



L'Hôpital et les établissements sociaux et médico-sociaux publics :

« La santé pour tous,
par un parcours de santé
de qualité »

FHF Hauts-de-France - Mai 2018





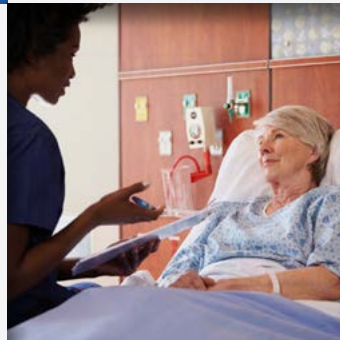
PROMOUVOIR
ET REPRÉSENTER

L'HÔPITAL PUBLIC

ET LES ÉTABLISSEMENTS
SOCIAUX ET

MÉDICO-SOCIAUX

INFORMER LES PROFESSIONNELS





Devant l'Hôpital « bashing » subi par le service public depuis plusieurs mois, la FHF Hauts-de-France affirme avec force la fierté des Hospitaliers des 176 établissements qu'elle représente.

« Nous sommes fiers d'être hospitaliers »

PARCE QUE NOS VALEURS FONDENT NOTRE ACTION

Le service public reste le seul à porter l'urgence médicale et sociale et la permanence de soins, et il est au cœur du modèle de service public et de solidarité nationale que nous souhaitons préserver.

La population de notre région **peut-être plus qu'ailleurs**, en France métropolitaine, compte-tenu de sa situation sanitaire et sociale, doit pouvoir compter **sur des établissements publics forts et fidèles aux valeurs du service public** :

- Egal accès à des offres préventives, diagnostiques, thérapeutiques, d'accueil et d'hébergement et à des soins proches, gradués, pertinents, innovants et de qualité pour toute la population, sans discrimination, ni géographique, ni financière, quelle que soit la situation sociale, l'âge, la religion, et bien sûr, la pathologie des patients ;
- Permanence et continuité de la prise en charge ;
- Volonté d'innovation et d'excellence dans les soins et l'accompagnement, l'enseignement et la recherche.

**Les responsables des établissements publics de santé
et médico-sociaux de la région Hauts de France
et leurs équipes soignantes réaffirment leur volonté
d'agir ensemble, par une stratégie publique
au service des populations de la région,
fondée sur le partage des valeurs du service public.**

PARCE QUE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ONT SU S'ADAPTER DEPUIS PLUS DE DIX ANS

L'hôpital public a su démontrer depuis de nombreuses années, sa capacité d'adaptation aux politiques de santé qui se sont succédées (T2A, HPST, Loi de Santé, PLFSS, et bientôt STSS...).

Les hôpitaux publics de la Région soignent toujours plus la population des Hauts-de-France. Les établissements publics ont accueilli toujours plus de patients.

L'activité hospitalière publique régionale n'a cessé de progresser, avec une augmentation des prises en charge en nombre de séjours, de plus de 13% entre 2013 et 2016, avec aujourd'hui (sans compter les séances et les consultations) plus de 1 050 000 de séjours en MCO.

Le nombre de passages aux urgences connaît une hausse annuelle depuis 20 ans de 3,5%, avec aujourd'hui plus de 1 470 000 passages aux urgences (dont une augmentation de 23% pour les plus de 80 ans).

Les hôpitaux publics de la Région restent performants.

Alors que l'activité a largement progressé, avec dans le même temps, la masse salariale qui a baissé (en global : -0,5%, dont en médical : - 2.9%), et le nombre de lits qui s'est réduit (-3% entre 2013 et 2016 pour 15 360 lits).

PARCE QUE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SE MODERNISENT ET SE RESTRUCTURENT POUR AMÉLIORER LES PARCOURS, LA QUALITÉ DES SOINS ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

En 10 ans, de nombreux plateaux techniques ont été regroupés et modernisés, pour satisfaire la sécurité des prises en charge.

En exemple, le CH de Doullens avec le concours du CHU Amiens Picardie. La stratégie s'est appuyée sur une convergence intelligente de moyens avec le CHU dans le domaine des consultations avancées, l'imagerie, et le laboratoire d'analyse médicale tout en conservant une importante autonomie de gestion, garante d'efficacité et de proximité.

En février 2017, le CHD comptait 71 médecins dont 36 travaillent également au CHU (avec 5 postes partagés portés par le CH de Doullens), 285 soignants, 16 médico-techniques, 34 personnels techniques et 43 administratifs.

La démographie médicale est maîtrisée avec une dynamique positive envers les internes qui sont devenus les médecins de demain.

Un vaste chantier est identifié : la démographie médicale libérale, mais ils y travaillent et imaginent proposer dans quelques mois un statut « public-privé » aux jeunes médecins qui veulent s'investir dans l'établissement et dans le territoire.

En imagerie, le parc d'IRM, par exemple en Nord Pas-de-Calais, grâce à l'aide du Conseil Régional qui a investi plus de 20 millions d'euros, chaque année, dans ce domaine, est maintenant l'un des mieux dotés de France.

Les établissements publics participent au parcours de soins des patients ayant une maladie chronique.

En exemple : la mise en place d'une filière spécialisée au CHU de Lille pour les patients avec une suspicion de première crise d'épilepsie permet d'améliorer l'accès aux examens complémentaires pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Le tissu local et associatif y est riche et mobilisé pour la santé, en relais des politiques de prévention aux niveaux régional, départemental et local.

En exemple : le CH de Valenciennes assure des consultations infirmières aux Restos du cœur, pour faciliter l'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité.

PARCE QU'UN EFFORT DE SOUTIEN A ÉTÉ PORTÉ AUX INVESTISSEMENTS DES HÔPITAUX PUBLICS DE LA RÉGION

Reconstruction CH de Douai, Arras, Maternité Paul Gellé à Roubaix...

Avec en perspective, d'importants projets d'investissements à lancer et à finaliser pour les centres hospitaliers de la région (rénovation, reconstruction, modernisation), qui s'avèrent nécessaires dans certaines zones de proximité (Lens, Maubeuge, Dunkerque, Armentières...), ou pour maintenir l'excellence et la référence de l'innovation (CHU Amiens et CHU de Lille) et de l'enseignement.

PARCE QUE LE SERVICE PUBLIC PORTE L'INNOVATION ET LA RECHERCHE MÉDECIALE, ET FORME LES NOUVELLES GÉNÉRATIONS DE PROFESSIONNELS

Les CHU ont développé prioritairement leurs missions distinctives de recours régional et de recherche en santé.

Un traitement innovant est proposé depuis avril 2018 aux patients du CHU Amiens-Picardie atteints de tumeurs rares de l'intestin grêle.

Le CHU de Lille est à la pointe de la chirurgie mini-invasive avec l'acquisition d'un nouveau robot.

En première mondiale : Opération d'une scoliose par chirurgie robotisée en pédiatrie après entraînement par simulation sur mannequin et colonnes vertébrales imprimées en 3D - CHU Amiens

En première mondiale : Un enregistrement électroencéphalographique Haute Résolution (EEG HR) à 128 électrodes chez un nouveau-né prématuré de 30 semaines a été réalisé avec une précision jamais atteinte - CHU Amiens-Picardie

En première mondiale : Le traitement des glioblastomes par association d'un nouveau dispositif d'illumination laser peropératoire à une molécule photosensibilisatrice - CHU de Lille en association avec l'Inserm et l'université.

Les hôpitaux universitaires se sont également inscrits dans une stratégie de complémentarité avec les centres hospitaliers de la région, notamment en matière de formation des praticiens.

Des **dispositifs de post-internat exemplaires** ont été mis en place depuis de nombreuses années.

Ainsi, depuis 2008, plus 260 **postes d'assistants à temps partagé** ont été créés et 80% d'entre eux se sont ancrés dans les services des centres hospitaliers de la région, contribuant au maintien d'une offre de soins de qualité et de proximité au cœur des territoires.

Le dispositif des **Chefs de Clinique en Région** contribue à développer un réseau de recherche clinique régional et à conforter des coopérations médicales entre les centres hospitaliers et les CHU d'Amiens et de Lille.

PARCE QUE LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS SONT LES MOTEURS DE LA MISE EN COMMUN DES COMPÉTENCES, EN OFFRANT LA GARANTIE DE L'OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ DANS CHAQUE TERRITOIRE DE LA RÉGION (GHT)

Les établissements publics se sont fortement engagés en faveur de la coopération, de la création et de la mise en place des **Groupements hospitaliers de Territoire**, concrétisant ainsi l'application de la stratégie de groupe public prônée par la FHF, et l'émergence de la responsabilité territoriale des partenaires du parcours de vie et de soins.

Le niveau territorial est aujourd'hui reconnu comme le niveau le plus adapté pour mettre sur pied une organisation hautement performante des systèmes de santé.

Les bases de ce niveau territorial ont été posées notamment par la création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT). La mise en place de ces groupements dans un temps très court et avec un niveau d'accompagnement initialement très perfectible a représenté un véritable exploit des professionnels hospitaliers.

Il s'agit d'une étape majeure pour permettre l'entrée de notre système de soins dans la révolution de la territorialité.

Depuis 2016, 14 GHT ont été lancés en région Hauts-de-France.

L'élaboration des projets médicaux partagés des Groupements Hospitaliers de Territoire a constitué une étape majeure de leur mise en œuvre, gage de cohérence des parcours de soins pour les usagers et de leur appropriation par les acteurs des communautés hospitalières.

La FHF Hauts-de-France engagera les établissements à aller plus loin sur l'expérience de cette territorialisation. Les établissements devront encore dépasser certaines divisions internes.

On voit apparaître des expériences de consultation avancées et d'équipes de territoire à mettre en place : un plateau technique de haut niveau + un médecin au plus près du patient.

En exemple : Dès 2015, une réflexion a été engagée face aux problèmes de démographie médicale et de chute de l'activité de la maternité de proximité de Fourmies, avec le départ de 3 équivalents temps plein sur 4.

Quatre cibles ont alors été identifiées : le maintien de l'activité, la réduction du recours à l'intérim, la création d'une équipe médicale de territoire, et l'intégration et le renforcement en chirurgie obstétrique de la maternité de Maubeuge au sein de cette équipe médicale de territoire.

L'objectif a été de mettre en place, avec l'ancien chef de pôle de la maternité de Valenciennes qui est maintenant chef de service, une coordination médicale de l'organisation territoriale de gynécologie, avec l'aide d'un coordonnateur médical adjoint qui se trouve être le chef de service de la maternité de Maubeuge.

Cette coordination porte autant sur le parcours des parturientes et des nouveau-nés que sur le projet lui-même (communication, conduite du changement) ou le recrutement de nouveaux praticiens. Le coordonnateur est également accompagné d'un assistant à temps partagé entre Maubeuge et Valenciennes, ainsi que d'un interne de territoire.

Autre exemple : L'EPSM Lille-Métropole, établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) psychiatrie Nord-Pas-de-Calais, annonce l'organisation d'une stratégie de renforcement de la démographie médicale au profit de l'EPSM Val-de-Lys-Artois, qui fait face depuis plusieurs mois à «une situation très critique» avec 20 postes de praticiens vacants.

Les projets médicaux de territoire devront favoriser les complémentarités et les solidarités médicales entre établissements. Pas pour diminuer l'offre de soins mais pour la réorganiser en bonne intelligence.

Le projet d'imagerie médicale de maillage de toutes les IRM de la région du Pr Jean-Pierre PRUVO en constitue un puissant exemple.

L'objectif **d'efficacité et de pertinence des soins** défendu depuis de nombreuses années ne peut qu'être partagé par tous.

La mise en place des GHT rend encore plus d'actualité la nécessité de pouvoir disposer des données médicales du patient pris en charge, à quelque endroit que se situe sa prise en charge.

Pour améliorer la circulation de l'information médicale entre établissements, les GHT et les CHU d'Amiens et de Lille portent ensemble un projet de plate-forme territoriale et régionale de rapprochement des identités Patients. Cette plate-forme permettra les échanges entre les différents Dossiers Patients Informatisés, les laboratoires d'analyses et les plateaux d'imagerie médicale. Ainsi les professionnels d'un même GHT pourront partager l'information médicale concernant un même patient.

Les EHPAD de la Région se regroupent pour accroître la qualité de vie et de soins des résidents tout en garantissant une accessibilité financière pour tous.

Une chambre seule coûtait 1 701€ par mois en moyenne dans un EHPAD public hospitalier en 2017, contre 1 899€ par mois (+12%) dans le secteur privé non lucratif, et 2 340€ (+38%) dans le secteur privé lucratif*

* Chiffres clés FHF Hauts-de-France – 2017 sur la base des tarifs publiés sur le site de la CNSA

Des **regroupements d'établissements sous différentes formes**, fusions, directions communes, groupements de coopération médico-sociaux afin de respecter les désirs des Personnes Âgées accueillies tout en optimisant les moyens mis en œuvre : créations d'emplois d'art-thérapeutes, musicothérapeutes, reflexologues, ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens, diététiciens, infirmières hygiénistes, assistantes sociales ...

Mais permettant aussi d'**améliorer la qualité de vie au travail des agents** : création de groupes de partages de pratiques et de réflexion (exemple : un Espace Ethique sur la manière de prendre soin des résidents), plan de formation commun, démarche projet, gestion prévisionnelles des métiers et des compétences...

**Parce que la mission des établissements publics
repose sur l'engagement et la compétence
d'un personnel soignant, administratif et technique
porteur des valeurs de la République
dans les actes et dans le quotidien,
les initiatives connues et remarquées montrent
la capacité des hôpitaux de la région à se mobiliser
pour répondre à l'augmentation des besoins de soins
de sa population.**

Malgré un contexte extrêmement contraignant :

MODIFICATIONS RADICALES DES ORIENTATIONS DE L'ÉTAT ET DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES MOTIVÉES PAR DES RECHERCHES D'ÉCONOMIES

Avec des budgets de plus en plus contraints,

Les Etablissements publics de santé et médico-sociaux connaissent une rigueur budgétaire sans précédent et la situation financière des établissements publics de la région se dégrade d'année en année.

L'évolution de l'ONDAM hospitalier n'est pas suffisant au regard des besoins, car l'évolution tendancielle des charges estimée chaque année par la FHF est depuis quelques années largement au-delà, ce qui conduit à un niveau important d'économies chaque année, et à des aggravations du déficit hospitalier.

Actuellement, l'offre de soins est régulée par les ressources économiques et la rareté des ressources humaines médicales.

La Tarification A l'Activité n'est qu'un outil, mais dont les défauts doivent être corrigés.

La T2A a permis aux établissements publics d'améliorer leur productivité, (analyse comparative, efficacité, ...) et au secteur privé lucratif de se réorienter vers des activités plus techniques et rentables.

Elle a aussi des défauts qu'il faut corriger, car la régulation « prix-volume » mise en place avec la T2A a épuisé les hospitaliers, en condamnant les soignants à subir les choix en les lançant dans une course à l'activité.

Elle a été utilisée comme un outil politique de régulation et d'économies.

La T2A n'a jamais permis d'apprécier les besoins de santé locaux et d'en déduire des prévisions d'évolution de l'offre, pour mettre en œuvre une régulation et une planification effective de l'offre de soins.

Les autres défauts de la T2A sont connus : elle ne répond pas à la l'organisation en parcours des prises en charge, elle survalorise l'acte technique, elle ne prend pas en compte la qualité, ni la prévention, et elle incite à la concurrence plutôt qu'à la coopération.

S'ajoute à la baisse annuelle des tarifs, des gels, des mises en réserve et des économies imposées lors de chaque début de campagne.

Les dotations Mission d'Intérêt Général ont ainsi « évolué » à hauteur de la moitié de l'ONDAM...

La dégradation continue de la situation financière des établissements publics de la région reste préoccupante.

De nombreux établissements constatent, que l'activité s'essouffle et ne compense pas la baisse des tarifs, les économies demandées, les gels, et les mises en réserve. Elle entraîne pour certains établissements un effet ciseau, un décrochage et par projection le dérapage des déficits en fin d'année.

Avec un phénomène nouveau : un risque de rupture de gestion (versement des salaires), d'où l'alerte de nombreux élus (Douai, Compiègne, Armentières, Fourmies, Lens...)

Estimation à un **déficit de 140 millions d'€ en 2017** pour les hôpitaux publics de la Région.

Les raisons de ce décrochage en 2017 sont multifactorielles et doivent être analysées à l'aune de chaque établissement, de chaque GHT, et de chaque territoire.

Les causes peuvent être externes ou internes à chaque établissement, ce qui influe sur le niveau macroéconomique au plan régional.

Baisse des recettes d'activité :

- Baisse du recours aux soins sur la région (cela pourrait expliquer en partie la tendance à la chute d'activité des établissements publics, en exemple sur la métropole lilloise) : critère difficilement objectivable en raison de l'accès tardif aux données de santé.
- Effet concurrentiel externe aux EPS : parts de marché qui glissent vers le secteur privé et ESPIC, beaucoup plus offensif et plus spécialisé (exemple la stratégie de restructuration de RAMSAY avec un débauchage des médecins favorisant la captation des patients mais difficilement analysable en cours d'année). Accès tardif aux données de santé du secteur privé qui n'a pas l'obligation de transmettre au fil de l'eau via PMSI son activité. Difficile de piloter en regardant le rétroviseur et non devant soi. Rendre obligatoire la transmission et l'accès des données.
- Effet concurrentiel interne aux établissements publics. (effet GHT ?)
- Départs de médecins qui peuvent déstabiliser l'activité d'un service.
- Effet virage ambulatoire non anticipé.
- Effet gel et mises en réserves en début de campagne.
- Effet baisse des tarifs...

Hausse des dépenses :

- Hausse des charges de personnel.

Avec une évolution de la masse salariale dans l'ensemble maîtrisée.

Effet de l'application du protocole PPCR (Parcours Professionnels Carrières et Rémunérations)

- Hausse des charges dûes au recours à l'interim du personnel médical ; effet de yoyo
- Augmentation des charges sur les comptes de médicaments.

Après des années favorables, ayant permis la médicalisation des EHPAD, le secteur est confronté à des baisses continues de moyens depuis 10 ans :

- Introduction de la convergence soins en 2009, financée par l'ARS Hauts-de-France et taux de reconduction de la dotation soins, en fonction des situations, comprise entre 0 et 1,5%
- Taux de reconduction des prix de journée (financée par les départements) compris entre 0 et 1 %, voire négatifs (-3% en 2016 dans le Nord)
- Taux de reconduction de la dotation dépendance compris entre 0 et 1% (financée par les départements) et introduction de la convergence dépendance en 2017

Alors que les effectifs sont insuffisants, même s'ils sont supérieurs au secteur privé (ratios de 0.67 ETP par place en 2017 dans le public, contre 0.61 dans le secteur associatif et 0.50 ETP par place dans le secteur privé lucratif selon la dernière enquête de la CNSA sur les tarifs), puisque les besoins et la dépendance des résidents ont fortement augmenté.

Ce qui engendre :

- Des conditions de travail difficiles (étude DRESS sept.2016)
- Un climat social qui se dégrade et devient explosif (mouvement social en 2018)
- Un absentéisme croissant

DES RESTRICTIONS BUDGÉTAIRES FACE À UNE DEMANDE QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT PLUS FORTE QU'AILLEURS DANS NOTRE RÉGION

L'offre hospitalière régionale reste fragile,

La cardiologie, l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence, la psychiatrie, la pneumologie et la gastro-entérologie sans parler de l'ophtalmologie et maintenant la gériatrie sont des spécialités déficitaires au niveau des établissements publics. **Nous connaissons un déficit historique de personnel Hospitalo-Universitaire dans les deux CHU de la région.**

En exemple : lors du dernier avis de vacances de postes de praticiens hospitaliers à temps plein vacants ou susceptibles de l'être à avril 2018 publié par le Centre national de gestion, en Hauts-de-France 25 postes d'anesthésiste-réanimateur étaient vacants, 20 en imagerie, 10 en cardiologie...

Nous formons des étudiants dans la région, mais y restent-ils ? Il nous faut rapidement lancer une réflexion globale et prospective pour favoriser l'adéquation des besoins de formation aux besoins des territoires.

Les besoins de la région encore importants,

Première région de France en termes de mortalité générale et de mortalité prématurée (avant 65 ans). C'est la région où l'espérance de vie à la naissance y est l'une des plus basses de France (3 ans de moins pour les hommes et 2 ans pour les femmes).

Elle est également au premier rang de la mortalité pour les cancers, pour les troubles mentaux et les pathologies de l'appareil circulatoire, et pour les troubles du système respiratoire et de l'appareil digestif.

L'état de santé de la population y est significativement plus dégradé qu'ailleurs en France. Les causes sont multifactorielles : des situations sociales critiques (taux de chômage de 3 points supérieur à la moyenne nationale), une précarité qui augmente (taux de pauvreté de 5 points supérieur à la moyenne nationale), des modes de vie et des conditions de travail plus exposés (prévalence de l'obésité de 6 points supérieure à la moyenne).

Des besoins à satisfaire plus importants dans les années à venir. L'effort doit être porté sur l'ambulatoire, le maillage, la coordination, et la responsabilité territoriale.

Un élément de prospective :

La Direction de la Recherche des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques (DREES) a procédé à différentes hypothèses d'évolution des projections d'activité à l'horizon 2030. Elles s'appuient sur un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières.

Les projections suggèrent une rupture de la tendance, observée au cours des dernières années. **Compte tenu uniquement du vieillissement démographique, le nombre de séjours hospitaliers augmenterait de plus de 2 millions et les besoins en lits d'hospitalisation complète de 28 % à horizon 2030.**

En revanche, en tenant compte également du développement de la prise en charge ambulatoire et du raccourcissement des durées de séjours en hospitalisation complète, **le nombre de journées en hospitalisation complète diminuerait d'un peu plus de 3 millions et le nombre de séjours réalisés en ambulatoire augmenterait de près de 50 % en 2030**, par rapport à 2012.

Repenser l'EHPAD de demain

Il est nécessaire d'insister sur la nécessité d'**allouer des moyens, nouveaux et proportionnés au degré d'exigence de la mission d'accompagnement des personnes âgées.**

Il ne faut pas sous-estimer l'augmentation incessante des besoins tant en termes qualitatifs que quantitatifs, ni le malaise des professionnels. Il en va de la dignité et de la prise en soins des personnes accueillies.

Des personnels qui doivent être valorisés, reconnus et soutenus dans l'amélioration de leur qualité de vie au travail.

Dans le même temps et sur le même territoire, l'activité augmentait de 4%.

En effet, malgré la réduction des durées de séjour et du développement de la prise en charge ambulatoire, le vieillissement de la population (+23% d'entrées aux urgences pour les + de 80 ans en Hauts-de-France entre 2013 et 2016) ainsi que la hausse des maladies chroniques ont entraîné des prises en charges plus complexes ; le tout dans un contexte où les incivilités et l'insécurité augmentent.

L'Hôpital est ainsi arrivé au bout de sa logique d'efficience et de rationalisation sur le personnel.

Les travaux menés sur la qualité de vie au travail (Prendre soin de ceux qui nous soignent) ne compensent pas le mal-être, dans la mesure où, chaque année, des plans de maîtrise salariale doivent être mis en œuvre pour parvenir aux objectifs fixés par le gouvernement : 1.6 Milliards d'économies en 2018.

Rappel : les effectifs représentent entre 65 et 70% du budget d'un hôpital.

Pour les Hauts-de-France, l'objectif régional d'évolution de la masse salariale 2018-2022 proposé par la DGOS serait à 1.2%.

Il est temps de reconnaître et de soutenir le personnel hospitalier.

La FHF Hauts-de-France propose d'**améliorer la rémunération des différentes catégories de personnel soignant**, en particulier les infirmières.

Elle soutient également la mise en place d'IDE de pratique avancée (IPA), mais demande la **mise en place d'un nouveau « statut » par la création d'un diplôme spécifique ainsi que de revalorisations statutaires indispensables.**



La FHF Hauts-de-France souhaite afficher ses ambitions et sa détermination pour que les établissements publics :

- Répondent aux besoins de santé de la population régionale,
- Améliorent l'accueil et le parcours des patients et des résidents,
- Participent à la réduction des inégalités d'accès aux soins, notamment pour les populations fragiles,
- Continuent de respecter, soutenir et valoriser les femmes et les hommes, qui font chaque jour la fierté du service public,
- Préservent la force d'un service public moderne, ouvert, coopératif et performant.

Notre action


→ Porter politiquement la voix des hospitaliers :


- Ancrer nos valeurs de service public, qui nous protègent d'une médecine à plusieurs vitesses
- Préserver l'offre publique
- Valoriser l'action des établissements publics
- Faire des propositions sur les évolutions
- Suivre l'expérience des GHT et de la territorialisation
- Mettre en place des instances de médiation en cas de difficultés internes




Nos propositions


→ S'engager au niveau régional pour :

 Moderniser les structures hospitalières et assurer la qualité des prises en charge en intégrant les exigences de sécurité, de proximité, de pertinence, compte-tenu de normes de plus en plus contraignantes ;


 Accompagner le virage ambulatoire par notamment la fluidité des parcours y compris au sein des établissements : cela nécessite des investissements immobiliers, des projets de modernisation voire des innovations organisationnelles.
Tout cela doit participer également à l'amélioration des conditions de travail du personnel ;


 Favoriser le maintien à domicile voire le retour à domicile dans des conditions optimales pour les patients. Cela participe également à la révolution « culturelle » de l'hôpital de passer d'un « hôpital séjour à un hôpital parcours » ;

 Assurer la permanence des soins 24h/24 et 7j/7, souvent vers une population âgée ;


 Développer les coopérations territoriales qui permettent de soutenir le travail des équipes médicales et renforcer l'accès plus facile aux spécialités pour les patients, en proximité, c'est « l'hôpital hors les murs » et « l'EHPAD hors les murs ».
De ce point de vue, les centres hospitaliers de proximité peuvent occuper une place privilégiée en fédérant les établissements médicosociaux de leur secteur, en développant l'offre de soins de proximité en lien avec la médecine de ville, la télémédecine, les soins non programmés, les consultations avancées, les soins bucco-dentaires etc ;

 Rappeler que les hébergements permanents du secteur médico-social sont des lieux de vie ;


 Accroître les alternatives à l'hébergement permanent dans le secteur médicosocial : accueil de jour, hébergement temporaire et accueil de nuit ;

 Renforcer les liens des établissements médico-sociaux avec les acteurs du domicile pour faciliter l'intégration des nouveaux résidents ;

 Structurer et formaliser les relations et les mutualisations entre EHPAD afin de mettre en valeur les spécificités du milieu médico-social ;

 Participer à l'amélioration des parcours de santé des personnes et en particulier les personnes âgées et personnes en situation de handicap, en s'appuyant notamment sur les dispositifs de coordination, tournés vers le service rendu et centrés sur les patients ;

 Garantir le développement de la télémédecine et plus généralement la dématérialisation sécurisée des actes, en évitant des déplacements aux patients et compensant la pénurie médicale ;

 Améliorer la pertinence des actes et des soins ce qui nécessite une évaluation des pratiques professionnelles. C'est une révolution culturelle qui est demandée aux médecins. Il s'agit bien d'une ré-interrogation régulière des pratiques et des organisations ;

 Amplifier la réponse aux acteurs de ville en développant la relation et le lien ville / hôpital, en ouvrant l'hôpital sur son territoire ;

 Participer à la prévention et à la promotion de la santé en accélérant notamment l'éducation thérapeutique ;

 Développer la recherche clinique et les programmes innovants.

...



FHF Hauts-de-France
2 avenue Oscar Lambret CS 70001 - 59037 LILLE Cedex
03 20 44 57 24 - fhf.hdf@chru-lille.fr

www.fhf-hdf.fr