

CONTRIBUTION SANTECITE

Concertation Stratégie Nationale de Santé

Version 2023-07-10

Par souci de clarté, nous vous indiquons **les paragraphes et pages** des *verbatim* en italique de la SNS auxquels nous révisons dans un paragraphe **Propositions**.

4.1.1 Page 12 « *Les priorités sont ainsi de former et informer sur l'état de notre environnement et les bons gestes à adopter pour notre santé et celle des écosystèmes, de réduire les expositions environnementales affectant la santé humaine et celle des écosystèmes, et de démultiplier les actions concrètes menées dans les territoires.* »

Propositions :

Nous avons construit des programmes d'accompagnement notamment à la parentalité dans nos maternités ou nous pouvons avoir un accès direct aux jeunes parents pour leur prodiguer des conseils sur l'utilisation de produits d'hygiène et d'entretien (toxicité), de la nourriture et emballages (expositions aux perturbateurs endocriniens), à du mobilier et peinture contenant des produits chimiques toxiques pour leurs bébés. Ces ateliers pour les développer auraient intérêt à être financés par les ARS pour encourager chaque maternité à le faire, avec des conseils harmonisés sur l'ensemble du territoire.

Une juste répartition des financements de ces ateliers sur l'ensemble des maternités serait efficace à l'instar du programme des 1000 jours qui a permis de distribuer des kit bébés dans toutes les maternités françaises.

4.1.1.4 Page 13 « *Les écoles ont un rôle important à jouer dans la prévention et la promotion de la santé. En devenant « écoles promotrices de la santé », les établissements scolaires engagés mettent en œuvre des pratiques visant à promouvoir la santé* »

Propositions :

Les établissements de santé peuvent participer avec les professionnels qu'ils emploient à des actions de prévention dans les écoles souhaitant développer ces actions. Ces professionnels interviendraient auprès des élèves sur les sujets vus avec l'équipe enseignante selon leur classe d'âges et seraient financés à la hauteur de la mise à disposition dudit professionnel. Cela décloisonnerait l'hôpital, les professionnels voient un intérêt à rencontrer d'autres professionnels et à se mobiliser auprès des jeunes notamment dans un environnement différent de leur établissement pour prodiguer des conseils de Santé Publique.

4.1.2.4 Page 15 « *Promouvoir l'activité physique et sportive, les mobilités actives comme un élément déterminant, à part entière, de santé et de bien-être, pour toutes et tous, tout au long de la vie, mais aussi de développer le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique, ainsi qu'à mieux protéger la santé des sportifs et renforcer la sécurité des pratiques.* »

Propositions :

Nous sommes tout à fait favorables à la création d'un « Bilan Mobilité » dans les établissements de santé comprenant des tests d'effort et de mobilité, des entretiens avec des diététiciens, kinés. Ces bilans construits sous la forme d'Hôpitaux de jour, permettraient d'établir sur une journée ou demi-journée un « check up » de mobilité à tous âges de la vie, sans nécessiter pour l'établissement d'une autorisation de médecine afin de généraliser ces bilans sur l'ensemble des territoires. Ces bilans permettraient le cas échéant une orientation de la personne vers des activités sportives en lien avec la Maison Sport et Santé de son territoire.

Nous sommes également tout à fait enclin à intégrer dans nos bâtiments des Maisons Sports et Santé qui souhaiteraient disposer de locaux.

4.1.2.5 Page 15 « *Environ un Français sur deux est aujourd'hui en surpoids. Parmi ceux-ci, un sur six souffre d'obésité* »

Propositions :

Nos établissements ont développé des hôpitaux de jour en pré et post chirurgie de l'obésité. Ces HDJ, s'ils intégraient des programmes d'éducation thérapeutique des patients, seraient une grande avancée pour le suivi des patients par des nutritionnistes, diététiciens, psychologues. Or pour le moment l'intervention de ces paramédicaux dans nos établissements peuvent être valorisés que dans le cadre du forfait avec nos personnels salariés. Il est impossible pour des paramédicaux libéraux (diététiciens, psychologues...) qui interviennent dans les établissements privés de coter leurs actes à l'instar de nos médecins. Cela nuit grandement à l'instauration de ces programmes d'ETP qui sont alors auto-financés par les établissements sans possibilités d'intégrer des professionnels libéraux du territoire dans leur programmes.

4.1.2.10 Page 18 « *Une nouvelle dynamique de déploiement à grande échelle des politiques de vaccination doit globalement être déployée* »

Propositions :

L'accès à un établissement de soins, disposant des ressources humaines pratiquant la vaccination, est facilité pour les personnes défavorisées, aussi, en tant qu'établissement de soins recevant du public, nous pouvons répondre à ces préoccupations d'organisation de campagnes de vaccinations et dépistage du public, sous réserve de la compensation de la mise à disposition dudit personnel et des vaccins à injecter.

4.1.3.2 page 19 « *Promouvoir un sommeil de qualité et prévenir ses troubles* »

Propositions :

Le manque ou la mauvaise qualité de sommeil est un déterminant de santé à l'origine de nombreuses maladies chroniques. Développer des prises en charge étoffées dans les structures pour répondre à cet enjeu de santé est dès lors primordial. Aussi, à l'instar de ce qui a été proposé pour la lutte contre l'obésité, pour construire des parcours de prise en charge efficaces et répondant aux besoins des patients, les paramédicaux libéraux intégrés dans les parcours des patients doivent pouvoir facturer hors de l'HDJ pour les actes de suivi qu'ils effectuent.

4.1.4.2 page 21 « *Un levier de la prévention de la perte d'autonomie notamment le risque de chute, première cause de mortalité des plus de 65 ans avec 2 millions de chutes chaque année et des conséquences potentiellement graves* »

Propositions :

Nous proposons de permettre aux établissements de développer des « check up » sous forme de bilan d'HDJ pour la prévention des chutes des personnes âgées dans des unités référencées, avec des gériatres notamment, des kinés...et songer à la possibilité d'intégrer là aussi des professionnels libéraux du territoire, des médecins de prévention ou des Infirmières de Pratiques Avancées pour coordonner ces bilans.

4.2.2.2 page 27 « *La reconfiguration de l'offre de médecine d'urgence est aussi portée par la réforme du financement dont la logique populationnelle traduit des objectifs d'égalité d'accès pour tous* »

Propositions :

Nos établissements non autorisés à ouvrir un SAU ont créé des Accueils de Soins non programmés ou des Centres médicaux soins Immédiats. Ces structures, qui répondent à des besoins de la population, sont lourdes à monter et surtout ne bénéficient pas de la facturation d'un ATU. Sans créer un forfait équivalent pour des structures qui

n'ont pas les mêmes exigences, il serait concevable que ces centres d'accueil puissent bénéficier de tarification plus en lien avec leurs capacités d'accueil, amplitudes horaires d'ouverture et mise à disposition de personnel notamment.

En ce qui concernent les urgences obstétricales, structures accolées aux maternités mais non reconnues par une autorisation, nous sommes très préoccupés par leur subsistance. En tant que maternité nous devons accueillir des patientes H24- 7J/7 et pourvoir aux urgences or celles-ci ne sont pas comptabilisées ou valorisées : des soins y sont prodigués, du personnel y est affecté, des praticiens y effectuent des gardes insuffisamment rémunérées.

4.2.2.4 page 29 « *D'ici 2033, 100% des HAD associées au GHT de leur territoire, 100% du territoire national couvert par les mentions spécialisées, 100% d'EHPAD couverts par un partenariat avec une HAD* »

Propositions :

Pour nous, le sujet n'est pas tant de signer un partenariat (c'est quasiment le cas avec tous les EHPAD) mais que cette coopération soit effective dans les faits. Aujourd'hui le taux de recours à l'HAD est très bas.

S'agissant des mentions spécialisées nous portons votre attention sur certaines réalités locales : comment développer de l'ante ou post partum dans des départements comme le cantal ou la Lozère couverts par un HAD qui marche bien mais avec une population âgée et de moins ou à peine plus de 100 000 habitants mais également dans des départements ou les maternités n'arrivent elles-mêmes pas à recruter ? Il conviendrait de ne pas faire peser une contrainte sur les HAD qui avec la meilleure volonté ne pourront pas développer une activité spécialisée durable et financièrement soutenable.

4.2.2.5 page 29 « *Les difficultés de la démographie des professionnels de santé, auxquelles n'échappent pas les quatre disciplines clés de la prise en charge en périnatalité (médecins gynécologues-obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et sage-femmes), contraignent notre offre de maternités à évoluer et à s'adapter à cette contrainte.* »

Propositions :

Si le constat est partagé de la pénurie de professionnels de santé dans le secteur de la périnatalité, nous pensons que les propositions émises par le projet prennent une mauvaise orientation, celle de transformer pour s'adapter à la pénurie. Nous pensons que la bonne orientation serait de rémunérer justement les praticiens par une revalorisation des actes et consultations et également les gardes ne sont pas assez rémunérées. Voici un extrait d'un message d'une femme gynéco-obstétricienne : « *Évidemment qu'il faut trouver des solutions pour les patientes mais qu'en est-il des soignants ? Lors de mon installation, nous étions 14 gynécologues sur le planning de gardes, aujourd'hui 8* ». De même la raréfaction des sages-femmes en établissements qui ne peuvent pas coter dans les établissements privés préfèrent s'installer en libéral ou centre de santé avec des horaires de jour et de semaine.

Les hospitalisations temporaires non médicalisées (dits « hôtels hospitaliers ») ne rencontrent pas le succès escompté auprès des patients, que ce soit dans les maternités mais également sur les autres spécialités. Il ne nous semble pas opportun de créer des structures sans professionnels pour palier la pénurie mais bien garantir la sécurité des patients avec des professionnels valorisés.

S'agissant des violences faites aux femmes, étant lieu d'accueil du public à vocation de soins, nos structures de maternités ou de services d'accueil des urgences sont tout à fait à même de prendre en charge les femmes et serions pleinement en capacité de se voir confier cette mission.

4.2.2.5 page 29 « *L'endométriose touche entre 1,5 et 2,5 millions de femmes en âge de procréer soit près d'une femme sur dix. Cependant, la prise en charge du diagnostic au traitement reste encore compliquée aujourd'hui. Endométriose* »

Propositions :

Nous avons travaillé au sein de SantéCité une dynamique de prise en charge de l'endométriose avec EndoFrance lorsque de la stratégie de lutte contre l'endométriose a enfin vu le jour et a permis de structurer les premières filières régionales dont nos membres sont parties prenantes. Aujourd'hui, nous pensons qu'il faille être plus ambitieux dans la lutte contre cette maladie, le dépistage. Il s'agit aujourd'hui pour nous de pouvoir assurer le maintien dans l'emploi des femmes atteintes de l'endométriose, de reprendre la stratégie nationale et de décliner les consultations douleur et les programmes d'éducation thérapeutique, se déplacer dans les écoles pour informer et orienter les jeunes femmes au diagnostic. Toutes ces mesures qui trouvent des réponses au niveau régionales ne sont pas valorisées alors qu'elle nécessite du temps soignant et médical et surtout permette des véritables actions de prévention envers la population.

Il serait également souhaitable que des stages d'interne en chirurgie gynécologique soient ouverts dans les centres reconnus par la filière, quel que soit le statut de l'établissement.

4.2.5.3 page 34 « Répondre aux besoins de prise en charge sanitaire des personnes âgées »

Propositions :

Nous proposons que les établissements qui organisent des admissions directes dans les services sans disposer de structures d'accueil des urgences se voient attribuer une part de dotation populationnelle pour les services de gériatrie puisque ces admissions directes évitent des passages aux urgences.

4.3.4 page 38 « Il s'agit de renforcer de manière massive, dans la durée, la cybersécurité pour l'ensemble des acteurs de santé et tout particulièrement les établissements sanitaires et médico-sociaux »

Propositions :

Conscients du risque grandissant des attaques cyber dans les établissements de santé, nous pensons nécessaire que des financements soient attribués à des formations en région. Pour autant, certains GRADeS ou ARS bloquent les initiatives de sociétés afin de nous obliger à passer par des prestataires sous-traitants qui n'ont aucune valeur ajoutée, si ce n'est que de nous faire prendre du retard, voir nous mettre en dehors des clous d'ici décembre 2023. Il serait opportun de laisser les acteurs s'organiser pour leur propre formation.

4.3.5 page 39 : « La politique d'achats du secteur, notamment hospitaliers, joue également un grand rôle dans le bilan carbone estimé »

Propositions :

Pour avoir une politique d'achat responsable et coordonnée au niveau national, il serait nécessaire de centraliser via un organisme type ADEME les analyses de cycles de vie de certains produits clés de notre secteur, les rendre publiques et accessibles à tous, et de pouvoir travailler de manière synchronisée auprès des fournisseurs pour plus de poids. Aujourd'hui, les établissements, même regroupés ne peuvent imposer des critères RSE à leurs fournisseurs, si l'ensemble du secteur de la santé, tout établissement et tout statut confondu, est mobilisé, il sera plus aisé d'imposer des contraintes et des ACV pertinentes.

Il devrait également être possible comme cela est indiqué de pouvoir autoriser le reprocessing selon des critères établis, de surcroît en cas de pénurie de consommables, il en va de la sécurité sanitaire intérieure du pays.

5.1.2.1 page 41 « Pour attirer davantage de professionnels, il conviendra de mieux informer et orienter vers les métiers de la prévention, du soin et de l'accompagnement »

Propositions :

Nous nous sommes à maintes reprises exprimés en direct ou via notre Fédération de l'Hospitalisation Privée sur ce thème de la formation des soignants. Aujourd'hui, toute la chaîne de formation mériterait un nouveau souffle

et moins de contraintes : de la sélection par des entretiens motivationnels et non via Parcoursup, à la formation reconnue par bloc de compétence, la meilleure efficacité de passerelles entre métiers du soin, la simplification de la création de place ou d'écoles et le développement de l'AFEST avec tutorat dans nos établissements de soins. Il y a un large chantier de la formation à mener pour redonner du souffler aux métiers du soin. Idéalement, nos établissements pourraient largement plus contribuer en qualité de terrain d'accueil d'interne en médecine également si la procédure était simplifiée et les postes ouverts plus largement.

5.6.5 page 54 : *Il y a donc une priorité à améliorer l'articulation entre les différents dispositifs d'accès (dérogatoire et de droit commun), et plus généralement à dynamiser l'ensemble du système pour mieux prendre en compte la durée de vie d'une innovation.*

Si nous souhaitons devenir à nouveau une nation reconnue pour la qualité de son système de santé, il faut pouvoir investir et accompagner les établissements qui intègrent des innovations dans leurs pratiques. Cela passe nécessairement par la reconnaissance et la valorisation de forfaits innovations dans les actes pratiqués (chirurgie robotique notamment).

En complément de ces propositions sur des thèmes identifiés par le projet de Stratégie Nationale de Santé soumis à concertation, nous souhaitons également attirer votre attention sur des thématiques qui sont absentes et qui nous semble être portées à la concertation nationale et ayant vocation à intégrer la SNS.

Nous pensons que la promotion de la Santé Publique et la prévention peuvent prendre différentes formes et que celle des labellisations devrait être abordée. En effet, nombre de labels reconnus comme les labels IHAB pour les maternités, GRACE pour la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) permettent aux établissements qui les obtiennent de garantir un haut niveau de qualité de prise en charge. Il serait ainsi justifié que l'investissement des équipes et des structures dans la labélisation qui induit des surcoûts, soit valorisé par un complément tarifaire.

Nous sommes étonnés de voir que rien n'est dit sur le maintien de vente au public dans le commerce de certains produits pourtant nocifs pour la population les utilisant : les professionnels ne comprennent pas que des produits soient en vente libre alors qu'ils forment les patients ou futurs parents à justement ne pas les utiliser.

De manière générale, vous l'aurez compris, nous sommes, établissements de santé privés et indépendants, très engagés sur des missions de prévention et de santé publique dans nos territoires. Nous mobilisons nos professionnels, notre écosystème pour accompagner la population dans le virage préventif qu'il convient de mettre en place. Nous sommes en effet convaincus que les actes de prévention sont d'autant plus efficaces qu'ils sont effectués pendant une séance de soins ou proche et délivrés par un professionnel de santé en capacité de valoriser ces actes.

Nous sommes investis de missions de santé publique sur nos territoires et souhaitons avoir la capacité de les développer d'avantage, avec une nécessaire et juste reconnaissance.

A propos de SantéCité

SantéCité, Première Coopérative à Mission d'Hôpitaux Privés Indépendants, regroupe 120 établissements, qui accueillent 2 millions de patients par an, emploient 30 000 collaborateurs salariés dont 500 médecins et dans lesquels 7 400 médecins libéraux exercent leur pratique. Guidé par des valeurs de solidarité et de partage, de préservation de la santé publique, d'innovation et performance au service de l'excellence médicale et des patients, SantéCité entend améliorer la coopération entre établissements en pérennisant l'offre de soin sur chaque territoire.

Depuis sa création en 2012, SantéCité offre à ses membres des outils de mutualisation, et œuvre au quotidien à l'amélioration de l'offre de soin dans les territoires. La Coopérative a également créé un Groupement de Coopération Sanitaire afin de participer activement à la recherche clinique (2^{ème} GCS de recherche privée de France), une filiale Achats, ainsi qu'un partenariat avec Wilco, plateforme d'accélération de l'innovation pour rapprocher start-ups et industriels.