

# 2ÈME ÉDITION RENCONTRES & DÉBATS

## FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

### PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR - ELUS RÉGION SUD

03 FÉVRIER 2023 - MARSEILLE

# COMPTE RENDU



# COLLECTIVITÉS, ÉLUS : AGIR EN ADDITIONNANT IDÉES ET SAVOIR-FAIRE POUR LA SANTÉ

8H30 : Accueil café

9H15 : "Mise en bouche" de la journée

**Florence ARNOUX**, Déléguée régionale de la Fédération Hospitalière de France Provence-Alpes-Côte d'Azur

9H30 : Allocutions d'ouverture

**Alain MILON**, Sénateur et Président de la Fédération Hospitalière de France Provence Alpes-Côte d'Azur

**Michèle RUBIROLA**, Première adjointe à la Mairie de Marseille

**Pr Georges LEONETTI**, Conseiller régional spécial en charge de la santé, de la lutte contre la pandémie, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Région Sud

10h15 : Les priorités vues de la Fédération Hospitalière de France

**Arnaud ROBINET**, Président de la Fédération Hospitalière de France

Discussion avec la salle

11H-12H30 : Les priorités régionales vues des hospitaliers

**Florence ARNOUX**, Déléguée régionale de la Fédération Hospitalière de France Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Francois CREMIEUX**, Directeur général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

**Pr Jacques LEVRAUT**, Président de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier Universitaire de Nice et Président de la Commission Médicale du Groupement Hospitalier de Territoire

**Dr Jean-Marc MINGUET**, Président de la Conférence régionale des Présidents de Commission Médicale d'établissement de Centres hospitaliers

**Dr Marie-Noëlle PETIT**, Présidente de la Commission Médicale d'établissement du Centre hospitalier Spécialisé Montfavet

**Franck POUILLY**, Directeur général du Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes-de-Haute-Provence

**Dr Odile REYNAUD LEVY**, Présidente de l'association nationale des Médecins coordonnateurs

**Dr Emmanuelle SARLON**, Présidente de la Commission Médicale d'Établissement du Centre Hospitalier des Alpes du Sud

*Nos grands témoins pour en débattre :*

**Denis ROBIN**, Directeur général de l'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Cote d'Azur

**Pr Georges LEONETTI**, Conseiller régional spécial en charge de la santé, de la lutte contre la pandémie, de l'enseignement supérieur et de la recherche, Région Sud

Discussion avec la salle

14h30 : S'inspirer de ce qui se fait ailleurs : l'exemple du Conseil départemental de Mayenne et de la Région Occitanie

**Pr Vincent BOUNES**, Vice-Président en charge de la santé, Région Occitanie, Directeur médical du SAMU 31

**Olivier RICHEFOU**, Président du Conseil départemental de Mayenne, à l'initiative des États généraux de Mayenne

Discussion avec la salle

15h30 : Comment coordonner les nombreuses initiatives des collectivités ?

**Eliane BAREILLE**, Présidente du Conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence

**Pr Emmanuelle Charafe**, Vice-Présidente de la Métropole déléguée à la santé, à l'enseignement supérieur et la recherche médicale, à l'économie de la santé

**Sylvain DI GIOVANNI**, Conseiller départemental des Bouches du Rhône, élu à la santé

**Chantal EYMEOUD**, Maire d'Embrun, Vice-Présidente de la Région Sud

**Richard STRAMBIO**, Maire de Draguignan, Conseiller régional

Animation :

Guillaume Wasmer  
Cofondateur Vi santé

*Notre grand témoin pour en débattre :*

**Agnès FIRMIN LE BODO**, Ministre déléguée auprès du Ministre de la santé et de la prévention

Discussion avec la salle

16h30 : Allocutions de clôture

**Renaud MUSELIER**, Président de la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Président délégué de Régions de France

**Agnès FIRMIN LE BODO**, Ministre déléguée auprès du Ministre de la santé et de la prévention



# SOMMAIRE

- 
01. Programme de la journée

---

  02. Allocutions d'ouverture

---

  03. Les priorités vues de la Fédération Hospitalière de France

---

  04. Les priorités régionales vues des hospitaliers

---

  05. S'inspirer de ce qui se fait ailleurs : l'exemple du Conseil départemental de Mayenne et de la région Occitanie

---

  06. Comment coordonner les nombreuses initiatives des collectivités ?

---

  07. Allocutions de clôture

# ALLOCUTION D'OUVERTURE

## Les Rencontres & Débats : un espace d'échanges et de réflexions entre les hospitaliers et les Elus de la Région Sud

Florence ARNOUX, Déléguée régionale de la FHF Provence-Alpes-Côte d'Azur (FHF PACA) à l'initiative de ces *Rencontres & Débats* a organisé cette 2ème édition à un moment charnière : annonces présidentielles et ministérielles récentes, CNR santé et élaboration du nouveau projet régional de santé (PRS) : "Nous sommes convaincus que la santé est un sujet politique d'abord en tant que facteur majeur du développement économique et social d'un territoire ensuite parce que chaque choix politique doit être pensé en termes d'impact santé ou encore *one health*. Employons cette journée pour nous accorder sur les besoins essentiels, échanger sans jargon, partager sur les priorités pour régénérer le service public territorial de santé et enfin valoriser ce qui est réalisé sur les territoires".

Sous le haut patronage de la Région Sud, ces Rencontres se sont voulues cette année encore un espace de discussion critique. Engager une telle réflexion collective s'avère nécessaire au long court pour répondre aux enjeux de prévention, d'accès aux soins, d'attractivité et de conditions d'exercice.

Le Président de la FHF PACA, le Sénateur Alain MILON a eu ces mots d'ouverture essentiels : Le calendrier annoncé est vertigineux, la tâche immense et le système fragilisé. Mais comme on l'observe de la biodiversité, le système de santé peut lui aussi être régénéré. En tant qu'élu local et parlementaire mais aussi en tant que Président d'une fédération hospitalière régionale convaincu je suis convaincu qu'on ne peut régénérer le système de santé et son organisation la plus concrète, sans créer un espace de discussion mais aussi de compromis, sur chaque bassin de population, entre les élus, les représentants des collectivités territoriales, les hôpitaux, les acteurs de l'économie sociale et solidaire, les cliniques, le secteur médicosocial, les professionnels de santé libéraux, l'ARS, et aussi les usagers. C'est à cette condition que l'on maintiendra un service public fort, auquel nous sommes tous ici attachés."



# ALLOCUTION D'OUVERTURE



## **La santé l'affaire de tous et de tous les élus**

Le Dr Michelle RUBIROLA, Première adjointe à la mairie de Marseille et administratrice de la FHF PACA, a rappelé que la santé est un enjeu majeur pour la ville en proie à des inégalités sociales et territoriales. A ce titre, les politiques publiques et notamment celles mises en œuvre par la ville de Marseille jouent un rôle crucial en la matière. L'objectif est de renforcer l'accès à la prévention et aux soins des habitants de la métropole qui en sont bien trop souvent éloignés en raison de déterminants sociaux, économiques et culturels. Pour elle, **"la médecine doit être universelle en densité et en qualité"** et **"la santé ne doit plus être un sport de combat"**. Notre système de santé est confronté chaque jour à de nombreux défis qui sont humains, logistiques, techniques, financiers et qui se déclinent à tous les niveaux. Pour y faire face, la réponse des acteurs de la région Sud doit être globale et systémique. La Première adjointe a réaffirmé son intention **"d'agir avec l'ensemble des partenaires, des institutions et avec les professionnels de la santé"** afin de continuer à **"faire de cette ville, une ville qui agit, une ville qui change, une ville qui se transforme au service du plus grand nombre."**



## **La santé, une priorité de la Région Sud**

Au plus près des besoins quotidiens de ses habitants, le Professeur Georges LEONETTI rappelle que **"la Région Sud s'est donnée les moyens de combattre la crise sanitaire avec force et conviction"**. Elle apporte son soutien aux projets menés par les acteurs de la santé du territoire, afin d'accroître la qualité des soins, lutter contre les inégalités et promouvoir la santé. Parmi les initiatives phares, la Région Sud met l'accent sur le dépistage et la prévention du cancer, une maladie en hausse dans cette région. **"A titre d'exemple, elle a financé de nombreux dispositifs tels que la reconstruction de bâtiments de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, la modernisation d'établissements de santé, des kits pour lutter contre les déserts médicaux, l'augmentation du nombre de professionnels de santé sur son territoire et l'intensification de l'offre de formation paramédicale"**.



# LES PRIORITÉS VUES DE LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

« Dire que notre système de santé se trouve à un moment charnière de son existence relève de l'évidence » - Arnaud ROBINET. Avant d'exposer les priorités de la FHF, le président de la Fédération opère un constat clair : notre système de santé « va de crise en crise » - et ce depuis de nombreuses années. La crise de la Covid-19, n'aura été « qu'un accélérateur, un révélateur ». Selon lui, cette situation ne retire en rien les atouts du système – notamment en termes d'innovations et de prouesses médicales. À ce titre, dans une enquête menée par la FHF en 2022 auprès de 7.000 professionnels hospitaliers, 91% d'entre eux disent se sentir utiles et 3 professionnels sur 4 se disent fiers d'exercer à l'hôpital.

## Focus sur le "visage" que prennent les crises dans notre système de santé selon Arnaud Robinet

### La crise de santé publique

Cette crise engloberait les problématiques liées à l'accès aux soins et celle de la vocation.

Le système de santé doit s'adapter davantage aux enjeux : du vieillissement de la population (+2.5 millions de personnes de 80 ans et plus en 2040), du développement des maladies chroniques et aux enjeux de la prévention qui ne constitue pas encore une priorité en tant que telle. La dégradation de la performance de notre système de santé s'illustre également par les inégalités sociales qui persistent encore aujourd'hui, notamment en matière d'espérance de vie.

Sous le prisme de l'activité, depuis la crise de la Covid-19, une dette de santé publique est constatée et qualifiée de « bombe à retardement ». En effet, en trois ans, l'équivalent de 20 semaines d'activité hospitalière en moins sont comptabilisées par rapport à la période pré-Covid. A contrario, dans le secteur privé, l'activité semble progresser au profit de l'activité ambulatoire ; là où l'hôpital public, de par ses missions d'intérêt général, se voit satisfaire davantage les besoins résultant des épidémies. Ces situations semblent engendrer un report d'hospitalisation, la fermeture de blocs opératoires et de lits. Le Président parle de « crise de l'attractivité ».

Qu'en est-il de l'offre de ville ? Arnaud ROBINET parle de « creusement d'une fracture territoriale » : si 11% de la population n'a pas accès à un médecin traitant, 50% des français connaissent des difficultés dans l'accès à un professionnel de santé.



### La crise des métiers, de l'attractivité

« La régulation comptable des dépenses de santé, au niveau de l'ONDAM, sans stratégie d'ensemble a conduit pendant des années à réduire les dépenses en termes de ressources humaines. »

Quelques éléments partagés par Arnaud ROBINET :

- Le numerus clausus n'a pas su intégrer dans son calcul les besoins de santé engendrant une crise de l'offre de soins, et ce, dans un contexte d'intensification des besoins en santé.
- Malgré les dispositifs, en région Sud, la densité médicale devrait diminuer de 4% d'ici trois ans. L'accroissement du nombre de médecins n'est pas instantané compte tenu de la durée de leur formation. « Cette situation accentue les contraintes et désorganise toute l'action du soin (...) pesant sur l'hôpital public. »
- Les difficultés d'accès à l'offre de ville, expliqueraient la raison pour laquelle le nombre de passages aux urgences a doublé en 20 ans et mettent à mal les enjeux de permanence de soins et de continuité. « L'augmentation des cadences, le travail de nuit, les gardes, les astreintes sont moins acceptées. » : face à ce constat, il apparaît nécessaire de penser le partage des contraintes.
- La tension des ressources humaines a pour conséquence la réduction des temps d'échange au sein des équipes.
- Aussi, il convient de considérer les évolutions sociétales sur le rapport au travail et de penser autrement les organisations. « Les professionnels expriment un manque de sentiments de perspective. Ce sentiment de crise sans fin doit être pris très au sérieux. Il nous affaiblit et ne favorise pas les nouvelles vocations ».

## La crise de l'organisation et du pilotage de notre système de santé

La FHF identifie 3 aspects dans cette crise :

- **Les limites d'un pilotage annuel de la santé** - avec l'exemple du fonctionnement de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM). « **Penser l'investissement massif dans la prévention ne peut pas se faire sans un retour sur investissement à trois ou cinq ans** ». Cette approche pluriannuelle aurait été aussi pertinente pour le financement de la recherche, de l'innovation et de la formation des professionnels. « **La FHF plaide pour une loi de programmation en santé à l'image de la loi de programmation pour la défense.** »
- **Les différents modes de financement** de l'ensemble des acteurs de santé seraient un révélateur d'une organisation en silo. Face à un financement insuffisant de la coordination des parcours. « **la FHF plaide de longue date pour des financements mixtes de ces acteurs parce qu'il faut inciter aux coopérations, parce qu'il faut des incitations médico-économiques communes pour une seule politique de santé.** »
- **La responsabilité populationnelle** pourrait être un moyen de repenser l'organisation du système de santé, créer des points entre les acteurs et renforcer l'unité territoriale. « **À titre d'exemple, dans le nouveau mode de financement de l'État, à travers les ARS, il pourrait déployer largement un mécanisme de contractualisation avec l'ensemble des acteurs du territoire en fonction de quelques priorités** ». A ce titre, depuis 2018, la FHF a mis en place une expérimentation autour du concept de la responsabilité populationnelle dans cinq territoires. « **Il s'agit là de faire travailler ensemble les collectivités et les professionnels de ville, les usagers, et les hôpitaux pour faire de la prévention, pour faire du dépistage et nous commençons à en voir les premiers résultats.** »

## PARMI LES PRIORITÉS IDENTIFIÉES PAR LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

### Agir sur l'emploi et l'attractivité

Dans son Plan de bataille global pour les ressources humaines, publié en février 2023, la FHF recense les clés pour répondre aux différents enjeux des métiers du sanitaire et du médico-social. Il est possible d'en relever :

- **La nécessité de former davantage de professionnels**, et ce, rapidement. D'après des estimations, reposant notamment sur les postes vacants, il faudrait une augmentation de 25% des quotas de formation afin de répondre aux problématiques de recrutement. **Arnaud ROBINET** souligne toutefois l'enjeu de la fidélisation de ces apprenants afin qu'ils poursuivent leur formation jusqu'à son terme. D'où l'importance de développer des dispositifs à l'instar du tutorat.
- **La nécessité de former davantage de médecins**, constitue aussi un défi majeur qui ne saurait être résorbé par la simple mise en place du *numerus apertus*. Cela s'expliquerait notamment par l'évolution du temps médical : « **Il faut 2,2 médecins pour remplacer un seul départ à la retraite** ». La FHF ambitionne de créer de nouveaux postes hospitalo-universitaires pour pallier cette problématique.
- **L'enjeu de l'attractivité**, c'est aussi fidéliser les professionnels qui travaillent à l'hôpital. Poursuivre la revalorisation de la rémunération des temps de travail de nuit, des gardes et des astreintes apparaît prioritaire – tout en simplifiant le système des primes qui tendent à se cumuler dans la fonction publique hospitalière.
- De manière plus générale, **la répartition des contraintes** entre les acteurs de santé d'un territoire pour garantir la permanence des soins notamment non-programmés, doit faire l'objet de mesures concrètes portées par le Gouvernement.

## Réformer le financement, sécuriser les hôpitaux et favoriser l'investissement

*A court terme :*

Compte tenu de la pandémie, et à la « **demande expresse de la FHF** », le Gouvernement a mis en place une **garantie de financement des hôpitaux** – dont 90 % des établissements ont pu bénéficier. Ce dispositif a été étendu jusqu'à fin 2022. La LFSS pour l'année 2023 inscrit par ailleurs un **mécanisme de sécurisation** - également sollicité par la FHF au Premier Ministre. Les modalités concrètes de cette mesure seront prochainement publiées.

Afin de couvrir les dépenses nouvelles, les mesures non financées et l'inflation, la FHF formulera une **demande d'enveloppe supplémentaire pour l'ONDAM** : « **Pour l'inflation, seulement, il conviendrait d'abonder dans l'ONDAM 2023 d'environ sept cents millions d'euros. Nous demandons aux pouvoirs publics une stratégie d'ensemble pour faire face à l'explosion des coûts pour les projets d'investissement.** »

Autre demande à destination du Ministre de la santé, la **signature d'un nouveau protocole de pluriannualité des ressources des établissements** : « **L'enjeu est simple : garantir un plancher minimum des ressources des hôpitaux qui tiennent compte de l'inflation et des mesures salariales.** »

*A plus long terme :*

Poser les fondements d'un « **nouveau modèle de financement** » pour le système de santé est devenu vital : « **Rome ne se fera pas en un jour (...)** L'enjeu d'ici le prochain projet de LFSS c'est d'avoir un cadre et d'engager les premières actions pour financer les parcours de la prévention et sortir du tout T2A pour tous les acteurs ».

La FHF présentera prochainement une proposition complète de modèle de financement.

## Renforcer les solidarités et les coopérations à l'échelle d'un territoire ; conserver un service public plus fort

La FHF – comme le Conseil Consultatif National d'Ethique (CCNE), rappelle la nécessité d'un service public d'excellence accessible à tous, notamment aux plus précaires et aux plus âgés : « **Le service public, nos établissements, c'est la lumière allumée 7j/7, 24h/24. Il faut donc insister sur la très grande performance de nos services publics, et la crise sanitaire a montré toute leur adaptabilité et leur engagement.** »

L'enjeu pour demain est de renforcer l'égalité en partant des besoins de santé et par une responsabilité collective pour garantir la permanence des soins : « **L'État et l'ARS doivent mobiliser tous les acteurs.** » Une meilleure articulation des parcours permettrait à ce titre de mieux répondre aux besoins non-programmés. Les services d'accès aux soins (SAS) constituent déjà une réponse dans l'organisation des parcours. et il faut développer des dispositifs « **en confiance entre hospitaliers et professionnels libéraux** ».

Les collectivités territoriales, selon la FHF, devraient assumer un rôle de chef de file en la matière.



« En somme, nous avons besoin d'outils au service du collectif. Mais rien ne se fera sans bonne volonté. Dialoguer, oser des solutions nouvelles, sortir des idées préconçues et des corporatismes, c'est une position réussie (...)

Et c'est aussi le sens de l'action de la FHF. »

# LES PRIORITÉS RÉGIONALES VUES DES HOSPITALIERS

## Les hospitaliers appellent à **designer un schéma régional de santé 2023-2028 digne de ce nom**

La région Sud connaît, elle aussi, des phénomènes de désertification médicale, d'inégalités d'accès à l'offre de soins, de déséquilibre entre l'offre publique et privée selon les territoires et des difficultés de recrutement des professionnels de santé. Devant ces difficultés, des dispositifs d'incitation ont été mis en œuvre pour encourager l'installation des professionnels de santé sur les zones sous denses. Mais il faut aller bien au delà, et les collectivités territoriales sont le bon échelon pour éprouver de nouvelles stratégies à mettre en œuvre.

Dans un contexte stratégique de rédaction du projet régional de santé, tous les acteurs de santé au sens large de *one health* (une seule santé) sont co-responsables de la santé de la population de leur bassin et parmi eux les élus ont un rôle crucial comme a pu le rappeler François CRÉMIEUX, Directeur général de l'APHM : « **J'en appelle aux élus. La déstabilisation de notre offre de soins, par ce déséquilibre dans la répartition de l'offre publique et privée et des contraintes de permanence des soins qui pèsent essentiellement sur le public, est un sujet dont il faut prendre conscience de manière très forte. En parallèle, il faut se réjouir que l'après Covid ait permis de conscientiser l'urgence de développer les dispositifs d'aller-vers, indispensables à la réduction très concrète des inégalités d'accès aux soins. Marseille constitue à ce titre un territoire privilégié où les acteurs, par leur mobilisation, organisent l'aller et le revenir vers** ».

Malgré ces ambitions, le Docteur Emmanuelle SARLON constate que : « **la santé est devenue un casse-tête, un système éclaté** ». Pour y remédier elle propose d'expérimenter en PACA sur certains territoires dont les quartiers populaires de Marseille, mais aussi dans le 05, le 84, le 83 la démarche de "**responsabilité populationnelle**" expérimentée par

la FHF ces deux dernières années, dans des territoires pionniers, sur le champ du diabète et de l'insuffisance cardiaque, en synergie avec d'autres acteurs de santé libéraux et privés. « **Une démarche qui fédère, axée sur la prévention, valorisante pour tout responsable qu'il soit élu, associatif, médical ou administratif car elle replace le patient au cœur du dispositif, cela redonne du sens pour tous les acteurs** ».

Elle est rejointe sur le sujet par le Professeur Georges LÉONETTI : « **On en revient à la nécessité de se rapprocher du territoire et des besoins des populations** ».

## Attractivité des personnels médicaux et liberté d'installation

Selon le Pr Jacques LEVRAUT, Président de la CME du CHU de Nice et Président de la Commission Médicale du GHT, deux voies semblent pouvoir être empruntées : la coercition ou l'incitation. Si la première ne paraît pas pertinente, les dispositifs d'incitation financière et logistique se sont multipliés sans parvenir à un résultat satisfaisant. Il faut donc considérer une troisième voie, à savoir celle de la satisfaction des attentes des jeunes professionnels : salariat, rythme de travail équilibré, rupture de l'isolement. Cela peut se faire en répondant aux besoins de la population. Il propose par exemple « **qu'il y ait dans les zones sous-denses, des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) avec des médecins détachés d'un hôpital, ayant un statut de praticien ; cela permettrait d'une part, d'assurer la permanence des soins et d'autre part, d'avoir une plus grande cohérence et fluidité de parcours entre la ville et l'hôpital, cohérence et fluidité qui ne sont pas aujourd'hui toujours au RDV** »



Cela pourrait aussi s'accompagner selon le Pr Jacques LEVRAUT d'une régulation, qui n'est pas la coercition mais un encadrement responsable et à la carte. Ainsi, plutôt que d'imaginer une obligation d'installation, notamment dans les zones sous-denses, il serait intéressant de réfléchir à une interdiction d'installation en secteur 2 dans les zones de surdensité médicale, ou encore à l'obligation de participer à faire un temps de téléconsultation pour les zones sous-denses. C'est un sujet de planification, mais aussi de projet territorial de santé auquel doivent adhérer les collectivités territoriales.

Cette troisième voie doit être également développée avec les collectivités locales. Pour le Dr Marie-Noëlle PETIT, Présidente de la CME du Centre hospitalier Spécialisé Montfavet, le sujet de l'accueil dans un établissement et sur le territoire est fondamental. Le logement est un point central. « Les établissements gagnent à proposer un logement, notamment en lien avec la ville, même temporairement. Car effectivement, les tarifs des logements peuvent être prohibitifs et les biens peuvent être difficiles d'accès surtout en début de carrière ou quand on est encore étudiant. ». Pour les conjoints, il faudrait une aide à la mutation et à la recherche d'emploi, « Appuyons nous sur les liens entre les établissements et les leviers à actionner au niveau des entreprises sur le plan local. Je pense notamment à la sensibilisation des établissements bancaires pour organiser rapidement les transferts et assurer l'ouverture de comptes bancaires pour éviter les problèmes de paie ainsi que la facilitation à trouver des places de crèches ». Enfin, il faut aussi davantage faciliter les démarches administratives pour tous les praticiens étrangers et leurs familles.

En outre, l'attractivité du personnel médical ne peut s'exonérer d'une véritable réaffirmation des valeurs inhérentes au service public et à l'intérêt général selon Denis ROBIN, Directeur général de l'ARS PACA : « Je pense qu'aujourd'hui le service public n'incarne plus l'intérêt général pour de nombreux jeunes. Pour eux, l'intérêt général c'est l'engagement humanitaire, c'est l'engagement international, le don de soi pour une cause que l'on croit juste ».

François CREMIEUX rejoint ces propos, même si la question des valeurs a ses limites, notamment au regard des enjeux pécuniers qui restent présents. Il est de plus en plus nécessaire de combattre la désincitation à rester dans le public. Le déséquilibre entre le privé et le public est trop fort et les élus doivent porter la voix d'une régulation forte de l'offre de soins.

## Attractif mais envers quelle ressource ?

La suppression du numerus clausus n'a pas provoqué des vagues d'étudiants de médecine irriguant les hôpitaux, notamment ceux plus reculés comme Gap ou Draguignan observe le Dr Jean-Marc MINGUET, Président de la Conférence régionale des Présidents de CME de Centres hospitaliers.. « Le numerus clausus est devenu le numerus apertus, mais numerus quand même ». Le numerus apertus signifie qu'il y a un nombre minimum d'étudiants admis en deuxième année et qu'il est fixé chaque année par les universités en fonction de leurs capacités d'accueil. Difficile....

Comment faire ? Certaines régions ont délocalisé les premières années, comme en Nouvelle-Aquitaine avec une délocalisation sur Pau, Dax, Agen, puis Périgueux ; pareil en Bretagne avec le CHU de Rennes et une délocalisation à Vannes, Lorient et Saint Briec.

Faire connaître tous nos hôpitaux à nos étudiants est un levier majeur pour une meilleure répartition de la ressource médicale. En effet, cela permet d'avoir des filières avec des externes à partir de la 4ème année, qui connaissent et valorisent l'hôpital et d'avoir des internes qui reviennent dans les hôpitaux périphériques ».

Il est rejoint par le Dr Marie-Noëlle PETIT qui estime que cela doit s'accompagner par l'ouverture de stages d'internes dans les établissements périphériques.

"Les CHU ne doivent pas prendre peur car ces nouveaux praticiens restent sur le territoire et souhaitent pouvoir faire un exercice partagé avec la structure de référence. De plus, ces délocalisations permettent aux étudiants de se retrouver à une échelle plus humaine sans être confrontés à la concurrence démesurée. Ils peuvent rester chez eux, les parents peuvent les soutenir les premiers temps en termes de logement. Augmenter les capacités des universités est indispensable, même si, il va nous falloir préparer la transition jusqu'en 2030, le temps de former les effectifs médicaux nécessaires".



## Soutenir sur la durée les démarches 360 de transition écologique

80% des déterminants de la bonne santé sont dus à d'autres facteurs que les structures de soins. La question de la sobriété et de la RSE des établissements de santé est un sujet majeur : qu'elle concerne l'adéquation de la chaîne alimentaire avec les objectifs EGALIM ou encore les travaux de rénovation énergétique. « La mobilisation de la Région et de l'ensemble des collectivités locales permet une véritable réflexion autour de la sobriété des établissements de santé, et l'engagement RSE dans la transition énergétique et écologique nécessite que le SRS y consacre un financement pluriannuel » (Franck POUILLY, Directeur général du GHT des Alpes-de-Haute-Provence).

"Au-delà de l'apport à la réflexion, les collectivités territoriales ont également un rôle de péréquation. En effet, la Région Sud fait le grand écart entre le GHT13 qui représente environ 2,5 Md€ de budget et 25 000 agents alors que le GHT04 représente 250 M€ de budget et 2 500 agents".

Le rôle des collectivités territoriales ne peut pas se limiter à un soutien financier. Elles participent au tissage d'un lien territorial, indispensable pour la problématique de la RSE. Franck POUILLY a ainsi cité 2 exemples au cœur des collaborations immédiates :

- concernant la loi EGALIM, la dualité entre l'impérieuse nécessité d'assurer la production de repas et l'obligation de trouver des denrées locales.
- concernant l'augmentation des coûts, le caractère inévitable des rapprochements des moyens de production entre les collectivités et les établissements du territoire.



## Aller plus loin, anticiper, donner de la visibilité

La force de l'engagement des collectivités locales en région Sud ne doit cependant pas s'exonérer d'une analyse territoriale a pu rappeler Denis ROBIN. Les soutiens financiers, humains et logistiques de chaque échelon au-delà de leurs attributions légales, se caractérisent par leur singularité. C'est pourquoi il a invité à une vigilance sur les axes retenus : « territorialiser oui, mais tout en gardant une ligne républicaine sur l'ensemble du territoire ». Si l'approche territoriale collective est indispensable, d'autres mutations du système de santé doivent avoir lieu : le temps II du GHT, la vision pluriannuelle des structures de soins, l'élaboration d'une stratégie de coopération territoriale entre tous les acteurs de la santé, la satisfaction des besoins de proximité avec les hôpitaux labélisés le SAS et les CPTS... Mais aussi du courage et de l'audace. « Il faut qu'on ait cette approche collective, courageuse, audacieuse, aller un peu plus loin, anticiper plutôt que réagir. Je pense que les valeurs d'intérêt commun nous cimentent et doivent sortir de leur angle mort. Le PRS lui-même doit devenir un outil vivant de discussion et de visibilité entre tous les acteurs de santé et l'ARS. Il doit également proposer un cadre favorable à l'émergence d'initiatives ambitieuses comme la responsabilité populationnelle », selon Denis ROBIN.



## Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), au cœur de l'articulation ville/hôpital et des missions de service public

Les CPTS se forment à l'heure actuelle de manière volontaire et leur rayonnement diffère selon les territoires. Leurs actions sont saluées par l'ensemble des acteurs et sont considérées comme « indispensables pour organiser au mieux les parcours de soins des patients ».

### Décloisonner le sanitaire et le médico-social

Pour le docteur Odile REYNAUD LEVY, gériatre et Présidente de l'association nationale des Médecins coordonnateurs, la crise sanitaire a été un révélateur de la nécessité de décloisonner ces deux champs, et non pas seulement l'hôpital et le secteur libéral. « Il nous faut aller plus loin en intégrant des acteurs du médico-social dans les CPTS. Ca semble une évidence pour beaucoup d'entre nous. Ce secteur-là ne doit plus être considéré comme la dernière roue de la charrette. Le rapport Guérin fait un très bon état des lieux, avec 25 propositions sur l'USLD majoritairement. Pour préserver l'aval de l'hôpital et éviter des blocages de lits fréquents et délétères pour les patients, le PRS devra s'en inspirer et proposer différentes formes d'hébergement des patients : accueils temporaires de réadaptation en EHPAD sans reste à charge, y compris pour les patients neuro lourds, accueil temporaire pour les urgences médico-sociales. Le parcours du patient serait plus fluide à organiser pour les familles mais aussi pour les médecins coordonnateurs et IDEC des EHPAD qui sont souvent aussi au sein des CPTS". Le Dr Odile REYNAUD LEVY insiste aussi sur l'importance de renforcer les Services Médicaux de Réadaptation (SMR) publics car le secteur privé ne prend pas en charge les cas complexes, ou encore les équipes mobiles de gériatrie EHPAD hors les murs avec des IPA pour pallier le déficit de personnel médical. "La prévention et l'organisation des soins au domicile préservent l'aval donc l'hôpital. N'oublions pas que les patients handicapés ou psychotiques vieillissants sont majoritairement hospitalisés en secteur public et n'ont que difficilement la possibilité d'accéder à des structures de soins (SSR et EHPAD)".

Les bénéficiaires du décloisonnement se retrouvent dans toutes les sujets stratégiques, comme l'explique Franck POUILLY qui prend l'exemple de la RSE. Une des particularités du GHT04 est d'associer en son sein tous les établissements médico-sociaux publics du département.

### Le secteur du grand âge

Le secteur du grand âge se situe au carrefour des problématiques de recrutement et d'attractivité. Particulièrement médiatisé, il est au cœur de ces enjeux : « Comment prendre en charge le mieux possible des personnes vieillissantes dépendantes sans le nombre ni la compétence ? » interroge Noelle PALLAZETTI, Conseillère régionale et Directrice d'EHPAD.

Devant ces enjeux, se trouve une véritable nécessité de « mettre les moyens et avoir un plan de bataille pour la prise en charge de nos aînés » (Arnaud ROBINET). C'est pourquoi la FHF a rédigé une proposition de loi sur le grand âge fondée sur l'adaptation et l'adaptabilité de la société au vieillissement.

### Les ratios de soignants par lit

La mise en œuvre progressive de ratios minimaux de soignants par lit est un dispositif adopté par le Sénat depuis février 2023. L'analyse d'expériences canadiennes a témoigné des bénéfices obtenus par de tels ratios en matière de réduction des retours d'hospitalisation. De plus, pour le Dr Minguet, cela permettrait de redonner confiance aux personnels. Cependant, ces ratios pèseront lourdement sur l'hôpital public au contraire des cliniques privées exclues du dispositif. Ce poids sera d'autant plus important qu'ils suivent un schéma administratif rigide puisque fixés par la Haute Autorité de Santé, validés par la CME des établissements avec signalement à l'ARS.

« Pour augmenter le nombre de professionnels, il faut pouvoir recruter. Or à l'heure actuelle, 25 000 postes de soignants sont encore à recruter dans l'hôpital public et il est indispensable de former davantage, d'améliorer le contexte d'exercice et de renforcer l'attractivité. » (Arnaud ROBINET).



## Comment la FHF PACA entend renforcer son positionnement pour porter ces priorités

Deux orientations doivent être poursuivies, selon Florence Arnoux, Déléguée régionale

Bâtir une coalition de groupe public sanitaire et médico-social en se projetant à 5 ou 10 ans avec des ambitions plus structurantes en termes de coopérations. « Il nous faut embrasser une approche collective plus audacieuse, anticiper au lieu de réagir, et sortir de nos pré carrés. Donnons nous les moyens de nos ambitions. Car on a la chance, sans doute insuffisamment considérée, de pouvoir s'appuyer sur des valeurs qui rassemblent : fierté des missions, sens du service, engagement au profit du collectif. » L'occasion de rappeler que l'intérêt collectif n'est pas la somme des intérêts individuels ou catégoriels.

Construire une stratégie d'alliance territoriale car la stratégie de groupe public ne se suffit pas à elle-même. Elle doit se décliner dans « une stratégie de territoire, favorisant le continuum entre le sanitaire et le médico-social, fluidifiant et simplifiant le parcours des patients entre la ville et les établissements de santé, favorisant les parcours ambulatoires et sécurisant les recours aux soins urgents, somatiques mais aussi psychiatriques ».

Pour ce faire, « il faut outiller les opérateurs de santé, identifier et consolider les rapports favorables d'interdépendance, s'autoriser à aller plus loin avec une gouvernance élargie, avec les acteurs du territoire (professionnels libéraux, établissements solidaires et cliniques, élus, collectivités territoriales, usagers, patients experts...) ; bref, pensons territoire et dépassons le quant-à-soi ». L'occasion de rappeler la nécessité d'une régulation de l'ARS plus forte à l'échelon infraterritorial, et la nécessité de responsabiliser les acteurs sur chaque territoire au travers d'objectifs contractualisés au regard des besoins de santé, d'objectifs contractualisés de participation à la permanence des soins, ou encore de solidarité organique entre zones sous denses et zones surdenses.



# S'INSPIRER DE CE QUI SE FAIT AILLEURS : L'EXEMPLE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MAYENNE ET DE LA RÉGION OCCITANIE

À l'instar d'un établissement public de santé qui doit toujours porter un regard sur ce qui se fait ailleurs, la FHF PACA a souhaité recueillir les expériences de la Région Occitanie, représentée par le **Professeur Vincent BOUNES**, Vice-Président en charge de la santé et Directeur médical du Samu 31 et **Olivier RICHEFOU**, Président du Conseil départemental de la Mayenne.

## Une implication de plus en plus prononcée dans le domaine de la santé

La Région Occitanie intervient aujourd'hui en priorité sur le champ de la santé environnementale. Si les associations d'élus locaux plaident pour une décentralisation de la compétence « santé », les collectivités territoriales jouent un rôle déjà très important en matière de santé publique. En effet, la santé des personnes tient à 10-20 % du système de santé et est déterminée à 80-90 % par d'autres types de déterminant.

Les actions de la Région Occitanie peuvent être :

- thématiques : plan sur les perturbateurs endocriniens, grand plan alimentation et la qualité de l'eau.
- ciblées : des actions de prévention envers les jeunes et un projet d'actions en matière de santé mentale.

Le budget de fonctionnement relatif à la santé s'élève à environ 122 M€ annuels de la Région Occitanie, dont 35 M€ de subvention pour l'hôpital public sur des projets entre 500 000 et 3 M€. Si « **c'est encore le Petit Poucet du Conseil Régional** », il ne faut pas oublier les crédits imputés sur d'autres champs et ayant un impact sur la santé et le budget d'investissement, avec une enveloppe sur l'hôpital public de 133 M€, pour permettre notamment des reconstructions.



Au-delà du financement, la Région souhaite expérimenter l'aide à la maîtrise d'ouvrage et à la reconstruction des petits hôpitaux : « **Cela nous permettrait notamment d'être une Région pilote pour accompagner les hôpitaux qui n'ont pas l'ingénierie pour le faire eux-mêmes.** »



## Un dispositif innovant : Ma Santé Ma Région

Il s'agit d'un dispositif de médecine générale qui est né en juillet 2022. « **Il s'agit de lutter contre les déserts médicaux en positionnant la Région comme un employeur de santé** », par l'intermédiaire d'un groupement d'intérêt public composé de quatre collèges (le 1e, la Région, principal financeur ; le 2e, les départements ; le 3e, les communes et groupement ; et le 4e, celui des partenaires institutionnels et des experts).

Positionner ainsi la Région permet notamment de faciliter la phase de lancement des centres de santé, qui représente un coût élevé. Le déficit est de l'ordre de 100 000 € la première année avec un équilibre au bout de la troisième ou quatrième année. « **Aujourd'hui nous sommes à neuf centres de santé créés. En plus des médecins qui sont recrutés selon trois catégories de carrière, avec des jeunes, des médecins expérimentés et des retraités, les équipes sont composées d'un secrétariat, de sages-femmes, d'infirmiers en pratique avancée, et bientôt d'assistants médicaux.** »

Les médecins sont payés sur la grille hospitalière avec une petite bonification pour les jeunes médecins. En contrepartie, il est demandé obligatoirement des visites médicales, la permanence des soins, les gardes, ainsi que des soins non programmés pour le centre de santé. Par ailleurs, le niveau régional permet l'application de tarifs uniformes sur le territoire.

« Toutes les Régions ne font pas ce type d'action. Pour le moment, nous sommes deux Régions avec la Région Centre-Val de Loire, qui ont 80 médecins. En Occitanie, l'objectif c'est 200 médecins dans les centres de santé d'ici la fin du mandat ».

En réponse à Alain MILON qui a fait part de ses inquiétudes sur le pérennité de ces centres de santé et leur articulation avec l'exercice libéral, le Professeur Vincent BOUNES précise que les libéraux sont associés aux décisions régionales et locales, lors de l'ouverture d'un nouveau centre.

François CREMIEUX souligne que la question n'est plus à présent de savoir si les médecins de première ligne deviennent des médecins salariés ou non, mais plutôt de savoir de qui sont-ils salariés : de l'assurance-maladie, de l'offreur de soins, de communes comme c'était le cas dans certains centres de santé en Île-de-France, des salariés de grands organismes comme un groupement d'intérêt public. Selon la réponse apportée, l'impact est radicalement différent. À Marseille, il est développé un modèle qui est celui de médecin salarié de l'hôpital avec des centres de santé gérés par le CHU.

« Il est important, poursuit-il, de s'interroger sur le type de salariat que nous avons pour les médecins à l'horizon de cinq ans, car il est indispensable d'éviter que nos médecins ou encore nos biologistes deviennent salariés de groupes privés. »

### **Des états généraux de la santé départementaux : succès ou flop ?**

La table ronde continue avec l'intervention d'Olivier RICHEFOU qui fait part de l'expérience des états généraux de la santé lancés en 2022 par le Conseil départemental. Deux défis majeurs ont dû être relevés. Le premier était relatif à la mobilisation à l'échelle d'un département, tant des citoyens, et cela au-delà des syndicats, que des élus locaux.

Le second correspond au dialogue des acteurs ayant des intérêts divergents. Cela a été rendu possible d'abord, parce que l'on ne partait pas de rien. « Cela fait une dizaine d'années, que le Conseil départemental réunit assez régulièrement les professionnels de santé ». Ensuite, il a été également décidé d'affecter deux personnes pour être en relation avec tous les acteurs (la CPAM, les libéraux, l'ARS, etc.).

Un livre blanc a été publié à la suite de ces états généraux, avec un certain nombre de priorités portées par différentes parties prenantes, y compris les représentants d'usagers et d'établissements. 25 priorités ont pu être dégagées et votées par le Conseil départemental, accompagnées de fiches actions et de lignes budgétaires. À ce stade, dans un souci d'efficacité, seul le Conseil départemental porte ces priorités. Deux exemples :

- en concertation avec la Région, la mise en place d'une correspondance entre les horaires de TER et les horaires des internes par rapport à leurs missions en centre hospitalier.
- Le lancement futur de travaux pour un internat.

D'une manière générale, cette initiative a permis au Département d'échanger avec des interlocuteurs nationaux sur la question de la compétence santé. Pour Olivier RICHEFOU, « ce n'est effectivement pas une compétence du Département, et il ne faut pas que cela le devienne. Je crois que l'État doit rester, l'acteur référent sur les questions de soins. Notre enjeu à nous était de regarder comment sur le plan local, on pouvait s'organiser pour être plus attractif, plus performant, en termes d'organisation de ce système de santé, car la Mayenne, comme beaucoup de territoires manquent cruellement d'offres de santé ».



# COMMENT COORDONNER LES NOMBREUSES INITIATIVES DES COLLECTIVITÉS ?

La dernière table-ronde de la journée s'est tenue en présence, d'une part, d'Agnès FIRMIN LE BODO, Ministre déléguée auprès du Ministre de la Santé et de la Prévention, et d'autre part, d'un panel d'élus représentatifs des trois catégories de collectivités territoriales (commune, département, région).

L'égal accès aux soins constituant une préoccupation croissante des citoyens, Madame la Ministre a rappelé qu'elle avait été chargée d'un périmètre ministériel nouveau, lequel traduit la priorité accordée par le Gouvernement à l'organisation territoriale du système de santé. Conformément aux demandes du Président de la République, dans le contexte des travaux du Conseil National de la Refondation (CNR), la Ministre a confirmé l'intention des pouvoirs publics d'accompagner les innovations locales portées par les collectivités, de « **construire ensemble** ».



Si elle poursuit l'objectif – ancien et fondamental – d'assurer l'égalité de chacun devant le service public de santé, la « **territorialisation** » est porteuse d'un « **changement de méthode** » en termes de politiques publiques. En effet, en favorisant une démarche ascendante, elle se substituerait à une mise en œuvre parfois perçue comme insuffisamment concertée. En cela, elle favoriserait une action publique davantage délibérée et, partant, à la légitimité renforcée. Surtout, « **en inversant la pyramide** », elle permettrait une meilleure prise en compte des spécificités locales, alors que la loi 3DS (différenciation, décentralisation, déconcentration) du 21 février 2022 a consacré le principe de « différenciation territoriale ». Madame la Ministre a notamment illustré son propos en rappelant « **l'agilité et la souplesse [...] l'intelligence collective** » des acteurs publics et des professionnels de santé lors de la crise sanitaire, tant à l'échelle nationale qu'à celle de la région Sud.

Alors qu'un nouveau PRS est en cours d'élaboration en région Sud, Madame la Ministre a rappelé le plein engagement des services de l'ARS auprès des acteurs locaux.

Chantal EYMELOUD, Maire d'Embrun et Vice-Présidente de la Région Sud, a pu souligner l'implication de ce service de l'Etat s'agissant du dossier de l'hôpital de proximité d'Embrun.



A l'instar des propos tenus par Richard STRAMBIO, Maire de Draguignan et Conseiller régional, un consensus est apparu naturellement s'agissant du rôle des élus locaux en matière d'organisation territoriale de la santé. Dotés de la légitimité démocratique pour porter les attentes de leurs concitoyens, les élus permettent à la fois d'affiner tout « **diagnostic de terrain** » et d'associer l'ensemble des acteurs autour de projets structurants pour leur territoire. Au croisement des domaines sanitaire et médico-social, l'exemple de la politique de la ville, laquelle nécessite pour sa réussite tant le concours du représentant de l'Etat que le volontarisme des collectivités (commune, EPCI, département).

Le rôle central du Département dans le domaine médico-social a par ailleurs été rappelé par Eliane BARREILLE, Présidente du Conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence, et par Sylvain DI GIOVANNI, Conseiller départemental des Bouches-du-Rhône. Cette catégorie de collectivités territoriales, compte tenu de ses compétences, se voit confirmée en tant que « **partie prenante des parcours de santé** ».

Enfin, de nouvelles opportunités sont ouvertes aujourd'hui afin de résoudre en partie les disparités importantes en termes de démographie médicale. En effet, selon la Professeure Emmanuelle CHARAFE, Vice-Présidente de la Métropole Aix-Marseille-Provence, « **le numérique et l'innovation en santé représentent des solutions qui peuvent être apportées et qui va dans le sens de l'amélioration de la précision de diagnostic, de la qualité des soins de façon générale** ». C'est devenu « **une évidence** » à la faveur de la crise sanitaire que le numérique est une priorité. « **La communauté médicale a encore besoin de s'acculturer à cela et c'est un rôle que les collectivités peuvent assurer** », notamment au travers des contrats de plan Etat-Région (CPER) 2021-2027 et de financements croisés avec l'ARS.

Par exemple, pour tout ce qui est diagnostic, des projets sont soutenus par l'ARS pour améliorer la précision de diagnostic et pour gagner du temps. C'est une des réponses pour pallier le manque de professionnels de santé.

En conclusion, pour Madame la Ministre, le numérique en santé est effectivement « un atout supplémentaire dans la gestion au quotidien et un atout dans la prise en charge. Attention toutefois puisque l'on traite de l'humain et voir des patients c'est toujours important et ceux qui pensent que la téléconsultation doit devenir une solution unique de demain il faut avoir l'esprit que c'est un complément ».

Il s'agit d'accompagner intelligemment et éthiquement toutes les accélérations d'innovation induites par la crise sanitaire.



# ALLOCUTIONS DE CLÔTURE

Lors de son allocution, **Renaud MUSELIER**, Président de la Région Sud, a présenté sa vision du système de santé et a exprimé son souhait d'impliquer la Région dans les réponses aux enjeux relatifs à la santé.

- Il a insisté sur le défi qu'a représenté la gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19 ainsi que sur les synergies qui se sont créées avec les territoires afin de trouver des solutions.
- Il a détaillé les actions menées par la Région dans le domaine de la santé. Ce sont, à ce titre, 710 millions d'euros investis chaque année, avec le souci d'une répartition équilibrée entre les différents territoires. Il précisait alors qu'« **il n'y a pas les métropoles contre les territoires et les territoires contre les métropoles** ». La Région finance notamment des formations à destination des personnels paramédicaux, des infrastructures hospitalières, le Plan cancer régional, des kits pour les déserts médicaux ainsi que des maisons de santé. La Région investit également dans l'innovation et l'intelligence artificielle pour mettre en œuvre des projets d'envergures.
- Il a rappelé que « **tout ne va pas si mal, il y a des médecins, globalement on a un système de santé qui fonctionne** ».
- Il a salué la stratégie du CNR en santé et rappelé qu'il est un « **grand décentralisateur** ». Il affirmait vouloir tendre la main à Madame la Ministre pour aller plus loin dans ce processus puisqu'il « **estime que c'est par la décentralisation qu'on peut y arriver. Si l'on ne peut pas y arriver par la décentralisation, faisons-le par l'expérimentation.** »

**Renaud MUSELIER** a clôturé son allocution en exprimant sa vision du rôle de la Région en matière de politique de santé. Il s'agit pour lui de « **faire confiance aux professionnels, d'appuyer leurs démarches et de trouver des financements** ».



## Clôture de la journée de Rencontres & Débats par la Ministre, Agnès FIRMIN LE BODO

A l'issue de la prise de parole du Président de la Région Sud, la Ministre, **Agnès FIRMIN LE BODO**, a commencé par saluer l'initiative de la FHF PACA pour avoir placé la journée de Rencontres & Débats sous le signe de l'action des collectivités territoriales. Madame la Ministre expliquait en effet que la réforme de la santé qu'elle porte avec le Ministre de la Santé et de la Prévention, **François BRAUN**, « **ne peut se faire qu'avec et qu'à partir des territoires** ».

Elle précisait également que ses visites sur le terrain lui ont permis de prendre conscience des capacités d'adaptation des territoires puisque partout « **où la collaboration existe, des solutions pragmatiques et efficaces sont trouvées. Croire que toutes les solutions viendront de Paris serait une erreur, évidemment. Tout simplement car les besoins et les réalités sont différents.** »

Madame la Ministre évoquait également la logique de territorialisation défendue par le Gouvernement dans le cadre de la mise en œuvre du CNR en santé. Sa réussite était en effet conditionnée par la mobilisation des acteurs de terrain. Dans le prolongement de cette initiative, le Président de la République a annoncé que le Pacte territoire santé devra se construire dans le cadre d'une gouvernance territoriale de santé renouvelée avec le CNR, et sous l'égide de l'ARS. Les quatre objectifs principaux de ce CNR en santé sont de :

- Partager les avancées de la feuille de route nationale.
- Accélérer le déploiement des projets identifiés comme prioritaires. Les ARS pourront alors déroger à des règles nationales pour introduire de la souplesse.
- Organiser l'information systématique de la population au sujet de l'offre de soins et de prévention.
- Faire remonter au niveau national les blocages à lever dans les territoires.

Madame la Ministre est ensuite revenue sur quelques-unes des 10 priorités annoncées lors des vœux du Ministre de la Santé et de la Prévention en sélectionnant celles pour lesquelles les collectivités territoriales ont un rôle clé à jouer dans leur réussite.

- **L'importance de libérer du temps soignant** : les professionnels de santé doivent être libérés de certaines tâches administratives. Pour cela, elle affiche l'objectif d'atteindre les 10 000 assistants médicaux en 2024. Un assistant médical permet en effet de dégager 15% de temps soignant.
- **L'ambition de généralisation des CPTS sur le territoire** : les collectivités territoriales, en initiant ou soutenant leur développement, constituent un facteur de réussite.
- **La volonté de créer un choc d'attractivité des métiers du soin** : les collectivités peuvent y contribuer en simplifiant l'installation des soignants en mettant par exemple des logements à leur disposition ou en supprimant des irritants tels que le manque de places de stationnement ou de places en crèche.
- **La nécessité d'augmenter le nombre de places en formations paramédicales et en particulier pour les infirmiers.**

Madame la Ministre a également alerté sur d'autres défis majeurs tels que :

- **L'enjeu de garantir la permanence des soins** : si le Gouvernement a mis en place des mesures comme la généralisation du SAS, c'est par la responsabilité collective qu'il sera possible de l'assurer.
- **La volonté de réforme organisationnelle au sein des structures hospitalières** : le service doit être au centre de l'organisation des établissements de santé car c'est l'échelon le plus à même de redonner du temps aux soignants et de permettre aux organisations de mieux s'adapter aux besoins des personnels.
- **Mieux protéger nos soignants et améliorer leur sécurité dans leur exercice professionnel** : il faut développer de nouveaux moyens pour les protéger car il est **« intolérable que nos professionnels de santé se fassent agresser verbalement et physiquement. »**
- **L'évolution du mode de financement des établissements de santé** : annoncée par le Président de la République, la sortie du tout T2A nécessite de repenser la logique avec laquelle nous fonctionnons aujourd'hui.
- **S'engager pleinement dans la transition écologique** : notre santé est étroitement liée à l'environnement dans lequel nous évoluons. C'est la raison pour laquelle Madame la Ministre appelle les acteurs du système de santé, et notamment les collectivités territoriales, à être exemplaires dans cette politique publique.

Pour Madame la Ministre il existe un facteur de réussite déterminant ; celui d'agir ensemble. **« Les enjeux sont immenses et nous devons avancer ensemble pour relever les défis. »**

Elle rappelait également l'importance du Pacte territoire santé évoqué un peu plus tôt lors de son allocution. **« Seul, l'État ne pourra pas tout. Nous ne sommes pas au pied du mur, mais nous sommes dans le mur. Pour nous en sortir, nous aurons besoin d'une mobilisation générale et de toutes les ressources disponibles. »**

Agnès FIRMIN LE BODO désignait également les citoyens comme étant des acteurs clés pour relever le défi. Elle évoquait notamment l'importance de la sensibilisation de la population à la problématique des rendez-vous médicaux non-honorés (28 millions par an) ; puisqu'en effet, **« la santé n'est pas un bien de consommation comme un autre. »**

Elle affichait pour conclure un état d'esprit résolument optimiste pour construire un système de santé vertueux. **« La tâche est épineuse, mais je demeure optimiste car sur le terrain, des solutions existent et les acteurs s'organisent pour apporter des réponses. Je crois donc à notre capacité de construire ensemble, non pas seulement des solutions pour la crise que nous connaissons aujourd'hui, mais bien le système de santé qui répondra demain aux besoins des Français en prenant soin des professionnels qui exercent. »**



# COMPTE RENDU

## RÉALISÉ PAR LES ÉLÈVES DIRECTEURS D'HÔPITAL ET DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Ce compte rendu a été co-écrit par les élèves directeurs d'hôpital de la promotion Marie Marvingt 2022-2023 et les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social de la promotion Suzanne Noël 2022-2023 en stage de professionnalisation en région Sud.

Ces élèves directeurs du secteur sanitaire et médico-social public ont été aimablement invités par Florence Arnoux, Déléguée régionale FHF PACA, à participer à cette deuxième édition des Rencontres & Débats FHF PACA - Région Sud.

L'ensemble des élèves directeurs l'en remercient et adressent également leur remerciement à toutes les personnes ayant contribué à l'organisation de cet événement.



**ANDRES Ilan**

Élève directeur  
d'établissement sanitaire,  
social et médico-social



**DALFREDDO Magali**

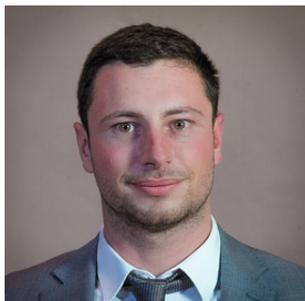
Élève directrice  
d'établissement sanitaire,  
social et médico-social

**KHOBEZI Aïcha**  
Élève directrice  
d'établissement sanitaire,  
social et médico-social



**LAVALLÉE Laëtitia**

Élève directrice  
d'établissement sanitaire,  
social et médico-social



**LINALE Thomas**

Élève directeur d'hôpital



**MOREL Ilan**

Élève directeur  
d'établissement sanitaire,  
social et médico-social



**PERRET Florestan**

Élève directeur d'hôpital



**RICAUD Dorine**

Élève directrice  
d'établissement sanitaire,  
social et médico-social



**VERMERSCH Nicolas**

Élève directeur d'hôpital