Pour autant, leur place doit évoluer, ce qui nécessite des modifications quant à la gouvernance des établissements et des outils mis à la disposition des usagers. Cette participation implique surtout pour les hospitaliers et les acteurs médico-sociaux de percevoir le sens de cette évolution et de faire des patients et de leurs représentants des partenaires de confiance. Une confiance qui implique aussi d'accepter leur regard critique.

OBJECTIF 02 Les nouvelles responsabilités que vont exercer les usagers au sein du service public de santé doivent être accompagnées par un renforcement des moyens mis à leur disposition, notamment en matière de formation.

OBJECTIF 03 La mission de santé publique propre aux établissements publics irrigue l'ensemble de leurs organisations, de leurs projets et de leurs actions. Elle conduit les établissements à s'ouvrir plus largement aux territoires et aux populations et à être toujours plus à l'écoute de leurs aspirations ainsi que de leurs besoins.

PROPOSITION 01_Les représentants des usagers et des résidents participant aux travaux des conseils de surveillance des hôpitaux ou des conseils d'administration des établissements médico-sociaux seront invités par les autres instances de gouvernance à s'associer à leurs travaux et à leurs réflexions dès lors que seront évoquées en leur sein des questions relatives à l'accueil des patients, à la qualité, à la sécurité et à l'organisation des prises en charge.

PROPOSITION 02_De nouveaux droits en matière de formation, d'indemnisation ou encore de responsabilité sont reconnus aux représentants des usagers. Les établissements de santé et médico-sociaux contribuent à la mise en œuvre de ces droits et facilitent la représentation des usagers en leur sein.

PROPOSITION 03_La formation des représentants des patients et des résidents est un point clé pour la reconnaissance de leur légitimité. L'Institut du management de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) organise des sessions de formation basées sur l'acquisition de connaissances fondamentales et sur la rencontre avec les professionnels de santé. Des formations sont également dispensées au sein des futurs instituts régionaux de formation aux métiers de la santé.

La FHF est favorable à la création d'un Institut des hautes études en santé publique ouvert à la société civile.

PROPOSITION 04_Les conseils de surveillance des établissements publics de santé et les conseils d'administration des établissements médico-sociaux organisent, au minimum une fois par an, une séance publique destinée à la présentation de leurs actions et leurs projets au sein du territoire et à l'évaluation des projets déjà mis en œuvre.

PROPOSITION 05_La FHF s'associe à la création d'un Institut du patient dont la gestion sera confiée à l'Institut du management de l'EHESP. Il aura pour mission de promouvoir auprès des établissements publics la diffusion de bonnes pratiques en matière d'accueil et de prise en charge de qualité des patients, des résidents, des aidants et des familles.

LA NECESSAIRE MUTATION DU SYSTEME DE SANTE FACE A L'EVOLUTION 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 charge 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 décroiser 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.

Pour préparer l'avenir, les pouvoirs publics devront prendre des initiatives fortes. Il s'agira bien entendu d'adapter le modèle de financement à ces nouvelles logiques. Il s'agira surtout de favoriser une nouvelle ère de la politique de recherche. D'abord en réunissant les savoirs au sein des universités et en décroissant les filières d'apprentissage, mais aussi en créant les conditions de la diffusion des innovations au sein des territoires. Cette démarche dépasse le seul champ du système de santé et requiert la mise en place d'une politique industrielle adaptée et coordonnée à l'échelle européenne.

Les CHU devront pour leur part être à la croisée de ces dynamiques, en assurant une veille technologique mais surtout en diffusant les compétences, les innovations et les nouvelles pratiques. De même les IHU, qui ne peuvent se concevoir qu'en relation forte avec les CHU, seront sans nul doute des acteurs essentiels de cette politique de recherche renouvelée.

Face aux bouleversements en cours, d'innombrables questions vont être soulevées quant aux limites de la médecine et à la personnalisation des thérapeutiques. Autant de défis qui imposent de replacer l'Homme au cœur des pratiques et des préoccupations et de généraliser le questionnement éthique.

OBJECTIF 01 L'impact des innovations techniques et thérapeutiques, notamment dans les domaines de la biologie, de l'imagerie, des nouveaux médicaments issus de biotechnologies, de la thérapie génique nécessite la mise en œuvre d'une fonction de veille à la fois nationale et internationale aux fins d'évaluation de leurs effets sur les organisations, les modes de prise en charge des patients, les métiers de santé et les conséquences économiques.

OBJECTIF 02 Le réseau des CHU, en liaison avec les établissements publics, scientifiques et techniques spécialisés, constitue à cet effet le socle de la recherche et de l'expertise en matière

d'innovation en santé. Ce socle doit mobiliser, au travers des fondations hospitalières, les moyens et compétences publics et privés nécessaires au développement des activités de recherche dans la compétition internationale. Une action européenne coordonnée des acteurs de recherche en santé serait à cet égard utile.

PROPOSITION 01_Dans le cadre de la compétition internationale, les CHU, en lien avec les universités et les établissements publics scientifiques et techniques (EPST), mettent en place un dispositif national de coordination, de promotion et d'évaluation des programmes de recherche. Cette instance d'animation des CHU dispose d'une antenne européenne basée à Bruxelles.

PROPOSITION 02_L'Institut du management de l'EHESP développe, en relation avec ses partenaires universitaires et de recherche, des programmes doctoraux destinés aux élèves et portant sur l'impact des innovations sur le management hospitalier.

UN SERVICE PUBLIC INSCRIT DANS LES PARCOURS ET LES FILIERES 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.

OBJECTIF 01 L'évolution de la médecine et les impacts du progrès technique commandent la mise en place d'une nouvelle organisation du système sanitaire et médico-social. L'enjeu est de dépasser la logique institutionnelle et de donner toute leur place aux filières de soins. Cette approche est l'essence même du service public. Elle vise à garantir la continuité des soins et des parcours, à partager les compétences entre les professionnels, quels que soient leur mode d'exercice et leur origine professionnelle.

OBJECTIF 02 L'évolution des technologies est propice au développement des filières de soins. La télémédecine, le développement des plateaux techniques partagés ou encore les plateformes de service dédiées au maintien à domicile sont autant de mouvements que les pouvoirs publics doivent encourager. Les réseaux et les filières de soins ne pourront prendre leur essor et structurer les territoires qu'en s'appuyant sur des outils souples et adaptés.

OBJECTIF 03 La mission spécifique du service public de santé dans l'organisation territoriale des prises en charge et dans la continuité des soins est directement affectée par les difficultés de répartition de l'offre de soins. Le service public hospitalier et médico-social doit être en capacité de garantir une offre de soins ambulatoires de premier niveau sur chaque territoire. Cette responsabilité implique la définition de nouveaux modes d'exercice et une vision renouvelée de la médecine de proximité. Le service public hospitalier et médico-social doit contribuer à la réduction des inégalités d'accès aux soins et aux prises en charge et tendre vers un meilleur équilibre des ressources entre territoires.

OBJECTIF 04_La nouvelle organisation territoriale de l'offre de santé devra être soutenue par les CHU. Ils devront assurer une mission de soutien, de formation des professionnels, de recherche mais aussi d'évaluation de la qualité des soins dans les filières.

PROPOSITION 01_Les établissements publics élaborent un projet médical et médico-social de territoire, en association avec les représentants des Unions régionales des professionnels de santé, en particulier ceux de la médecine de ville.

PROPOSITION 02_Le régime des autorisations favorise les coopérations. Les structures juridiques de coopération peuvent être détentrices d'autorisations afin d'organiser les filières dans le cadre d'une stratégie de groupe.

PROPOSITION 03_Le régime juridique des coopérations doit être à la fois conforté et simplifié. Les règles de pilotage et de gouvernance doivent être souples et pragmatiques, basées sur la confiance faite aux acteurs de terrain. La FHF engagera, avec les pouvoirs publics, une réflexion sur le toilettage des règles juridiques constituant un frein à la création des filières de prise en charge.

PROPOSITION 04_Les établissements publics de santé sont autorisés, en cas de carence constatée, à organiser au sein du territoire le maintien d'une offre de soins ambulatoires. Les moyens financiers et les outils juridiques appropriés sont mis à leur disposition afin de leur permettre de recruter les professionnels de santé nécessaires. Le financement de cette mesure est assuré forfaitairement par un prélèvement sur l'enveloppe de ville.

PROPOSITION 05_La FHF proposera aux pouvoirs publics des modalités de rééquilibrage des ressources entre territoires, de façon à réduire significativement les inégalités d'accès aux soins et aux prises en charge.

PROPOSITION 06_Le principe de liberté d'installation des médecins est réaffirmé par la FHF. Néanmoins, les médecins qui décident de s'installer en zone excédentaire ne pourront bénéficier, au mieux, que d'un conventionnement en secteur 1. Les dépassements d'honoraires sont plafonnés, y compris pour le secteur privé à l'hôpital. L'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) publie, une fois par an, la carte des zones excédentaires et déficitaires, selon les spécialités.

PROPOSITION 07_Les CHU assurent la formation des professionnels intervenant dans les filières et développent des protocoles d'évaluation et de recherche communs.

L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE, PIERRE ANGULAIRE DE LA QUALITE DU SYSTEME DE SANTE

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, 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'efficacité de notre système de recherche dans un environnement international particulièrement offensif.

OBJECTIF 01 Les missions de soins, de recherche et de formation confiées aux CHU sont indissociables les unes des autres. Il est nécessaire de consolider les compétences du groupement de coopération mis en place par les CHU au champ de la formation professionnelle. Par ailleurs, il convient de croiser les nombreuses disciplines universitaires afin de couvrir l'ensemble du champ du service public de santé et de répondre de façon réactive à l'évolution de la science médicale. Cette synergie nécessite un décloisonnement des institutions universitaires et du réseau français des grandes écoles.

OBJECTIF 02 Les missions d'enseignement et de recherche étant des missions de service public, leur pilotage régional incombe aux CHU et aux facultés, garants de la qualité pédagogique et scientifique de la dispensation des savoirs. Cette responsabilité régionale est partagée avec les autres acteurs de service public. C'est un puissant levier d'attractivité des professionnels de santé.

OBJECTIF 03 Les enjeux d'enseignement et de recherche ne peuvent atteindre un niveau reconnu au plan international qu'avec la mobilisation des moyens et des connaissances des secteurs public et privé. Il en va de la compétitivité de nos entreprises mais aussi de la création de nouveaux emplois à haute valeur ajoutée.

OBJECTIF 04_Le groupement de coopération créé par les CHU dans le domaine de la recherche (Comité national de coordination de la recherche) étend ses réflexions aux questions de formation et d'innovation.

PROPOSITION 01_Il est créé dans chaque région un institut régional de formation aux métiers de la santé piloté conjointement par l'université et les représentants des professionnels de santé. Ces formations sont diplômantes, dans le cadre de la formation initiale et continue par valorisation des acquis.

PROPOSITION 02_La FHF recommande l'émergence de véritables universités des savoirs établies sur des campus réunissant des enseignants et des chercheurs multidisciplinaires et comprenant des laboratoires de recherche publics et privés.

PROPOSITION 03_La FHF demande à être membre du conseil d'administration de l'Agence nationale de la recherche (ANR) et de l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES). Les FHF régionales sont membres d'une commission régionale, chargée d'émettre des avis sur la politique régionale d'enseignement et de recherche placée auprès des ARS.

PROPOSITION 04_La recherche en management des systèmes de santé est développée par l'Institut du management de l'EHESP. Un conseil de surveillance est constitué auprès de l'Institut du management. Il est composé de représentants de la FHF et des professionnels concernés.

DU SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER AU SYSTEME D'INFORMATION EN SANTE

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.

OBJECTIF 01_Les objectifs de santé publique, la mise en œuvre des coopérations entre les acteurs de santé et la création de véritables filières dans le territoire imposent un système d'information centré sur le patient. Les professionnels doivent disposer de véritables outils de pilotage, dans un souci d'efficacité et de performance. Pour cela ils doivent disposer dans chaque région de plates-formes de service de haut niveau. Le développement de la télémédecine doit être non seulement poursuivi mais amplifié.

OBJECTIF 02_La stratégie régionale des systèmes d'information en santé doit être une priorité dans la conception et la mise en œuvre des projets de santé publique, médicaux et médico-sociaux de territoire. Au niveau national, il convient de disposer de règles normatives, garantissant l'interopérabilité des systèmes d'information, opposables aux promoteurs de solutions industrielles et compatibles avec les normes européennes.

OBJECTIF 03_Le déploiement des systèmes d'information ne peut être efficace que si les professionnels de santé s'approprient le système d'information dans l'exercice quotidien de leurs métiers. Le patient est le seul dépositaire légitime des informations le concernant sur le plan de sa santé. Les professionnels n'en sont que les dépositaires provisoires.

OBJECTIF 04_Le système d'information en santé doit faire l'objet d'un engagement financier significatif et prioritaire de la part des pouvoirs publics. C'est là que réside, sans nul doute, le meilleur investissement du futur au service des patients.

PROPOSITION 01_Les comités stratégiques régionaux de développement des systèmes d'information en santé sont pilotés par les professionnels de santé. Ils proposent aux ARS les axes prioritaires pour leurs régions respectives.

PROPOSITION 02_Sur la base des projets médicaux et médico-sociaux de territoires, les établissements publics de santé et médico-sociaux créent une plate-forme régionale de services sur le système d'information en concentrant à la fois les compétences techniques de haut niveau et les moyens financiers nécessaires. Cette plate-forme de services commune à l'ensemble des acteurs doit permettre adaptabilité, performance et rémunération attractive des compétences.

PROPOSITION 03_L'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip) publie les normes d'interopérabilité des solutions industrielles. Elle assure un service de conseil et d'appui aux plates-formes de service régionales.

PROPOSITION 04_Les objectifs de financement des systèmes d'information hospitaliers sont portés progressivement à 3 % des dépenses globales d'exploitation. La télésanté est une priorité nationale du développement des systèmes d'information et de communication. Elle doit répondre aux besoins des patients, en respectant les bonnes pratiques médicales et les règles de sécurité.

REINVENTER 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 décloisonnement 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.

OBJECTIF 01 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.

OBJECTIF 02 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.

OBJECTIF 03 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.

OBJECTIF 04 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.

PROPOSITION 01 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.

PROPOSITION 02 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.

PROPOSITION 03 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.

PROPOSITION 04 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.

PROPOSITION 05 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'Etat pour la gestion des carrières des fonctionnaires hospitaliers et assimilés.

PROPOSITION 06_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.

PROPOSITION 07_Les CHU mettent en place des pôles hospitaliers et universitaires de territoire dans chaque région.

LE FINANCEMENT DU SYSTEME HOSPITALIER AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE

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 pas 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.

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, de santé publique et 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.

OBJECTIF 01 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.

OBJECTIF 02_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 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.

OBJECTIF 03_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.

PROPOSITION 01_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.

PROPOSITION 02_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.

PROPOSITION 03_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.

PROPOSITION 04_Dans le respect de la solidarité nationale, Ondam 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.

PROPOSITION 05_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 ETABLISSEMENTS DU FUTUR

A 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.

Ainsi, au regard des évolutions que vont connaître les établissements à moyen terme et dont les germes sont d'ores et déjà à l'œuvre, les établissements du futur présenteront les caractéristiques suivantes :

- l'évolution des bâtiments hospitaliers vers de véritables espaces de santé, ouverts sur l'environnement et sur la ville et à la croisée des réseaux de santé, exemplaires sur le plan du développement durable ;
- le retour vers des constructions plus modestes, la taille n'apparaissant plus comme un critère discriminant ;
- des espaces organisés autour des plates-formes ambulatoires, dont l'importance ira grandissant ;
- des plateaux-techniques partagés et polyvalents, ouverts sur la ville, au cœur de l'espace hospitalier ;
- des espaces plus modulables et moins figés, en mesure de répondre aux évolutions des pratiques professionnelles et aux progrès de la médecine ;
- des espaces écologiquement en pointe.

OBJECTIF 01 _Le concept d'espace hospitalier doit être profondément repensé avec l'appui de spécialistes regroupant des urbanistes, des architectes, des technologues, des sociologues... et des professionnels de santé afin de proposer des modèles de conception hospitalière et des organisations à mettre en place conformes aux missions d'un CHU revisité, d'un hôpital général à forte concentration technique et d'un établissement de proximité proche des besoins de santé

de la population. L'articulation entre ces structures est fondamentale pour une prise en charge fluide des patients en relation avec les autres acteurs de santé ou médico-social.

OBJECTIF 02_Le concept d'espace d'établissement médico-social nécessite la même réflexion.

OBJECTIF 03_Ces espaces doivent aussi répondre aux aspirations d'accueil et de confort des patients et des résidents. Ils doivent en outre être ouverts sur la ville.

OBJECTIF 04_Ils doivent être économiquement et écologiquement exemplaires.

PROPOSITION 01_La FHF demande aux pouvoirs publics de créer un véritable espace interdisciplinaire d'innovation et de création d'architecture hospitalière à vocation européenne.

PROPOSITION 02_L'ANAP conçoit et diffuse des référentiels spécifiques aux établissements de santé et médico-sociaux pour l'élaboration des programmes de conception et de construction des établissements de santé dans leur environnement.

PROPOSITION 03_« L'Institut du patient » élabore des recommandations en matière d'accueil et de confort mais aussi d'ouverture sur la ville (exposition, concerts...) dans les établissements de santé et médico-sociaux.

PRIORITES 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 :

LE GRAND AGE

LE HANDICAP

LA SANTE MENTALE

REPONDRE AUX BESOINS DU GRAND AGE 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.

OBJECTIF 01_Il apparaît aujourd'hui nécessaire d'ouvrir le champ de la protection sociale à la perte d'autonomie pour les personnes âgées et/ou handicapées. Cette nouvelle modalité de financement de la prise en charge ira dans le sens d'une plus grande accessibilité et d'une meilleure égalité des soins, via notamment la diminution du reste à charge des résidents en Ehpad. Elle permettra par ailleurs de prendre en compte les différents enjeux du secteur médico-social, à savoir l'évolution du système de tarification, l'allocation de moyens nouveaux pour les établissements et les services à domicile le niveau de l'Ondam médico-social.

OBJECTIF 02_Les personnes fragilisées ont besoin d'une aide continue, sans rupture, leur permettant de reprendre le cours de leur vie normale dans les meilleurs délais, sans perte de chances, ni risque d'aggravation de leur handicap. Pour cela, il est nécessaire de mettre en place des parcours de vie qui soient centrés sur ces personnes et prennent en compte la globalité de leur prise en charge (dimension sanitaire, dimension sociale, dimension médico-sociale, médecine de ville et autres).

PROPOSITION 01_Un droit universel à compensation du handicap à tout âge est mis en place pour permettre une plus grande continuité des parcours de soins et d'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. Il est assis sur un dispositif reposant sur le principe de la solidarité nationale.

PROPOSITION 02_Le dossier médical personnel est utilisé pour assurer le suivi et la continuité du parcours de santé des personnes en perte d'autonomie et pour permettre son évaluation et amélioration.

PROPOSITION 03_Les autorisations seront prioritairement accordées à des services et établissements mettant en œuvre sur un territoire donné des parcours de soins et d'accompagnement coordonnés pour les personnes en situation d'handicap quel que soit leur âge.

PROPOSITION 04_Dans chaque territoire, un centre de ressource est identifié parmi les structures déjà existantes afin de coordonner tout à la fois les parcours de soins et d'accompagnement des personnes en situation de handicap quels que soient leur âge et les prestations dont elles bénéficient. Les établissements médico-sociaux et les hôpitaux de proximité peuvent être des centres de ressources sur l'aide à l'autonomie pour les professionnels de santé libéraux et les services d'aide à domicile.

PROPOSITION 05_Un « juste niveau de médicalisation » des différents services doit être estimé au sein du parcours de soins et d'accompagnement afin d'éviter les hospitalisations injustifiées. Ce « juste niveau » recherche une efficacité des soins et prend en compte la situation physique et psychologique des personnes. Parallèlement, les établissements doivent devenir de réels domiciles pour les personnes y habitant avec l'ensemble des droits qui s'y rattachent.

PROPOSITION 06_Les futurs médecins généralistes qui le souhaitent doivent pouvoir choisir d'être salariés et/ou de pratiquer un exercice mixte de la médecine au sein des établissements médico-sociaux existants ou des hôpitaux.

FAVORISER L'INTEGRATION 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.

OBJECTIF 01_Les politiques de ressources humaines ouvertes sur le handicap doivent être encouragées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Alors qu'un actif handicapé sur trois est en situation de recherche d'emploi, les établissements hospitaliers et médico-sociaux ont un rôle essentiel à jouer en matière d'emploi de personnes handicapées.

OBJECTIF 02_Quelle que soit la cause de leur handicap, les personnes handicapées doivent pouvoir accéder à l'ensemble du système de soins sans discrimination aucune liée à leur handicap, et ce dès leur enfance si nécessaire.

PROPOSITION 01_Les projets d'établissements comportent un volet ressources humaines dédié à l'amélioration de l'intégration des personnes en situation de handicap. Les politiques d'établissement en matière de ressources humaines qui sont tournées vers le handicap sont labellisées et financièrement encouragées.

PROPOSITION 02_L'ANFH fléchera une partie de ses crédits à la formation des personnes en situation de handicap. L'apprentissage des métiers sanitaires et sociaux par les personnes handicapées est développé.

PROPOSITION 03_Les personnels hospitaliers sont formés afin d'améliorer l'accueil et les soins aux personnes handicapées.

PROPOSITION 04_Un institut de recherche sur le handicap de niveau européen est créé. Il aura pour mission, avec les organisations existantes dans le monde, de promouvoir la recherche, l'évaluation et la prévention handicap.

ASSURER ET GARANTIR LE SERVICE PUBLIC DE SANTE MENTALE

A 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 achevé, 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.

OBJECTIF 01_L'analyse de l'existant en matière de soins psychiatriques conduit à constater des problèmes d'accessibilité géographique et financière persistants. Il convient d'y remédier et de mettre en œuvre des mesures concrètes à même de réduire significativement ces inégalités.

OBJECTIF 02_Une organisation territoriale doit être élaborée et mise en œuvre afin de fluidifier et de faciliter les parcours des patients. Des projets de santé mentale de territoire sont établis en concertation avec tous les acteurs régionaux de la santé dans le cadre des programmes régionaux de santé établis par les ARS. Ces projets devront préciser les filières de prise en charge, les missions et responsabilité des différents opérateurs, ainsi que les modalités de leurs interventions respectives, tout en tenant compte des réponses déjà apportées par la sectorisation.

OBJECTIF 03_La réduction massive du nombre de lits en psychiatrie a permis le développement des activités extra-hospitalières. Elle a largement contribué à la prise en charge des patients au sein de la « cité ». Il convient aujourd'hui de rénover l'hospitalisation complète en psychiatrie et de veiller à l'amélioration des conditions d'hospitalisation tant matérielles qu'organisationnelles.

OBJECTIF 04_La place et les moyens d'action des patients, de leur entourage et des représentants restent insuffisants et doivent être renforcés. La loi sur les soins sans consentement doit être revue et aménagée, notamment pour éviter les déplacements de patients vers les tribunaux.

PROPOSITION 01_Chaque région dresse un état des lieux concerté de ses moyens et cible ses principaux manques, tant en termes de structures que de réponses apportées à différentes catégories de population, notamment pour la pédo-psychiatrie et les personnes âgées).

PROPOSITION 02_L'installation de professionnels dans les zones sous-équipées est favorisée, les personnels soignants sont formés à la spécificité de la prise en charge psychiatrique, une politique nationale anticipe les problématiques à venir de démographie des professionnels de santé mentale.

PROPOSITION 03_Des plates-formes de santé mentale sont mises en œuvre à l'échelle des régions ou des territoires pour piloter les dispositifs territorialisés en santé mentale. Elles peuvent se constituer en CHT ou en GCS dédiés à la psychiatrie, ouverts aux différents établissements des territoires et pouvant intégrer les collectivités locales, notamment par des contrats locaux de santé. Articulés aux établissements somatiques, ces dispositifs sont accompagnés d'un financement spécifique de la coordination des parcours patient.

PROPOSITION 04_Les services vétustes sont rénovés et humanisés dès lors qu'ils sont utiles à un véritable service public de psychiatrie. Les organisations doivent des conditions d'hospitalisation à même d'éviter la promiscuité entre patients aux situations et aux pathologies différentes.

PROPOSITION 05_Les patients relevant de soins sans consentement doivent être auditionnés par le juge des libertés dans un lieu de soins et non dans un tribunal.

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'hyperspécialisation croissantes des activités hospitalières, l'Homme et l'esprit d'humanité doivent rester le cœur des préoccupations du système de santé. A 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.

CONSEQUENCES POUR LA FHF

L'utilisateur, raison d'être du service public

Les usagers sont au cœur de la stratégie de la FHF qui crée en son sein un collège des représentants des patients. Les FHF régionales élargissent selon le même mouvement leurs instances de gouvernance aux usagers.

La nécessaire mutation du système de santé face à l'évolution des pathologies et innovations

La FHF crée une commission permanente chargée d'anticiper l'impact de ces innovations sur la politique hospitalière dans ses différentes composantes (développement des activités ambulatoires, télé médecine, prises en charge innovante des patients, nouveaux métiers, pratiques interprofessionnelles, financement...). Ces réflexions s'appuient sur les recommandations de la HAS et de l'Anap en charge, au travers de son conseil scientifique, de la veille internationale des innovations et de leurs impacts sur le système de santé.

La FHF crée une fondation, en lien avec les fondations hospitalières existantes, chargée d'accompagner et d'honorer les initiatives remarquables lancées par des chercheurs ou des professionnels ayant pour but de mesurer l'impact des innovations sur l'évolution du système hospitalier.

L'enseignement et la recherche : pierre angulaire de la qualité du système de santé

La FHF crée une commission permanente réunissant des professionnels de santé et des représentants de structures dédiées à l'innovation et à la recherche (biothèques, pépinières d'entreprises spécialisées dans le domaine de la santé, IHU, programme d'investissements d'avenir, gérontopôles...). Des représentants de pôles de compétitivité dédiés au domaine de la santé participent aux travaux de cette commission.

Du système d'information hospitalier au système d'information en santé

La FHF crée une commission permanente chargée de faire des propositions dans le domaine des systèmes d'information. Elle est composée de professionnels de santé et médico-sociaux et de représentants des industriels.

Réinventer le management des ressources humaines

La FHF crée une commission permanente, composée de représentants des présidents et vice-présidents de directoire et de représentants des conférences hospitalières, afin de promouvoir une politique nationale de gestion des ressources humaines des cadres supérieurs hospitaliers, mise en œuvre par le CNG rénové. Cette commission peut être ouverte à des personnalités qualifiées.

La conception des établissements du futur

Dans le cadre de sa Fondation, la FHF organise un concours national de conception de l'espace en santé ouvert aux écoles et universités intéressées.

Ce concours peut porter sur les meilleurs enseignements ou travaux de recherche dans le domaine. La Fondation peut organiser des missions en France et à l'étranger afin de constituer une base de données internationales. Elle peut encourager les initiatives françaises originales.

LES 5 VALEURS CARDINALES DU SERVICE PUBLIC DE SANTE

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 20e siècle : égalité, neutralité, continuité et adaptabilité.

LA CONTINUITE DES SOINS

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

LA SANTE 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.

LA QUALITE

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.

LA PERENNITE 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.

L'ETHIQUE

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

www.fhf.fr • www.hopital.fr • www.maisons-de-retraite.fr