

Contribution¹ de la FHF PACA à la Conférence des Parties Prenantes - Septembre 2022



POSER UN DIAGNOSTIC GLOBAL, PUIS Y APPORTER DES SOLUTIONS CONCRETES & EPROUVEES SUR LE TERRAIN

I. NOTRE DIAGNOSTIC : Provence Alpes Côte d'Azur, une région marquée par des inégalités sociales et environnementales, un vieillissement de la population et une offre de soins à répartition inéquitable

La région PACA combine le fait d'être la **3^{ème} région la plus pauvre** de France avec 9% de la population sous le seuil de pauvreté et celui d'avoir un **indice de vieillissement élevé** (5^{ème}). Les pathologies chroniques sont en augmentation (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, asthme, BPCO...). La pollution atmosphérique est une des plus élevée de France et d'Europe. Le **choc énergétique** et ses conséquences deviennent un enjeu sociétal majeur.

La **consommation de soins y est plus forte que la moyenne nationale**. Les six départements sont très **hétérogènes** (littoral & montagne, ruralité et métropoles urbaines, surpopulation touristique & saisonnalité). On y constate de **fortes inégalités d'accès aux soins** : territoriales, sociales, économiques qui se superposent ; 30% des étudiants renoncent aux soins.

L'**offre de soins** y est supérieure à la moyenne nationale mais elle est mal répartie et bridée en termes de formations (numerus clausus, ENC). Certaines zones sont surmédicalisées, là où d'autres sont désertifiées voire enclavées².

L'**accès aux soins primaires et aux spécialistes** est inégal et insuffisant en Permanence Des Soins³.

La région comprend 41 % d'établissements publics (47% des séjours⁴), 41% de privé (40% des séjours) et 15% d'ESPIC (13% des séjours). Le **secteur hospitalier privé lucratif est surreprésenté dans les départements du littoral et sur le champ SSR**, avec un désengagement des secteurs médecine et d'obstétrique

Les **six GHT départementaux** se structurent avec des niveaux de maturité différents mais une fragilité exacerbée sur la filière des urgences adultes et pédiatriques (de 30 et 60% de postes vacants), sur la filière mère/enfant (néonatal, maternités), sur la filière psychiatrique (pédo. et gérontopsychiatrie), sur la filière AVC et la radiologie publique.

L'offre **médicosociale** est insuffisante eu égard aux besoins, avec une surreprésentation du secteur privé lucratif.

Pour relever ces défis, au sein du cadre d'orientation stratégique de l'ARS PACA, **7 priorités de santé publique** ont été identifiées : 1/ prendre en compte les besoins d'une population vieillissante ; 2/ mettre en place une politique globale en faveur des enfants et des jeunes ; 3/ proposer une palette de réponses à la situation de handicap ; 4/ renforcer la politique de santé mentale ; 5/ poursuivre la baisse de la mortalité prématurée ; 6/ organiser la prise en charge des maladies chroniques ; 7/ réduire l'impact sur la santé de l'exposition aux risques environnementaux.

II. NOTRE VISION : Un système de Santé, de Prévention et de l'Autonomie transformé pour répondre au diagnostic de terrain réalisé

Pour adresser les enjeux de santé de nos territoires, de **nouvelles fondations prioritaires** à notre système de santé sont nécessaires. Elles s'appuient sur **3 piliers** :



¹ Propositions synthétisées à partir d'interviews croisées de membres du bureau de la FHF PACA et de responsables médicaux (CDS SAU et SAMU ; PCME)

² Dans le 04 : 4 dermatologues/160 000 hab., PDSA marginale la nuit l'été, urgences avec intérimaires, patients orientés vers des SAU ou des spécialistes à 40/50km ; Dans le 05 : 1 dermatologue pour 150 000 habitants, pénurie majeure sur les soins dentaires, orientation vers le CHU APHM

³ SOS va fermer sur Marseille

⁴ Avant covid19

1. Allouer un financement contractualisé, partagé et tenant compte des spécificités territoriales

Pour répondre aux fortes disparités de besoins de santé des territoires (démographiques, épidémiologiques et de l'offre de soins), la mise en œuvre d'une **responsabilité populationnelle partagée et contractualisée entre tous les acteurs de santé du territoire** serait pertinente, ce en s'adossant sur les GHT selon leur degré de maturité.

- ◆ Une **contractualisation sur des objectifs de Santé Publique** entre ARS, établissements publics et privés, CPTS, MSP, MMG, centres de santé avec des indicateurs simples suivis et une évaluation des résultats⁵
- ◆ Une **Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDES)** territorialisée, réaliste, co-construite et partagée entre les acteurs publics et privés au-delà des plans blancs⁶ et soutenue par l'ARS
- ◆ Des **gouvernances public / privé partagées** dans les territoires⁷
- ◆ Des **GHT consolidés** sur les territoires propices et une délégation de missions par l'ARS (à la place des DD)⁸
- ◆ Des GHT élargis à la carte aux acteurs privés et libéraux (établissements, communautés...)
- ◆ Des **équipes territoriales mixtes** d'hygiène, d'algologie, d'infectiologie (...) avec outils et soutiens adaptés

2. Une organisation de l'offre de soins qui consolide les filières de santé

a. Une filière de soins primaires et de soins non programmés digne de ce nom

- ◆ Un **médecin traitant pivot du système**, co-régulateur de l'accès aux spécialistes ou aux urgences
- ◆ Une **PDSA 24h/24 reposant sur la participation obligatoire du plus grand nombre**, organisée par CPTS-URPS-CDOM et accompagnée par l'ARS
- ◆ Un **SAS 24h/sur 24**, fondant régulation et orientations sur un protocole national SFMU/ HAS
- ◆ Des téléconsultations assurées par les médecins des zones sur-denses pour les zones sous-denses
- ◆ Un complément dans certains territoires par des IDEL de territoire⁹
- ◆ Un élargissement du rôle des pharmaciens libéraux (maillage territorial)

b. Une filière urgences de continuum qui repositionne les urgences en recours ultime

- ◆ **Transformer nos SAMU**
 - Une régulation préalable par le centre 15
 - Des opérateurs de soins non programmés en nombre (ARM, AMA a minima avec formation adaptée et VAE)
 - Des décisions de réorientation validées et effectives SFMU / HAS
 - De l'intelligence artificielle pour aider à la régulation et orientation et couvrir risque médico-légal
 - Des facilitateurs de parcours de soins complexes et/ou chroniques : référents PTA/DAC ou infirmiers
 - Des Médecins Correspondants du SAMU confortés de façon pérenne par des réponses ad hoc¹⁰
- ◆ **Recentrer nos urgences et les soins en post urgences**
 - Mutualisation obligatoire des lignes de SMUR-Urgences-SAMU et postes partagés
 - Des médecins généralistes polyvalents dans toutes les équipes des SAU (EU)
 - Des infirmiers gériatriques et HAD généralisés aux urgences (IGU) et des postes d'assistantes sociales
 - De vrais protocoles de questionnement par les IPA aux urgences pour orienter vers libéraux ou hospitaliers
 - Demi-gardes de spécialistes aux urgences, financées¹¹
 - Des lits et places d'aval revues à la hausse (gériatrie, psychiatrie, SSR) et une gestion concrète et efficace

c. Une filière gériatrique audacieuse

- ◆ Une gestion et un financement unique des EHPAD : ARS (préférence) mais éviter double gouvernance

⁵ En PACA : 3 centres de santé hospitaliers ambulatoires implantés dans les 3 arrondissements les plus pauvres de Marseille par APHM, lancement démarche responsabilité populationnelle FHF sur insuffisance cardiaque et diabète gestationnel

⁶ Dans le Var, filière traumatologique publique & privée

⁷ Des expériences en PACA : fédération des urgences du 83 publique & charte de fonctionnement de la PST du GHT ; Le pôle territorial public-privé-libéraux de Cancérologie du GHT84 ; SAS dans le 13 : co-gouvernance avec URPS ; Espic, membres invités de la CMG 06

⁸ Exemple du GHT04 avec la direction commune ; Exemples sur GHT 05 avec la direction commune, l'équipe territoriale des urgences (40 médecins), le réseau de Médecins Correspondants du SAMU (40 MCS), 1 HAD de territoire et un laboratoire commun de territoire. Autorisations.

⁹ Exemple du 04 sur Entrevaux Anot & Riez

¹⁰ Exp. 13/06 : coord. en temps réel des urgences publics privés, orientation samu selon indication, plateau. Partage indicateurs de tensions hospitalières

¹¹ Exemples : CHU Nice a ouvert des demi gardes aux urgences pour les spécialistes 18h-minuit (à financer) ; Lignes de traumatologie dédiées aux Urgences de l'APHM ; praticiens hospitaliers mi-temps au SAMU 13 et mi-temps en ville

- ◆ Un soutien massif en termes de ressources médicales et paramédicales (agilité pour présence de médecins coordonnateurs, IDE de nuits¹² et équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières avec de la télémédecine)
- ◆ Améliorer les organisations et l'offre de soins (des CRT déployés en lien avec les CPTS ; des UCC et des UHR densifiées ; des ADJ itinérants en communes et des GCSMS territoriaux contractualisés avec GHT)

d. Une filière santé mentale que ne soit pas schizophrénique

- ◆ Une psychiatrie publique financée à la hauteur des pathologies qu'elle reçoit en consolidant les missions socles
- ◆ Des IPA renforcés pour faire face à la crise démographique
- ◆ Un débat de fond sur la privation de libertés (isolement, contention) et un accompagnement des alternatives à la hauteur de cet enjeu fondamental
- ◆ Un soutien clair à la réhabilitation psycho sociale
- ◆ Une articulation avec la psychiatrie de ville pour soutenir le service public et le développement de l'ambulatoire

3. A situation exceptionnelle, des mesures exceptionnelles !

Quelques leviers complémentaires sous le signe du courage, de l'audace, du réalisme, du pragmatisme & de l'équité :

a. Booster la formation

- ◆ Un plan Marshall de formation des soignants et autres paramédicaux (initiale et FMC)
- ◆ Des IPA massivement formées et déployées dans les spécialités en tensions
- ◆ Une formation renforcée des IDE sur l'approche de la pathologie psychiatrique
- ◆ Une inflexion de la politique de réduction des étudiants de 3e cycle de médecine en PACA
- ◆ Des Internes DESMU en 5 ans, 2 stages d'urgences dans les CH périphériques (1 an de plus à financer)

b. Consolider la rémunération et les parcours de nos professionnels

- ◆ Mieux réguler l'intérim médical et paramédical (dans les 3 ans du diplôme ; application opposable de Loi RIST dès automne 2022, étendue aux établissements privés à but lucratif)
- ◆ Une reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit, de WE du personnel (médical et paramédical)
- ◆ Valoriser et stabiliser la carrière médicale à l'hôpital (vraie revalorisation de la carrière des PH ; harmonisation des dispositifs de rémunération par statut ; élargissement de la PST aux Docteurs Juniors)
- ◆ Un observatoire national des rémunérations public/privé pratiquées dans les établissements publics, espic, privés y compris les pratiques d'intérim (dans l'esprit de [transparence.sante.gouv](https://transparence.sante.gouv.fr/))

c. Attractivité, fidélisation et reconnaissance : il y a urgence à agir concrètement !

- ◆ Accompagnement, accueil, gouvernance, management : user de toutes les innovations pour donner envie
- ◆ Une attention sincère aux praticiens et professionnels impliqués et investis depuis toujours

d. Prendre un virage écoresponsable

- ◆ Introduire et ancrer la responsabilité environnementale dans la politique de nos établissements
- ◆ Diminuer l'empreinte carbone de notre système de santé
- ◆ Faire face à la demande de soins supplémentaire en lien avec la crise environnementale

En conclusion :

Le diagnostic global est fait, des solutions concrètes éprouvées sur le terrain existent. La FHF PACA souhaite :

- ◆ Un service public renforcé avec un maillage territorial régulé de la Santé, de la Prévention et de l'Autonomie auquel chacun participe (établissements et structures assurant des missions de SP) ;
- ◆ De la simplification et de la confiance pour expérimenter ;
- ◆ Une déclinaison territoriale orientée filières patients et adaptée aux situations locales et aux usagers ;
- ◆ Du courage (!), une régulation plus adaptée et des évaluations et ajustements réguliers.

¹² Dans le 13, projet binômes-télé coordonnateurs en gériatrie et médecin traitant comme médecin co-clinicien dans les Ehpad inclusion médecins coordonnateurs aux CPTS ; médecins référents d'EHPAD (jeunes retraités recrutés comme med co après "sensibilisation" à la gériatrie