PLAIDOYER
SANTÉ

GROUPE SOS

« Sortons de l'opposition public-privé pour que seul compte l'accès à des soins de qualité pour tou·te·s »

Les hôpitaux du GROUPE SOS, situés principalement dans l'Est et le Nord de la France, ont été frappés de plein fouet par la crise du Covid-19. Les équipes ont fait preuve d'une ténacité ainsi que d'une capacité d'adaptation hors du commun et accompli ainsi un travail remarquable. L'urgence sanitaire a été, comme pour tous les établissements de santé et beaucoup d'établissements sociaux et médico-sociaux, notre seule préoccupation durant ces quelques mois.

Nous estimons à présent que le temps est venu de tirer des conclusions, non seulement de cette crise sanitaire, mais aussi et surtout des failles de notre modèle hospitalier qu'elle a révélées. Ou plutôt, de ce qu'elle a montré aux yeux du pays entier ; car il s'agit majoritairement de constats déjà connus et partagés par les professionnel·le·s du secteur. Notre système de santé peine à s'adapter aux mutations scientifiques – des technologies médicales toujours plus nombreuses, développées à un rythme toujours plus rapide, et très coûteuses – et aux mutations démographiques – le vieillissement accéléré de nos populations, et le changement de paradigme sanitaire qui en résulte. De telles évolutions requièrent une capacité d'adaptation, d'évolution, de prises de décisions rapides, de stratégies d'investissements que nous ne sommes pas encore en mesure de déployer pleinement.

En parallèle, cette crise a mis en exergue les contradictions de notre organisation, qui menacent de faire perdre sa raison d'être à la mission hospitalière : des professionnel.le.s de santé à bout de souffle cherchant le sens de leur métier, un système de santé se pensant au-travers de l'opposition public-privé plutôt que dans une approche de mission de service public, ou encore la faiblesse de notre prévention qui nous empêche de préserver la population de maladies pourtant évitables. Le financement à l'activité dans les hôpitaux génère de plus une course aux actes médicaux au détriment des prises en charge globales, pourtant indispensables aux patient.e.s vivant avec une maladie chronique, dont le nombre ne cesse de croître.

La volonté de réformer notre système de santé est à présent générale, émanant de tous les acteurs et de toutes les actrices qui y prennent part. Comme elles et comme eux, nous en attendons beaucoup. Nous espérons notamment la fin de l'opposition stérile entre hôpitaux privés et publics, particulièrement quand il s'agit d'hôpitaux privés non-lucratifs qui accomplissent les mêmes missions que le public, pour les mêmes tarifs, avec la même exigence pour offrir des soins de qualité à l'ensemble de la population sans rechercher le profit.

Nous appelons de nos vœux des réformes ambitieuses, permettant de construire un système réactif et capable de s'adapter à l'évolution de l'environnement sanitaire ; capable aussi de proposer des programmes de prévention et de pédagogie en santé à même de mieux informer et protéger notre population. Dans ce plaidoyer, nous portons des propositions de changement basées sur notre expérience de terrain et l'attention que nous portons, dans l'ensemble du GROUPE SOS, aux plus vulnérables.

Mickaël Munier
Directeur général GROUPE SOS Santé
@GROUPESOSSante
Mickaël Munier

GROUPE SOS
santé

Hôpital : secteur public ? Clinique : secteur privé ? GROUPE SOS Santé présente une alternative : celle de la gestion d'hôpitaux par une organisation privée, mais non lucrative. Comptant parmi les premiers gestionnaires d'hôpitaux privés non-lucratifs en France, nous proposons une offre de soins performante, centrée sur les besoins de la personne et accessible quel que soit le niveau de revenu. Nous contribuons au maintien de services de soins utiles à la population sur des territoires parfois menacés par le phénomène de « désertification médicale ». Si nécessaire, un accompagnement social est proposé en parallèle de la prise en charge sanitaire.

NOS PROPOSITIONS :

1. Développer le modèle hospitalier privé à but non-lucratif en France, afin de compléter efficacement l'offre du secteur public en fonction des besoins de chaque territoire.

2. Décentraliser la gestion des hôpitaux publics en donnant davantage d'autonomie et de responsabilités aux établissements.

3. Établir un socle commun d'obligations de service public pour tous les hôpitaux et cliniques, rémunérées également pour les mêmes actes, sans discrimination entre les patients. Associer les acteurs privés du sanitaire, du social et du médico-social à la gouvernance des Groupements Hospitaliers de territoire.

4. Revaloriser les métiers hospitaliers dans les salaires comme dans les possibilités de carrière ; et repenser la place des soignant·e·s dans la gouvernance et le management des hôpitaux.

5. Mettre l'expérience des patient·e·s au centre de l'évaluation et de l'amélioration des soins et développer les programmes de patient·e·s-expert·e·s.

6. Développer une offre de soin adaptée dans les déserts médicaux en créant un réseau collaboratif entre les hôpitaux et leurs territoires - établissements sociaux et médico-sociaux, médecine de ville, étudiant·e·s en médecine, élu·e·s locaux·ales.

7. Développer une offre de prévention territoriale animée par l'hôpital en partenariat avec les acteurs de son territoire. Créer des maisons d'éducation thérapeutiques adossées aux hôpitaux.

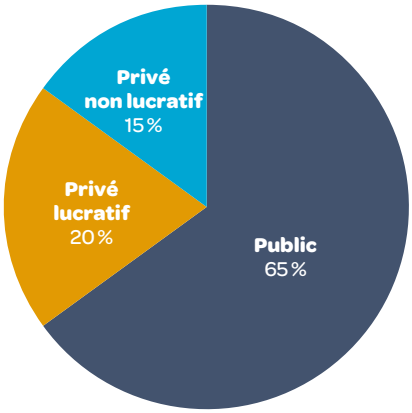
8. Construire un socle de financement hospitalier stable et un système d'enveloppe forfaitaire adapté aux parcours des malades chroniques. Développer les activités de l'hôpital « hors les murs » pour fluidifier les parcours patients.

Passer d'une logique de statuts
à une logique de service public rendu

Reconnaître et développer les ESPIC, en complémentarité de l'hôpital public

Les hôpitaux privés non-lucratifs (hôpitaux PNL) aussi appelés Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)[1] parviennent à « réconcilier l'inconciliable : souplesse et innovation, mission de service public et absence d'actionnariat »[2]. Les ESPIC accomplissent en effet des missions de service public au même titre que les hôpitaux publics. Ils pratiquent les mêmes tarifs, sans dépassement d'honoraires et suivant un objectif solidaire : l'accès au soin pour tous et toutes quel que soit le niveau de revenu et sans discrimination. En parallèle, leur mode de gestion privée –la personne morale à la tête de l'établissement étant généralement une association, une mutuelle ou une fondation- leur permet une grande flexibilité et une capacité d'adaptation rapide. Enfin, les ESPIC composent avec une forte contrainte budgétaire : le soutien étatique ne leur est jamais acquis, malgré leurs missions de service public.

Capacité par secteur hospitalier



Source : « Hôpital, le modèle invisible »,
Note de l'Institut Montaigne par Denise Silber, juin 2005

Les **hôpitaux PNL ne représentent aujourd'hui que 15 % de la capacité en lits et places** sur l'ensemble du territoire, loin derrière le **secteur public largement majoritaire (65 %)**, et, fait exceptionnel dans le panorama des systèmes de santé des pays développés, **dépassé par le secteur privé de statut commercial (20 %)**.

Les hôpitaux PNL **souffrent d'une profonde méconnaissance de leur modèle** : bien souvent absents des statistiques publiques, ignorés des plans hospitaliers ou des évolutions législatives. Ils sont tantôt assimilés aux cliniques privées commerciales malgré leur vocation de service public et de solidarité, tantôt simplement oubliés. Car dans le milieu hospitalier, « on confond service public et fonction publique alors que les statuts ne devraient être que des outils »[3]. **Paradoxalement, les ESPIC comptent certains des établissements les plus réputés de France** : par exemple l'Hôpital Foch, l'Institut Mutualiste Montsouris et l'Hôpital Saint-Joseph en région parisienne, la Clinique Jules Vernes à Nantes, Saint-Joseph à Lyon et Marseille[4] ; classés parmi les meilleurs établissements de santé du pays[5].

Comment expliquer l'efficience de ce modèle ? D'abord, par son essence même : il **conjugue la capacité d'innovation et d'adaptation du privé avec des missions de service public**, une prise en charge de chaque personne y compris des plus vulnérables, sans surcoût pour les patients.

Ensuite, leur **taille relativement modeste favorise une gouvernance partagée** entre personnel administratif et personnel soignant : « dotée d'une ligne hiérarchique courte, la gouvernance de [ces] hôpitaux associe étroitement direction et personnel médical dans les décisions opérationnelles et la destinée des établissements »[6]. La possibilité pour les soignant·e·s de croiser leur chef·fe d'établissement dans les 48 heures, la proximité et le dialogue, la volonté d'une **co-gestion entre personnel administratif, de soin et paramédical** ou encore l'attention portée au bien-être au travail sont des facteurs importants d'agilité de ces établissements et d'attractivité pour les soignant·e·s.

Historiquement, les ESPIC ont également tissé des **liens forts avec leurs territoires d'implantation** : médecine de ville, maisons de santé, mais également établissements sociaux et médico-sociaux. Cette culture favorise la compréhension des parcours des patient·e·s et leur fluidité, et permet un travail efficient et coordonné en cas de crise sanitaire.

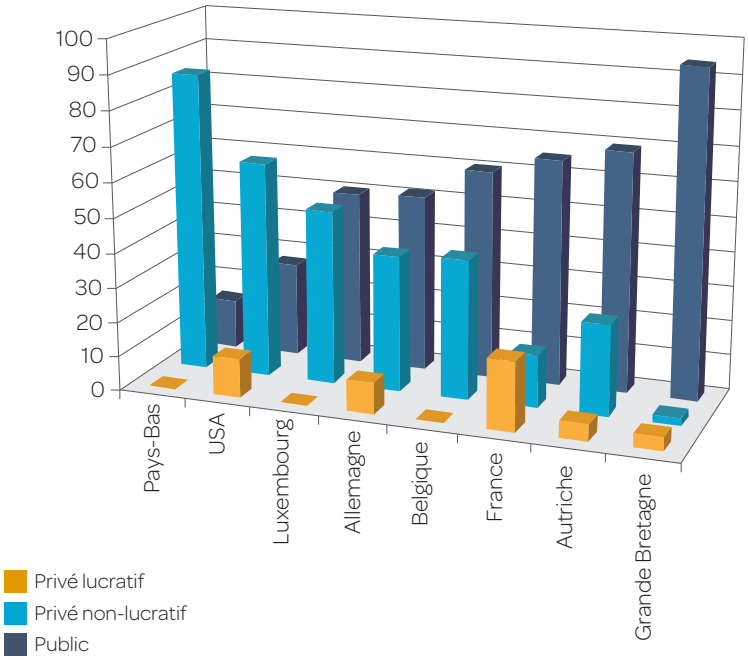
Par ailleurs, ils rassemblent quelques autres atouts intéressants : souvent très **spécialisée**, leur **offre de soin est souvent plus complémentaire que concurrentielle** vis-à-vis des autres acteurs du territoire car choisie en fonction d'un objectif d'utilité sociale et d'un besoin spécifique.

(1) Autrefois appelés « PSPH » : Participant au Service Public Hospitalier
(2) « Hôpital, le modèle invisible », Note de l'Institut Montaigne par Denise Silber, juin 2005
(3) « Après la crise, quel système de santé pour notre pays ? », Guy Collet et Gérard Vincent, Le Monde, 17 avril 2020
(4) Ou encore l'hôpital Diaconesses-Croix-Saint-Simon, la Fondation Rothschild, l'Institut Mutualiste Montsouris, l'Institut Gustave Roussy ou Curie, le Groupe Hospitalier Catholique de Lille et la Maison de Santé Protestante à Bagatelle-Bordeaux, etc.
(5) Palmarès 2019 Le Point des meilleurs établissements de santé
(6) « Ségur de la santé : n'oubliez pas le modèle des hôpitaux privés non-lucratifs ! », Contribution de Julien Gottsmann, Directeur général de l'hôpital fondation Rothschild, Jacques Léglise, Directeur général de l'hôpital Foch, Jean-Patrick Lajonchère, Directeur général du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, le Quotidien du Médecin, 04/06/2020

En comparaison du secteur public, les hôpitaux PNL réalisent des actes chirurgicaux plus lourds[7] en proportion de leur taille, et en plus grand nombre par salle d'opération[8]; soit un **usage plus intensif (et plus ambulatoire) de leurs capacités chirurgicales**. Les ESPIC présentent également un **excellent rapport qualité-prix** : ils coûtent en moyenne moins cher à l'assurance-maladie et aux organismes d'assurance complémentaire[9], pour une **qualité de soin équivalente**. C'est également le **seul modèle garantissant le « zéro reste à charge » pour les patients** : même quand les ESPIC accueillent des médecins libéraux, ceux-ci ne peuvent facturer de dépassement d'honoraires.

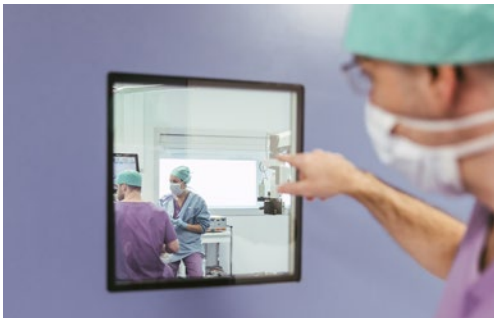
S'il paraît surprenant qu'un modèle présentant autant d'avantages ne soit pas plus développé en France, cela l'est d'autant plus au regard des systèmes de santé adoptés dans des pays similaires. **La faible part du secteur hospitalier privé non-lucratif (15 %) est en effet une exception française.**

Les 3 catégories d'établissements de soins en Europe et aux États-Unis



Source : « Hôpital, le modèle invisible », Note de l'Institut Montaigne par Denise Silber, juin 2005

En Europe, plus de la moitié des établissements de santé relèvent du privé non-lucratif –avec des disparités fortes entre pays.[10] Plusieurs pays ont fait le choix d'investir ce secteur, soit pour des raisons historiques, soit pour s'adapter aux **deux défis majeurs des pays développés : le vieillissement de la population et l'afflux de nouveaux traitements et de nouvelles technologies médicales très coûteuses et évoluant constamment**. L'Allemagne, les Etats-Unis et les Pays-Bas ont notamment fait du PNL leur modèle hospitalier dominant. La France est par ailleurs le seul pays de l'OCDE dans lequel la part de privé commercial dépasse celle du privé non-lucratif dans la gestion hospitalière[11].



La part importante d'hôpitaux privés commerciaux et faible de privés non-lucratifs est une exception française

(7) Ratio KC/intervention, qui mesure l'importance d'un acte chirurgical en fonction de sa lourdeur et de sa complexité = 107 pour les PNL, contre 86 pour les CH et 116 pour les CHU (secteur public) et 90 pour les cliniques privées. (Avis Institut Montaigne 2005). Dans le même sens, Étude de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière en 2009 du Dr Marion Mendelssohn « L'activité des CHU dans le PMSI ; Peut-on isoler l'activité spécifique des CHU ? »

(8) Ratio KC/capacité, qui mesure la productivité des services de chirurgie en fonction du niveau d'utilisation de leurs capacités = 4135 pour les PNL, contre 3345 pour les CH et 3803 pour un CHU (secteur public) et 7906 pour les cliniques privées. (Avis Institut Montaigne 2005)

(9) L'activité médicale libérale dans les hôpitaux publics est payée deux fois. D'abord dans les tarifs et dotations des établissements de santé, puis dans les remboursements des activités libérales aux patients, par les CPAM. La Cour des Comptes avait estimé ce double paiement à 200 millions d'euros en 2014. Source : Rapport de la Cour des Comptes « La dette des établissements publics de santé », 11/04/2014

(10) De même, pour, un certain nombre d'experts « La troisième solution, qui a notre préférence, consiste à transformer les hôpitaux publics en établissements privés à but non lucratif, avec les mêmes missions et obligations de service public que celles qu'ils exercent aujourd'hui. C'est le modèle de loin le plus répandu en Europe. Changer le statut des hôpitaux ne modifierait en rien leurs missions et obligations. Il ne s'agit pas de faire de l'hôpital public une entreprise commerciale rémunérant des actionnaires. Nous proposons un statut souple. Un tel système, en vigueur dans la quasi-totalité des pays européens, aurait le mérite de la clarté, de la simplicité et de la responsabilité ». Tribune collective « Diriger un hôpital est un vrai métier », avec Antoine Brézin, professeur à l'université de Paris, chef du service d'ophtalmologie, hôpital Cochin; Guy Collet, ancien directeur d'hôpital et d'agence régionale d'hospitalisation, ancien conseiller stratégique de la Fédération hospitalière de France (FHF); Claude Évin, ancien ministre, ancien président de la FHF; Cécile Kanitzer, directrice des soins de l'Institut de cancérologie de l'Ouest, ancienne conseillère paramédicale de la FHF; ... Parue dans Le Figaro Vox, 26/05/2020

(11) « Hôpital, le modèle invisible », Note de l'Institut Montaigne par Denise Silber, juin 2005

Un certain nombre de mesures pèse en défaveur du développement des hôpitaux privés non-lucratifs en France, parmi lesquelles nous pouvons citer :

• Des **charges sociales et fiscales plus élevées pour le privé non lucratif que pour le public, pour des missions identiques**. Les dépenses liées au personnel représentant 70 % du budget d'un hôpital, ces différences de charges enlèvent aux hôpitaux PNL 7 % de leur budget (11 % sur leur seule masse salariale), en comparaison d'un hôpital public. Autre exemple concret, **les hôpitaux publics sont aujourd'hui totalement exonérés de la taxe foncière et de la taxe d'habitation**, alors que tel n'est pas le cas des hôpitaux privés non lucratifs.

• Les **hôpitaux PNL ne sont pas en mesure d'être déficitaires durablement**, contrairement aux hôpitaux publics qui ont la possibilité d'effectuer un report de charges et disposent de la garantie de l'Etat. **Sans actionnaire et avec peu de subventions publiques**, les hôpitaux PNL n'ont pas accès non plus aux capitaux privés permettant notamment de réaliser des investissements de modernisation.

• En 2018, **les tarifs des hôpitaux PNL ont été réduits de 2,7 %** par décret -environ deux fois plus que pour le public, 3 fois plus que pour le privé commercial. En 2019, suite à cette baisse, une vingtaine d'établissements de santé PNL est en déficit, cumulant plus de 40 millions d'euros de pertes malgré leur efficacité.

L'absence de reconnaissance du modèle de l'hôpital privé non-lucratif, et donc la **non-prise en compte de ses spécificités** dans les réglementations et financements, **conduisent donc à le désavantager** ; puisque d'une part, **l'hôpital public bénéficie pleinement de son statut** de garant d'un accès au soin pour tou·te·s, donnant lieu à de justes compensations pour le service public rendu ; et d'autre part, **les cliniques privées de statut commercial**, auxquelles le PNL est souvent assimilé dans les textes, poursuivent un objectif lucratif avec le **soutien de leurs actionnaires**.

2,7 %

de réduction des tarifs des hôpitaux PNL par décret en 2018,
environ 2 fois plus que pour le public,
3 fois plus que pour le privé commercial

Comme le souligne la Fédération des établissements hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (FEHAP), la « crise a mis en exergue l'exigence de disposer de structures de taille humaine qui sont les plus en capacité de répondre aux besoins de proximité, de spécialisation et d'innovation auprès de la population »[12]. Dans cet équilibre à trois, il est donc urgent de donner au privé non-lucratif une place adaptée à ses missions, complémentaire au secteur public et adaptée aux besoins de chaque territoire. Cela permettrait en effet de :

• **Financer équitablement les services publics rendus à la population**, quel que soit le statut de l'établissement les proposant et favoriser l'émulation du secteur ;

• **Accroître ainsi la capacité du service public sanitaire en France** en améliorant le maillage territorial et en augmentant le nombre d'établissements de santé accueillant tous les publics sans discrimination ;

• Et ce, **sans que l'État n'assume de risque financier**, puisqu'il n'est pas garant des déficits des ESPIC, qui sont donc dans l'obligation de présenter des comptes et un bilan équilibrés ;

• **Tout en profitant des apports de ce modèle** : des hôpitaux de taille intermédiaire avec des pôles d'excellence spécialisés, qui travaillent historiquement en réseau avec les établissements sociaux et médico-sociaux de leur territoire, solidaires, efficaces et acteurs majeurs du soin à domicile.

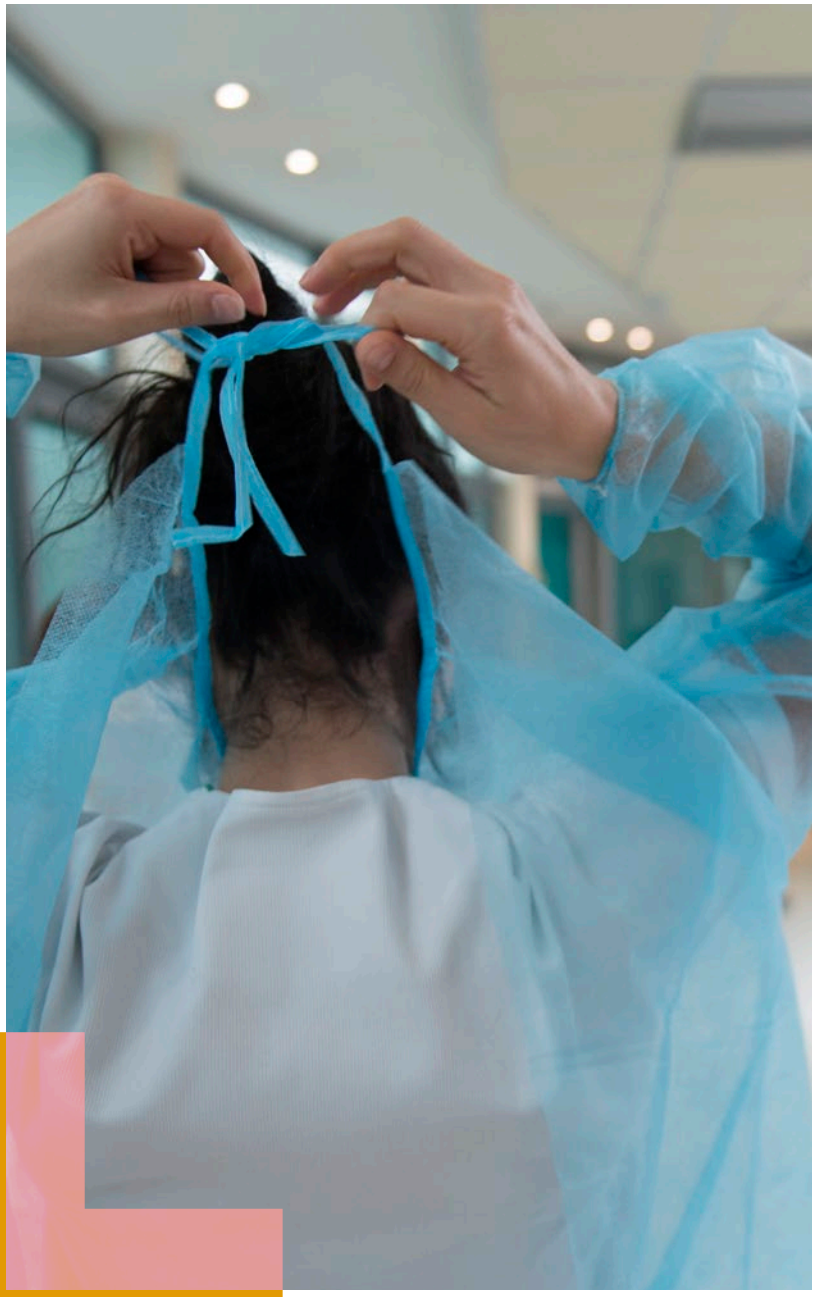
Pour atteindre cet objectif, nous préconisons les premières étapes suivantes :

1/ Redonner de la **visibilité à ce modèle**, tant auprès du grand public que des décideurs.

2/ Ajuster la **réglementation et les financements** de manière à ce que les hôpitaux PNL puissent être traités à l'égal des hôpitaux publics -en cohérence avec les missions de service public qu'ils assurent- et ainsi se développer dans les territoires et missions pertinentes.

3/ Créer des passerelles entre public et privé-non lucratif : par exemple, en assouplissant les conditions permettant le **travail ponctuel des médecins hospitaliers publics en ESPIC et inversement**, afin de répondre au mieux aux besoins des populations et encourager la création d'une culture commune.

(12) SÉGUR DE LA SANTÉ, 25 mai 2020, Contribution de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (FEHAP)



Proposition 1.

Développer le modèle hospitalier privé à but non-lucratif en France, afin de compléter efficacement l'offre du secteur public en fonction des besoins de chaque territoire.

Une initiative du GROUPE SOS :
les hôpitaux du GROUPE SOS pendant le COVID-19

Les hôpitaux de GROUPE SOS Santé, situés pour huit d'entre eux dans le Grand-Est et l'Île-de-France, ont été touchés de plein fouet par la crise sanitaire du COVID-19. Face à cette situation inédite, les équipes soignantes, administratives et hospitalières en général ont fait preuve d'une capacité d'organisation, de collaboration, d'adaptation et surtout d'investissement hors du commun.

Le pilotage de la gestion de crise était animé dans tous les hôpitaux du Groupe par une cellule composée de la direction, la direction des soins, le président de la commission médicale et des représentant·e·s des spécialités médicales, notamment la réanimation, la médecine et les urgences. Chaque matin, la cellule de crise partageait ses informations et se concertait pour définir les actions à entreprendre. Ensuite, elle veillait à se coordonner non seulement avec les autres établissements de GROUPE SOS Santé, mais également avec les acteurs de son territoire : Agences régionales de santé (ARS) bien sûr, établissements sociaux et médico-sociaux du territoire accueillant des personnes fragiles –EHPAD, ...- ainsi que la médecine de ville. Les liens déjà tissés avec le réseau sanitaire et médico-social des bassins hospitaliers s'est avéré précieux pour la fluidité de la collaboration.

Solidaire, à l'instar des autres branches du GROUPE SOS (Seniors et Solidarités), GROUPE SOS Santé a également partagé sa base documentaire mise en place face au COVID-19 dans le cadre du site collaboratif **www.covidorg.com** qui fédère pour la France plusieurs CHU, des sociétés savantes et autres organismes et entreprises publiques et privées. Ce site est désormais traduit dans plusieurs langues pour contribuer au partage des savoir-faire organisationnels issus de la forte expérience du COVID-19. Le GROUPE SOS Santé participe également à l'élaboration d'un système expert de recherche documentaire basé sur Watson Discovery, application d'intelligence artificielle documentaire mise gracieusement à disposition du projet Covidorg par IBM.

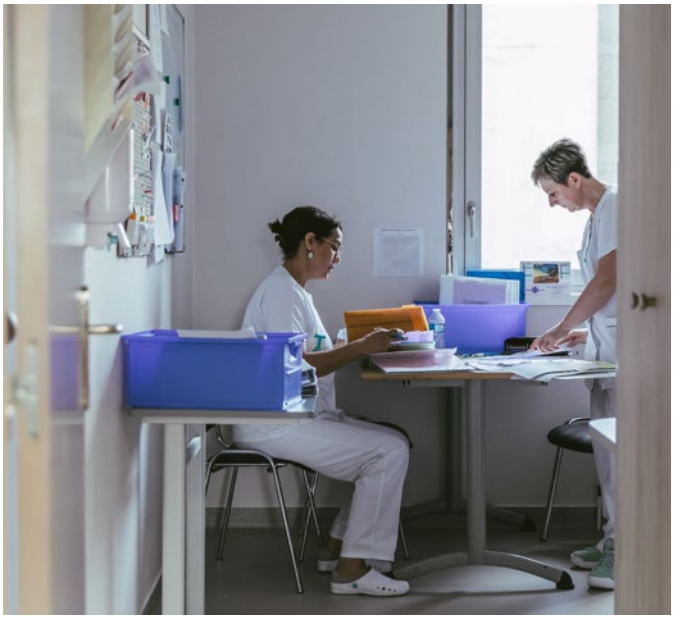
Décentraliser la gestion de l'hôpital public en autonomisant les établissements

Notre système de santé fait face depuis une vingtaine d'années à de profonds bouleversements : le vieillissement de la population, **l'accélération des innovations technologiques médicales très coûteuses** –auparavant décennales, maintenant quasi-trimestrielles-, l'accroissement des demandes d'hospitalisation à domicile et les réformes successives **demandent aux hôpitaux une capacité d'adaptation de plus en plus importante** et rapide. Si ces évolutions contraignent l'ensemble du système hospitalier à des efforts organisationnels conséquents et répétitifs, l'**hôpital public fait face à une difficulté supplémentaire** inhérente à son modèle : son mode de gestion contraint, les lourdeurs administratives, son fonctionnement vertical comme la très grande taille des organisations hospitalières publiques se prêtent peu à une telle réactivité. Pour certain·e·s, il est clair que « les règles de gestion d'un établissement public administratif sont devenu[e]s incompatibles avec la souplesse, la réactivité et l'efficacité nécessaires pour faire face aux enjeux d'une évolution permanente »[13].

Les hôpitaux publics manquent d'une certaine marge de manœuvre concernant leurs choix d'investissement et leur capacité à les réaliser rapidement, leur gestion des services et des personnels. Leur capacité à adapter leur taille, leurs modalités de fonctionnement ou leur offre aux besoins de leurs territoires est au mieux lente, souvent fortement limitée ; provoquant une friction entre le rythme des évolutions de leur environnement et leur propre temporalité. Le risque d'une inadéquation croissante entre l'offre de soin et les besoins des populations est grand, de même que celui d'une **aggravation du mal-être au travail des personnels hospitaliers**, de par le décalage entre leurs conditions d'exercice et les exigences naissant de ces évolutions.

En parallèle, beaucoup de médecins ont exprimé l'impression d'avoir « retrouvé le sens de leur métier » durant la crise sanitaire du COVID-19, l'ampleur et la brutalité de l'épidémie ayant conduit à fortement alléger les contraintes administratives au profit de la pertinence des soins. Si nous ne pouvons pérenniser une organisation de crise sur le long terme, certains enseignements seront certainement à tirer de cette expérience : **les lourdeurs de gestion peuvent aujourd'hui constituer un obstacle au soin et entraîner une perte du sens de ces métiers, plutôt qu'un soutien organisationnel**.

Les hôpitaux publics devraient donc retrouver un pouvoir de décision adapté à leurs fonctions, leur connaissance de leur territoire, leur capacité d'innovation et leur créativité. Simplifier et accélérer l'accès aux nouvelles technologies médicales, aux investissements –notamment dans l'humain, afin **d'augmenter les effectifs des équipes médicales**- passerait nécessairement par une réorganisation de l'hôpital public, **donnant à l'établissement davantage d'autonomie et de responsabilités**.



Proposition 2.

Décentraliser la gestion des hôpitaux publics en donnant davantage d'autonomie et de responsabilités aux établissements.

(13) Coronavirus : « A l'hôpital, il faut sortir du débat mortifère public-privé », Tribune Guy Collet et Gérard Vincent, directeurs d'hôpitaux, Le Monde, 23/04/2020

Sortir du débat public-privé pour renforcer le service à la population

Aujourd'hui, **la logique de statut prime ainsi sur la logique d'utilité publique** : des statuts dépendent les modes de financements et les autorisations de pratiques, parfois sans justification au regard des activités et des services publics offerts. C'est notamment le cas pour les hôpitaux privés non-lucratifs, qui accomplissent les mêmes missions d'accès au soin pour tou·te·s que les hôpitaux publics et aux mêmes tarifs ; à la différence qu'ils doivent pour cela surmonter les obstacles législatifs et réglementaires au lieu de les compter comme soutiens dans l'accomplissement du service public.

Face aux déserts médicaux morcelant le territoire, aux difficultés d'accès au soin pour les plus vulnérables ou les plus précaires, pour les personnes lourdement handicapées, pour les personnes âgées isolées, les personnes vivant en milieu rural et bien d'autres, nous aurions tout intérêt à repenser notre approche de l'organisation sanitaire. **Passer d'une logique de statut à une logique de service rendu**, notamment autour de l'accès au soin pour tous et toutes, permettrait d'adapter une offre de santé aujourd'hui insuffisante et mal répartie.

Afin de pouvoir **répondre aux besoins réels de populations et des territoires**, nous proposons d'établir un **socle commun d'obligations minimales de service public**, s'appliquant à tous les hôpitaux et cliniques quel que soit leur statut, selon une **logique de subsidiarité**. Les actes médicaux concernés feraient l'objet d'une compensation égale, poussant chaque établissement ou praticien, de statut public ou privé, à des prises en charge sans discrimination entre les patients, leurs pathologies ou leurs revenus.

Dans la continuité de cette réflexion, il serait utile de **rééquilibrer la gouvernance des Groupements Hospitaliers de Territoire** (GHT). Aujourd'hui, il s'agit majoritairement des Groupements Hospitaliers Publics (GHP), parfois doublés de groupements privés parallèles, sans réelle coordination permettant une complémentarité de l'offre de soin ou, le cas échéant, de s'organiser efficacement et rapidement afin d'enrayer une épidémie. Nous proposons d'**associer à la gouvernance des GHT les acteurs de santé, du social et du médico-social privés non-lucratifs et privés commerciaux** pertinents sur le territoire, la **médecine de ville** ainsi que les **représentant·e·s d'usagers et d'aidant·e·s**, par exemple sous la forme la plus souple du **Groupement de coopération sanitaire (ou social et médico-social) à l'échelle du département**. Le choix de l'échelon départemental vise à assurer la bonne synchronisation avec le secteur social et médico-social, qui opère à ce niveau.

Proposition 3.

Établir un socle commun d'obligations de service public pour tous les hôpitaux et cliniques, rémunérées également pour les mêmes actes, sans discrimination entre les patient·e·s. Associer les acteurs privés du sanitaire, du social et du médico-social à la gouvernance des Groupements Hospitaliers de Territoire.

Mettre le soin au centre du fonctionnement de l'hôpital

Revaloriser les carrières hospitalières

Les salaires des infirmier·e·s français·e·s sont 10 % inférieurs au salaire moyen en France, laquelle se classe **28e sur 32 des pays de l'OCDE pour la rémunération des infirmier·e·s hospitaliers**. Par ailleurs, 30 % des infirmier·e·s abandonnent cette profession dans les 5 ans suivant l'obtention du diplôme. Plus d'un quart des postes hospitaliers en temps plein sont vacants, de même qu'1 poste d'aide-soignant·e sur 2 en EHPAD. Le constat est clair : les métiers du soin connaissent une crise des vocations, directement liée à des salaires trop faibles pour l'ampleur de la tâche, un épuisement professionnel dû au manque de moyens humains conduisant à opérer en sous-effectifs et un manque de reconnaissance général.

Il s'agit d'un problème largement identifié : aujourd'hui, plus de 65 % des responsables hospitaliers publics ont comme priorité le renforcement des effectifs de soin et 60 % l'augmentation de leur salaire. **L'investissement dans l'humain et dans le personnel de soin est largement priorisé comme levier de sortie de crise** et de développement, et n'est plus envisagé comme un levier de réduction des charges[14]. Attirer des talents, les fidéliser, proposer une formation continue de qualité font ainsi partie des priorités ; ce qui permettrait non seulement de **renforcer les équipes**, mais également de lutter contre l'absentéisme ou les arrêts maladies en lien avec l'activité professionnelle, par une amélioration du bien-être au travail, des conditions salariales et du sens accordé à l'emploi. Notons par ailleurs que la revalorisation de ces métiers permettrait de **lutter contre la fuite des professionnel·le·s vers les pays limitrophes offrant des salaires hospitaliers plus élevés**, notamment dans l'Est de la France.

Nous identifions ainsi une double-nécessité : celle pour les établissements de travailler leur marque-employeur et le bien-être au travail ; celle pour les politiques nationales d'**améliorer l'attractivité générale de ces filières**, certaines peinant à attirer dès le stade de l'entrée dans les études (aide-soignant·e·s, psychiatrie, gériatrie…)[15].

Pour cela, deux types de mesures nous paraissent nécessaires :

1/ Une revalorisation des métiers par une hausse des salaires des professionnel·le·s exerçant dans les établissements de santé : cela engloberait non seulement les métiers paramédicaux (infirmier·ère·s, aides-soignant·e·s), mais également les postes d'agent·e·s de services hospitaliers (ASH), qui sans être des métiers du soin contribuent grandement à la sécurité des parcours des patient·e·s.

2/ Un travail sur les possibilités d'évolution de carrière. Ce deuxième volet se concrétiserait notamment par la construction **d'échelons complémentaires pour les carrières infirmières, et paramédicales au sens large**, donnant la possibilité d'accéder au fur et à mesure de l'acquisition d'expériences et de compétences à un rôle plus large, avec la possibilité de réaliser des consultations et des soins plus complexes. Il faut éviter - comme pour les médecins- que la seule évolution de carrière possible soit celle de fonctions administratives ou managériales, comme c'est le cas aujourd'hui. Davantage d'**infirmier·e·s clinicien·ne·s et prescripteurs·trices** pourraient ainsi être formé·e·s. Cela pourrait également passer par l'obtention de **Masters**, offrant la possibilité de se spécialiser sur un type de savoir ou de compétence et ouvrant la voie vers de **réelles perspectives de carrière** : éducation thérapeutique du patient, animation territoriale des parcours de soins, animation et coordination de politiques de prévention territoriales…

Enfin, pour tous les métiers hospitaliers, et notamment médicaux, il y a lieu de mettre en place un **« management par le savoir », valorisant l'expertise** : une personne se spécialisant au sein d'une équipe sur une thématique donnée serait garante de la technicité de l'équipe sur les connaissances scientifiques pertinentes, comme sur les bonnes pratiques à suivre. En assurant ce rôle et en assumant ce statut dans le fonctionnement interne –améliorer le niveau de son service autour de sa spécialité, représenter son ou sa chef·fe de service aux évènements en lien, etc. – de nouvelles perspectives de carrière et de reconnaissance professionnelle s'ouvriraient.

Les salaires des infirmier·e·s français·e·s sont

10 %

inférieurs au salaire moyen en France

30 %

des infirmier·e·s abandonnent cette profession dans les 5 ans suivant l'obtention du diplôme

28e

Classement de la France sur 32 des pays de l'OCDE pour la rémunération des infirmier·e·s hospitaliers

Plus d'**1/4**

des postes hospitaliers en temps plein sont vacants

(14) « L'hôpital face à ses défis : le pari de l'humain », Grande enquête Mazars, 2020
(15) Ibid

Inclure le personnel soignant dans la gouvernance et le management des hôpitaux

Afin de garantir la primauté des logiques de soin dans le fonctionnement de l'hôpital, nous devons **revaloriser la place des soignant·e·s dans le leadership des établissements**.

Depuis plusieurs années, divers modèles se développent en vue de repenser le fonctionnement hospitalier. Ils ont en commun de promouvoir une **gestion décentralisée responsable axée sur l'autonomie des équipes de terrain, la confiance** et une réelle **délégation des prises de décision** de la part de la direction vers les différents pôles avec une enveloppe adossée. L'équipe dirigeante se met alors à disposition des pôles et tranche éventuellement les décisions qui lui sont remontées ainsi que le cadre général de l'établissement : le **poids hiérarchique est allégé**.

Des médecins chef·e·s de pôle assument des fonctions managériales, après avoir été accompagné·e·s de manière progressive et leurs équipes renforcées pour compenser la perte de temps dédié au soin. Il y a une réelle **collaboration et reconnaissance interprofessionnelle** entre les infirmier·ère·s, les autres compétences paramédicales, les aide-soignant·e·s, les médecins et le personnel administratif. Par ailleurs, le **parcours de soin des patient·e·s est la colonne vertébrale des choix organisationnels**, avec une finalité clairement orientée vers le soin et le bien-être. Le partenariat avec les patient·e·s mais également avec les aidant·e·s et leurs organisations représentatives est primordial.

La nécessité d'aller vers un management participatif et collégial incluant médecins et soignant·e·s dans les prises de décision est d'ailleurs consensuelle : **75 % des directions d'hôpitaux publics estiment qu'il s'agit d'un objectif prioritaire**.

Ce modèle dit de l'« hôpital magnétique », c'est-à-dire attractif et capable de fidéliser les patient·e·s comme les personnels, produit des effets extrêmement positifs : d'après une étude menée en 2020, les hôpitaux magnétiques ont « moins d'accidents du travail, moins d'exposition au burn-out, moins d'absentéisme médical et paramédical, moins de turn-over et une meilleure attractivité au recrutement ». Le personnel y est plus satisfait, impliqué, fidélisé ; s'y sent plus efficace et sécurisé. Du côté des patient·e·s, on y dénote une **qualité des soins supérieure**, avec « des taux de mortalité plus faibles sur les mêmes pathologies et des risques similaires, moins d'erreurs et d'accidents »[16].

Développer ce type de modèle hospitalier à la gestion décentralisée et collaborative, faisant du parcours patient le centre de ses attentions - et du soin le centre de ses critères décisionnels - peut représenter une solution durable, efficace et humaine ; répondant à la nécessité **d'améliorer à la fois l'attractivité et le bien-être au travail pour les professionnel·le·s, et de prendre en compte l'expérience-patient dans l'évaluation de la qualité des soins.**

Proposition 4.

Revaloriser les métiers hospitaliers dans les salaires comme dans les possibilités de carrière ; et repenser la place des soignant·e·s dans la gouvernance et le management des hôpitaux.

Le Centre Hospitalier de Valenciennes, d'établissement public en grande difficulté à modèle d'efficience

Le Centre Hospitalier de Valenciennes se distingue par son mode de gestion renouvelé, lui ayant permis de passer en 10 ans de CH en grande difficulté à modèle d'efficacité, de bien-être au travail et d'attractivité pour les professionnel·les comme pour les patient·e·s. Avec 137 751 admissions par an et 420 millions d'euros de budget, il a osé faire le pari d'une gestion décentralisée par pôles, tournée vers les patient·e·s et privilégiant les impératifs de soin. Après dix années de mise en place progressive et accompagnée, ce pari est réussi.

La hiérarchie est inversée. La décision part du terrain et de chaque pôle, dont le médecin-manager administre la part du budget dédiée à son secteur. Les arbitrages importants sont remontés à la direction générale si nécessaire, puisqu'elle garde la responsabilité managériale de l'établissement.

Cette gestion est d'abord tournée vers l'amélioration des soins, par exemple par l'accueil personnalisé des patient·e·s arrivant aux urgences. Elle est aussi participative, puisque tou·te·s les soignant·e·s sont à l'origine des décisions, qu'elles soient médicales ou opérationnelles. Elle est enfin efficace, car fondée sur un partage d'indicateurs-clefs et de transferts budgétaires équitables entre les différents services.

Primé à de nombreuses reprises pour la qualité de ses soins et de sa gestion opérationnelle, le CH de Valenciennes démontre qu'il n'existe pas d'incompatibilité entre gestion participative, qualité des soins et principe d'efficacité, permettant de se concentrer sur l'accueil des patient·e·s et leur suivi.

(16) « L'hôpital face à ses défis : le pari de l'humain », Grande enquête Mazars, 2020

Mettre l'expérience-patient au centre de la qualité des soins

La prise en compte de l'**expérience-patient**, c'est-à-dire le **ressenti et le vécu d'un·e patient·e lors de son parcours de soin**, est fondamentale à plusieurs égards. Il s'agit d'une part d'**évaluer la qualité des soins**, de la prise en charge et de l'accompagnement dans sa globalité du point de vue des patient·e·s et pas seulement du point de vue purement médical des soignant·e·s. D'autre part, cette approche permet de **valoriser l'expertise que peuvent développer certains malades**, notamment chroniques ou de longue durée, autour de leur pathologie et des meilleures pratiques à y appliquer.

Aujourd'hui, peu d'établissements mettent réellement en place ce type d'approche, malgré une large approbation de principe : si 84 % des hôpitaux publics sont sensibles à la démarche expérience-patient, seuls 27 % ont lancé une telle expérimentation[17]. Pourtant, il peut s'agir d'un levier d'amélioration concret et efficace, pour une meilleure qualité et organisation des pratiques soignantes.

La réflexion autour de la valorisation de l'expérience des patient·e·s et de leur apport dans la relation partenariale soignant·e-soigné·e n'est pas nouvelle. Depuis le début de l'épidémie de VIH/sida, la **relation descendante du médecin-expert·e vers un·e patient·e passif·ve a été complètement réinterrogée**. L'absence de connaissance des médecins au moment des prémices de ce virus sur son fonctionnement, voire sur son existence, a placé de fait les malades dans une position de « sachants », décrivant aux médecins les symptômes et effets des traitements. Depuis lors, la relation soignant-soigné commence à être envisagée comme partenariale, chacun mettant ses connaissances et son expérience au service du soin, qui ne peut être envisagée que comme une relation tournée vers l'échange.

Aujourd'hui encore, certaines maladies sont reconnues par le corps médical bien après leur identification par les patient·e·s. Nous pouvons citer l'**endométriose**, maladie touchant environ **1 femme sur 10** longtemps ignorée des gynécologues. Les témoignages se multiplient quant aux conséquences de cette ignorance, entraînant dans le meilleur des cas un aveu d'impuissance, et trop souvent une négation du caractère pathologique des douleurs et symptômes ressentis par ces femmes. De ce fait, la **durée moyenne entre les premiers symptômes et la pose d'un diagnostic s'élève à 6-10 ans**.[18] Aujourd'hui encore, il reste donc fondamental d'accélérer l'évolution des mentalités initiée durant l'épidémie du VIH/sida : sans rien retirer à l'expertise médicale, **l'écoute du ressenti et de l'expérience des patient·e·s peut se révéler décisive pour un dépistage le plus précoce possible et un accompagnement véritablement adapté. L'énergie des patient·e·s peut alors être pleinement mobilisée pour sa guérison ou sa rémission.**

En parallèle des initiatives de capitalisation autour de l'expérience-patient, existe le concept de « patient·e-expert·e » ou « patient·e partenaire de soin ». Dans ce type de démarche, il ne s'agit pas de recueillir une simple appréciation sur les soins ; mais bien **d'impliquer les patient·e·s choisi·e·s en amont, dès la conception d'un nouveau projet** ; jusqu'en aval dans la réadaptation et la réinsertion. Les patient·e·s-expert·e·s ont développé, par leur vécu expérientiel de la maladie parfois complété par des études universitaires, une connaissance approfondie de leur pathologie. En employant un·e patient·e-expert·e dans un hôpital, nous engageons une **relation mutuelle bénéfique** : le ou la patient·e-expert·e voit ses **connaissances reconnues et valorisées** financièrement ; l'hôpital gagne une **expertise complémentaire à la compétence médicale**. Celle-ci est précieuse pour l'amélioration des thérapies proposées comme pour l'organisation des soins, car la vie quotidienne des patient·e·s se déroule de plus en plus souvent à domicile ou en temps partiel, en hôpital de jour.

Proposition 5.

Mettre l'expérience des patient·e·s au centre de l'évaluation et de l'amélioration des soins et développer les programmes de patient·e·s-expert·e·s.

(17) « L'hôpital face à ses défis : le pari de l'humain », Grande enquête Mazars, 2020
(18) « Endométriose : le diagnostic prend en moyenne 6 à 10 ans ! », Le Point, 03/03/2015

L'Université des patients

L'Université des patients a été fondée en 2009 par le Pr Catherine Tourette-Turgis, pionnière dans l'accompagnement des malades dans le champ du VIH-Sida. Elle offre des formations à destination des malades, afin qu'ils deviennent « patient·e·s-expert·e·s ». Partie intégrante de Sorbonne Universités, l'Université des patients présente trois diplômes universitaires dans le but de former ceux et celles qui sont malades ou qui l'ont été, pour qu'ils et elles reprennent confiance en eux·elles, valorisent leur utilité pour le monde médico-social et fassent de la maladie une occasion d'apprentissages. Ils et elles deviennent ensuite employables, notamment par les établissements de santé, dans le cadre de cette expertise.

L'objectif ? Faire de l'expérience de la maladie une expertise, en formant des personnes ayant vécu une pathologie pour qu'elles puissent accompagner les malades dans les structures de soins ou les différentes associations de santé. Dix ans après sa création, l'université avait diplômé plus de 180 malades, aux parcours diverses, et compte aujourd'hui près de 18 maladies chroniques au sein de ses étudiant·e·s.

L'Université des patients vient remettre l'accompagnement des patient·e·s au cœur du monde de la santé et nous rappelle que la maladie ne se limite pas à un aspect médical, mais nécessite aussi un accompagnement global.

Pr Catherine Tourette-Turgis
Administratrice du GROUPE SOS

« Ce n'est pas parce qu'une compétence est acquise en milieu hostile, dans un contexte de maladie, qu'elle ne peut pas servir à d'autres personnes, d'autres espaces sociaux. »

Une initiative du GROUPE SOS : les pôles d'excellence de ses hôpitaux

Les initiatives de GROUPE SOS Santé résultent de la conjonction entre un besoin sans réponse satisfaisante dans le territoire -au-delà des besoins de soins « classiques » - et une équipe soignante et managériale motivée, souvent en coopération étroite avec des partenaires. Nos établissements de taille intermédiaire développent des spécialités pointues, au service de leurs territoires, impliquant au maximum les patient·e·s dès la conception des projets.

En diabétologie, un réseau exemplaire accompagnant près de 600 bénéficiaires a ainsi été mis en place à l'Hôpital du Creusot (71) avec toutes les modalités préventives et curatives souhaitables, y compris avec un atelier permettant l'obtention de chaussures adaptées pour des patient·e·s ayant un « pied diabétique ». La Fondation de France a apporté son label et un financement pour soutenir la création d'une dynamique de « patient·e·s partenaires de soins » dans le domaine du diabète, en lien avec l'Université des patients.

Dans le même sens, une formation a été réalisée en juin 2019 pour les quatre établissements disposant d'une activité en **cancérologie**, associant conjointement des soignant·e·s et des patient·e·s intéressé·e·s par le rôle de « patient·e partenaire de soin ».

Une prise en charge pluridisciplinaire de **l'obésité**, intégrant des compétences somatiques, psychiques, diététiques et en activités physiques adaptées a été mise en place avec un réel succès à l'Hôpital de Mont-Saint-Martin (54), et se déploie sur d'autres sites.

Des centres pluridisciplinaires de **prise en charge des troubles du sommeil** ont été créés à l'Hôpital Jean-Jaurès (75), à l'Hôpital du Kem (57), de Château-Salins (57) et bientôt à l'Hôpital du Creusot (71), faisant du GROUPE SOS le leader national dans ce domaine.

Développer le lien
entre l'hôpital et son territoire

Organiser la collaboration entre les différents acteurs de santé du territoire

Le lien entre l'hôpital et son territoire, axe historique des établissements privés non-lucratifs, s'est avéré précieux durant l'épidémie de COVID-19 : afin d'organiser une réponse concertée, globale et efficiente, l'habitude de travailler ensemble, connaître les pratiques des autres professionnel·le·s et établissements et la capacité à s'organiser en réseau ont été déterminants. Afin de développer et de pérenniser ce lien, nous proposons d'agir sur plusieurs volets :

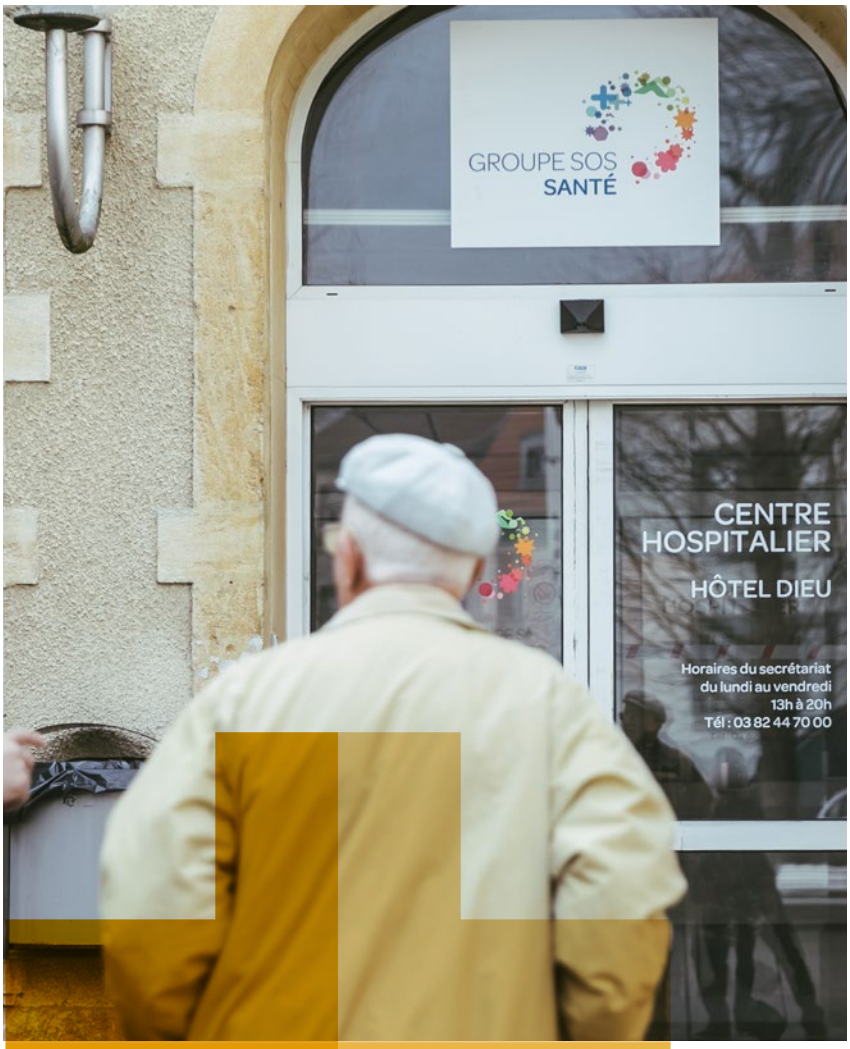
1/ Organiser une collaboration étroite entre les hôpitaux et leur bassin, en créant un réseau incluant médecins de ville, établissement sociaux et médico-sociaux, associations d'usagers et organismes de prévention. La création d'un tel réseau et son financement décentralisé permettraient d'une part d'identifier les besoins du territoire et d'y adapter l'offre de prévention, de soin et d'accompagnement ; en concertation avec l'ensemble des parties prenantes. D'autre part, cela pourrait être une première étape vers la nécessaire mise en place de structures de coordination des parcours des patient·e·s faisant face à des situations complexes, lesquelles ne seront efficaces qu'à la condition d'un pilotage opérationnel partagé.

2/ Inclure dans les parcours universitaires médicaux un stage dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Cela permettrait de sensibiliser les étudiant·e·s en médecine aux différentes problématiques touchant les usagers de ces établissements, favorisant ainsi leur capacité à réfléchir selon des logiques de parcours et à travailler en réseau avec ces établissements. La prise en charge des personnes vulnérables –les personnes en situation de handicap lourd par exemple- est trop souvent peu connue et peu maîtrisée, et donc source d'appréhensions : un tel stage pourrait permettre de les désamorcer. Enfin, la compréhension mutuelle entre professionnel·le·s, indispensable à la fluidité de la collaboration, s'en trouverait grandie.

3/ Faire de l'hôpital un acteur-clef dans la lutte contre les déserts médicaux, en organisant avec les différentes parties prenantes et les élu·e·s locaux·ales l'offre de soin en bonne intelligence afin qu'elle soit complémentaire et non inutilement concurrentielle. L'hôpital pourrait notamment se positionner comme **partenaire des projets d'implantation de structures de santé de premier recours, employeur de médecins de ville en fonction des besoins, à temps partiel ou à temps plein, et développeur de programmes de télémédecine** permettant d'élargir l'offre de soins spécialisés grâce à son réseau de partenaires et de professionnel·le·s de santé.

Proposition 6.

Développer une offre de soin adaptée dans les déserts médicaux en créant un réseau collaboratif entre les hôpitaux et leurs territoires - établissements sociaux et médico-sociaux, médecine de ville, étudiant·e·s en médecine, élu·e·s locaux·ales.



Une initiative du GROUPE SOS :

le projet d'implantation des médecins de ville salarié·e·s par l'hôpital de Mont-Saint-Martin sur son bassin

GROUPE SOS Santé, souhaitant participer à la lutte contre les déserts médicaux, s'est engagé auprès des territoires dans lesquels il est implanté en recrutant des médecins généralistes, salarié·e·s de l'hôpital mais installés en ville. Cela permettrait de compenser les difficultés d'accès aux soins de premier recours dans les territoires au faible maillage sanitaire.

Cette initiative est en cours de lancement à l'hôpital de Mont-Saint-Martin, en coopération avec les élu·e·s et professionnel·le·s de santé du territoire.

Développer une offre de prévention coordonnée et adaptée au territoire

Un constat largement partagé par les expert·e·s de notre système de santé est la **nécessité d'« investir massivement sur la prévention**, dont le financement minimaliste est une injure à la santé publique » [19]. La prévention est la grande oubliée des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales françaises, bien trop centrées sur le curatif au détriment du préventif. Pourtant, le coût évité potentiel est gigantesque ; tant sur le plan financier que sur le plan humain : détection précoce de handicaps, maladies évitables, addictions, obésité…

La prévention est traditionnellement l'apanage des médecins et infirmier·ère·s libéraux·ales : contrairement à l'hôpital, ils et elles sont généralement à même de recevoir des patient·e·s en amont du besoin de soins, ce qui les place en position de proposer une prévention efficace. Cependant, les **problématiques de démographie médicale ainsi que la surcharge de travail des médecins généralistes font obstacle à cette mission de santé publique** ; de même que le peu de moyens consacrés aux politiques nationales de prévention.

Plusieurs mesures simples sont envisageables afin d'améliorer le déploiement d'offres de prévention adaptées aux besoins de chaque territoire :

1/ Inclure dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) un item « Prévention », dans lequel l'hôpital serait positionné comme co-animateur en charge d'organiser avec les autres acteurs – médecins de ville, établissements sociaux et médico-sociaux, associations d'usagers et de malades, élu·e·s locaux·ales… - la déclinaison locale du plan national et régional. Le réseau aurait ainsi la possibilité de mettre en œuvre des évaluations des besoins de son territoire en la matière, et de se doter d'objectifs et de priorités, avec une enveloppe adossée. Les opérations de prévention et de communication utiliseraient **des points d'entrée touchant une large partie de la population : milieux scolaires et professionnels**, mairies et centres communaux d'action sociale, entreprises et services de santé au travail.

2/ Créer des maisons d'éducation thérapeutiques adossées à l'hôpital, en partenariat avec les médecins de ville, psychologues et associations de malades volontaires. Le rapport psychologique parfois compliqué qu'entretiennent certaines personnes avec la maladie qui les concerne peut constituer un obstacle au rétablissement et au bien-être des patient·e·s : déni de la maladie entraînant des ruptures de traitement, souffrance psychologique, isolement… L'association d'un soutien médical, d'un soutien psychologique et d'un soutien de pairs partageant l'expérience de la même maladie (en lien avec les associations de malades et d'aidants) offre une combinaison des savoirs et des expériences à même de prévenir et d'accompagner ces risques. Par ailleurs, nous pourrions ainsi **profiter du moment curatif** –le rendez-vous à l'hôpital- **pour ajouter un volet préventif**. Ces maisons d'éducation thérapeutiques à la **gouvernance partenariale** entre toutes les parties prenantes pourraient également servir de **base à la création d'un Master infirmier en animation territoriale en santé**.

3/ Promouvoir l'évaluation continue des pratiques par les pairs pour les personnels soignants, paramédicaux et administratifs hospitaliers. L'objectif serait d'évaluer dans la pratique la qualité des soins ou du travail fourni, afin d'identifier les mises à niveau nécessaires et de prévenir les risques de perte de compétences avec le temps. Dans la continuité de cette proposition, l'hôpital pourrait **co-animer la formation médicale continue** pour l'ensemble des professionnel·le·s de **santé sur les territoires éloignés des centres universitaires**. Ces politiques d'évaluation et de formation seraient confiées aux sociétés savantes de chaque profession (médecins, kinésithérapeutes, infirmier·e·s).

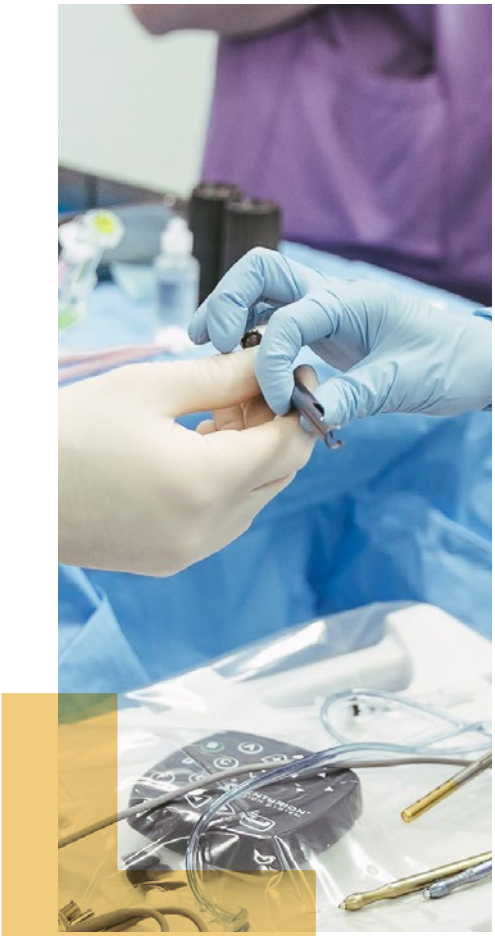
Proposition 7.

Développer une offre de prévention territoriale animée par l'hôpital en partenariat avec les acteurs de son territoire. Créer des maisons d'éducation thérapeutiques adossées aux hôpitaux.

(19) « Santé : les 10 chantiers à lancer d'urgence », par Guy Vallancien, 20/04/2020, Le Point.fr

Organiser et fluidifier les parcours, en particulier des malades chroniques

Afin de construire une offre de santé adaptée aux besoins des populations et des territoires, il est nécessaire d'aller au-devant des évolutions sanitaires et sociales. Depuis plusieurs années, nous constatons notamment une **augmentation des maladies chroniques**. En cause, principalement le **vieillissement de la population**, qui augmente la part des maladies courantes chez les personnes âgées –diabète par exemple-, **la hausse des inégalités et ses conséquences sur les modes de vie** favorisant une mauvaise alimentation, un manque de sommeil et une augmentation du stress – responsables de maladies cardio-vasculaires, d'obésité et de maladies psychiatriques y compris chez les jeunes-, la **sédentarité**, la consommation de produits addictifs nocifs, et la **pollution** – qui entraînent une hausse des maladies respiratoires chroniques-, ou encore les progrès de la médecine qui ont conduit à la chronicisation de certaines maladies aigües (Sida par exemple) et à l'allongement de la durée de vie des malades chroniques[20]. Contre ces maladies chroniques, plusieurs éléments de réponses ont été cités plus haut : la **prévention et l'éducation thérapeutique**, notamment pour les maladies chroniques demandant un changement de mode de vie, le déploiement de la télémédecine, ainsi que **le travail de concert entre sanitaire (hôpital et ville), social et médico-social** afin de coordonner et fluidifier les parcours de patient·e·s s'inscrivant sur le temps long.



Or, notre système de santé, traditionnellement construit dans une logique de traitement des maladies aigües – autour du médecin et de sa rencontre ponctuelle avec un patient[21] - a continué d'avancer à contre-courant de ces évolutions épidémiologiques, en introduisant la **tarification à l'activité (T2A)**[22] dans les hôpitaux et cliniques. Celle-ci se révèle **peu adaptée à la logique de parcours des patient·e·s** : si elle peut convenir pour des soins aigüs ponctuels, elle n'est en aucun cas pertinente dans le cadre d'une thérapie de longue durée et coordonnée par un ensemble d'acteurs dans et hors de l'hôpital.

La **T2A représente un casse-tête bureaucratique ainsi qu'une forme supplémentaire de pression financière** –faire de l'acte- pour les personnels hospitaliers, participant à la montée de leurs **activités administratives au détriment du soin**. D'autres facteurs y participent également, comme la multiplication d'indices de mesure de qualité superposés et enchevêtrés qui gagneraient à être simplifiés. Une part démesurée du temps des soignant·e·s hospitaliers est dédiée à ces tâches, pour des équipes déjà en sous-effectif. Nous devons permettre à nouveau aux soignant·e·s d'être au soin.

(20) Avis du CESE « Les maladies chroniques », Michel Chassang et Anne Gautier, juin 2019
(21) Ibid
(22) Mode de financement qui instaure un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, quels que soient leur statut et leur spécialité, dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. La logique de moyens qui prévalait jusque-là cède la place à une logique de résultats.

Dans le cadre d'une réforme de la T2A, nous proposons donc d'imaginer **un système d'enveloppe forfaitaire adapté aux parcours des malades chroniques**, incluant un volet collaboratif entre médecine de ville et médecine hospitalière. Cette réforme, déjà amorcée sur les sujets d'insuffisance rénale et orthopédiques de prothèses totales de hanche ou de genoux (PTH/PTG), mérite d'être étendue à toutes les formes de maladies chroniques : obésité, maladies cardio-vasculaires, troubles psychiques, diabète, etc.

Par ailleurs, si la T2A a eu le mérite de chercher à harmoniser le financement des actes et des séjours entre les régions et les établissements du service public, **elle est devenue beaucoup trop complexe**. Elle expose aujourd'hui les établissements à de **trop nombreux aléas, en particulier pour couvrir leurs coûts fixes incompressibles** (départ d'un médecin, difficultés de recrutement infirmier, obligations de travaux, etc.). **Ces coûts fixes doivent donc être correctement financés par un socle budgétaire stable et réaliste, complété par des financements liés au développement de l'activité et aux missions de santé publique le cas échéant**. Il est possible de s'inspirer du schéma de financement imaginé dans l'urgence de la crise sanitaire du COVID-19, avec une garantie de recettes.

Deuxième sujet autour de la fluidité des parcours patients : le **développement des offres de soins à domicile et d'équipes mobiles territoriales de proximité**, extension de l'hôpital « hors les murs », doit s'accélérer. Qu'elle s'opère à destination des personnes en perte d'autonomie, en soins palliatifs, en psychiatrie, ou dans le cadre d'un handicap, cette offre présente **le double avantage de répondre à un désir** de plus en plus **exprimé par les patient·e·s** et de permettre de **soulager leurs aidants** de déplacements fatigants et complexes. A condition bien sûr de les accompagner de moyens adéquats : les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), équipes pluriprofessionnelles qui accompagnent la prise en charge des fins de vie à l'hôpital, en établissement médico-social ou à domicile décrivent une situation qui « n'est vécue comme « *gérable* » que pour 42 % des équipes répondantes, alors qu'elle est « *limite* » pour 52 % et « *ingérable* » pour 6 % d'entre elles »[23] ; en raison d'une surcharge de travail dans de trop nombreux EHPAD, pour des effectifs restreints[24].

Sur ce terrain, le secteur PNL **occupe une place prépondérante dans les activités relevant de « l'hôpital hors les murs »[25], notamment en hospitalisation à domicile (HAD) et en dialyse hors centre**. Il concrétise ainsi le principe de mutabilité voulant que service public s'adapte à l'intérêt général, y compris quand celui-ci évolue et prend une forme nouvelle. L'augmentation des maladies chroniques confirmera très probablement cette tendance. Celle-ci mérite d'être anticipée, du point de vue de notre organisation sanitaire et hospitalière comme sur les nouveaux outils à développer pour l'accompagner ; en premier lieu desquels la télémédecine.

35%

de la population couverte par le régime général de l'assurance maladie et 26% de la population relevant du régime agricole a été concernée par au moins une maladie chronique

Proposition 8.

Construire un socle de financement hospitalier stable et un système d'enveloppe forfaitaire adapté aux parcours des malades chroniques. Développer les activités de l'hôpital « hors les murs » pour fluidifier les parcours patients.

(23) « Une vaste enquête pour mieux comprendre et améliorer les soins palliatifs en France », Catherine Vincent pour Le Monde, 11/06/2020
(24) État des lieux des structures et ressources en soins palliatifs, Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV), 11/06/2020
(25) Ambulatoire ou de temps partiel

Qu'est-ce qu'une maladie chronique ?[26]

La définition choisie par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) en 2009 caractérise une maladie ou plus généralement un « état chronique », par :

• la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive appelé à durer;

• une ancienneté minimale de trois mois ou supposée telle;

• un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants :

1/une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale;

2/ une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle;

3/ la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social[27].

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) précise par ailleurs l'importance de distinguer maladies chroniques et Affections de longue durée (ALD)[28] :

• 10,7 millions de personnes sont prises en charge pour une maladie chronique au titre du dispositif ALD.

• Mais elles sont bien plus nombreuses à être atteintes : 20 millions de personnes ont eu recours à des soins liés à une pathologie chronique[29]. Ce ne sont donc pas 17 % (la part des assurés et assurées en ALD), mais 35 % de la population couverte par le régime général de l'assurance maladie qui est concernée par une ou plusieurs maladies chroniques[30].

Parallèlement, 26 % de la population relevant du régime agricole étaient, selon la Mutualité sociale agricole, en ALD en 2017 (36 % des non-salariées et non-salariés agricoles et 18 % des salariés et salariées agricoles), soit 804 900 personnes[31].

Une initiative du GROUPE SOS : les établissements de GROUPE SOS Santé, partenaires de leur territoire

Le lien étroit avec la médecine de ville fait partie de la marque de fabrique des établissements de GROUPE SOS Santé. Une maison de santé pluridisciplinaire est située au rez-de-chaussée de l'Hôpital Jean-Jaurès (75), et une seconde est en construction à l'Hôpital de Château-Salins (54), lui-même cofondateur d'une des premières communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du département. Le lien étroit avec la médecine de ville s'est également traduit dans le partage d'équipements d'imagerie et de laboratoire ou encore de plateaux techniques de masso-kinésithérapie.

Cette dynamique de décloisonnement professionnel et territorial se vérifie également par la constitution d'équipes médicales mixtes, associant des médecins salarié·e·s et des praticien·ne·s libéraux·ales, qui sont alors honoré·e·s sur le budget de l'établissement, comme à l'Hôpital de Saint-Avold (57) et dans les autres établissements du Groupe.

Cette dynamique inclut également l'attention portée aux aidant·e·s et aux proches. Elle s'est traduite par la création prochaine d'une « maison des parents » au centre de réadaptation fonctionnelle de Villiers (94), et cette réflexion est à l'œuvre également dans les autres établissements.

Plus récemment intégré au sein de GROUPE SOS Santé, le Centre médical La Source (05) situé dans la haute vallée excentrée du Champsaur, cultive également une dynamique originale d'hôpital de proximité, ayant vocation à répondre aux besoins de premier et second recours hospitalier.

Enfin, deux établissements de GROUPE SOS Santé ont développé des « maisons sport santé » : les hôpitaux de Mont Saint Martin (54) et Saint-Avold (57), retenus par les autorités publiques de contrôle et de tarification. En lien avec les professionnel·le·s de santé du territoire et les élu·e·s, chaque maison développera des programmes d'activités physiques adaptées destinées aux patient·e·s et autres bénéficiaires potentiel·le·s du territoire.

(26) Source de l'encart : Avis du CESE « Les maladies chroniques », Michel Chassang et Anne Gautier, juin 2019
(27) HCSP, La prise en charge de la protection sociale des personnes atteintes de maladie chroniques, 2009
(28) Régime particulier de prise en charge de l'Assurance maladie, établissant une liste des maladies chroniques entrant dans ce cadre
(29) Rapport « charges et produits » de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)
(30) Audition de Nicolas Revel, Directeur général de la CNAM, devant la section des affaires sociales et de la santé le 23 janvier 2019. Ce chiffre est en cohérence avec le niveau des déclarations de maladies ou problèmes de santé chronique ou à caractère durable, qui s'élève, en métropole, à 34%(Santé Publique France)
(31) Source : rapport Charges et produits 2019 de la MSA.

Afin de construire un système de santé aussi solidaire qu'efficace, nous proposons de :

1. **Développer le modèle hospitalier privé à but non-lucratif en France, afin de compléter efficacement l'offre du secteur public en fonction des besoins de chaque territoire.**

2. **Décentraliser la gestion des hôpitaux publics en donnant davantage d'autonomie et de responsabilités aux établissements.**

3. **Établir un socle commun d'obligations de service public pour tous les hôpitaux et cliniques, rémunérées également pour les mêmes actes, sans discrimination entre les patient·e·s. Associer les acteurs privés du sanitaire, du social et du médico-social à la gouvernance des Groupements Hospitaliers de territoire.**

4. **Revaloriser les métiers hospitaliers dans les salaires comme dans les possibilités de carrière ; et repenser la place des soignant·e·s dans la gouvernance et le management des hôpitaux.**

5. **Mettre l'expérience des patient·e·s au centre de l'évaluation et de l'amélioration des soins et développer les programmes de patient·e·s-expert·e·s.**

6. **Développer une offre de soin adaptée dans les déserts médicaux en créant un réseau collaboratif entre les hôpitaux et leurs territoires - établissements sociaux et médico-sociaux, médecine de ville, étudiant·e·s en médecine, élu·e·s locaux·ales.**

7. **Développer une offre de prévention territoriale animée par l'hôpital en partenariat avec les acteurs de son territoire. Créer des maisons d'éducation thérapeutiques adossées aux hôpitaux.**

8. **Construire un socle de financement hospitalier stable et un système d'enveloppe forfaitaire adapté aux parcours des malades chroniques. Développer les activités de l'hôpital « hors les murs » pour fluidifier les parcours patients.**

GROUPE SOS
102c, rue Amelot - 75011 Paris
Tél. 01 58 30 55 55 - info@groupe-sos.org

Retrouvez-nous sur
groupe-sos.org

GROUPE SOS

agence.mouvement-up.fr | Crédits photos : Brian du Halgouet