

Diffusion : Equipe de direction ARS PACA,
Etablissements adhérents de la FHF PACA
(Direction, PCME/PCMG), représentants FHF
PACA et Experts hospitaliers dans les groupes
de travail PRS, Membres du CA FHF PACA

Document de travail enrichi
au fil de l'eau
Actualisé en ligne sur le site
de la FHF PACA

Dernière MAJ : 08 juin 2023

PRIORITES ET PROPOSITIONS POUR UN SCHEMA REGIONAL DE SANTE (SRS) 3 DE REFONDATION

**Contribution de la Fédération
Hospitalière de France
Provence Alpes Côte d'Azur**



Nous sommes passés d'une crise conjoncturelle à une crise systémique. Une crise des acteurs du soin. Profonde et qui va de pair avec l'évolution sociétale. Notre système de santé d'après-guerre vit ses derniers soubresauts avant de mourir. Les besoins de la population ne sont plus ceux pour lesquels le système a été conçu. La course à la technicité se poursuit alors que **les besoins majeurs portent sur la prévention, les maladies chroniques et les prises en charges itératives, non techniques mais complexes**. Les soins primaires sont désorganisés, le système hospitalier public est contraint **Notre système de santé n'est donc plus adapté aux besoins et aux enjeux**.

Les décisions prises sur les dernières décennies (numerus clausus, réduction des lits, tout T2A, baisse des tarifs, arrêt de l'obligation de Permanence Des Soins Ambulatoire-PDSA) nous ont conduits dans cette **impasse**. Dans le monde de la santé, le rapport au travail, la façon de l'exercer ont mal été anticipés. Les éléments symboliques se transforment en rémunérations monétaires, sans retour en arrière possible.

Il faut donc **se projeter dans le Schéma Régional de Santé, penser l'avenir** pour ne pas répéter les erreurs du passé. Ne plus mettre des patchs sur un système moribond par une approche à court terme. Dans le cadre de la révision du schéma régional de santé 3, la Fédération Hospitalière de France Provence Alpes Côte d'Azur (FHF PACA) identifie dans **cette note de synthèse les grandes priorités régionales qu'elle estime devoir irriguer le SRS 3 pour aborder sereinement les années à venir**. Evidemment cela implique un cadre financier pluriannuel sécurisant qui dépasse les seules prérogatives de l'Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur (ARS PACA.)

Le Schéma Régional de Santé 3 (SRS 3) devra nécessairement traiter le sujet des autorisations et des implantations, notamment pour assurer un **rééquilibrage de l'offre de soins et d'équipements sur le territoire** en épousant la réforme des autorisations en cours. Au-delà de cela, , que la FHF PACA souhaite donner à sa contribution une **ambition plus populationnelle** afin que l'offre de soins sur nos territoires, qu'elle soit publique, privée ou libérale soit cohérente avec les **besoins** spécifiques de prévention et de santé de ces territoires, qu'elle prenne en compte les forces en présence et la **répartition intelligente et équitable des responsabilités** (prévention, **permanence des soins**, urgences, lourdeurs des prises en charge, innovation, activités à seuil...) et anticipe les défis majeurs à relever (démographie médicale, vieillissement de la population...).

Cette ambition doit être à la hauteur de la profonde mutation du monde de la santé : pénurie en professionnels de santé, démographie médicale déclinante, expérience de la crise sanitaire, perte de sens, aspiration des jeunes professionnels de santé, répartition publique / privée de l'offre et changement de paradigme pour notre système de santé. Elle veut concourir à régénérer le **service public de santé**, auquel nous croyons, qui a été et qui est la première ligne et la dernière ligne de front active, le « back office » de la société qui lui permet de se perpétuer.

Cette ambition se veut efficace et pragmatique. Les solutions sont à chercher dans la **coopération** et la **complémentarité** entre les **acteurs des territoires. En responsabilité**, car le financeur, quel que soit son système de financement ou de rémunération, est au final l'Assurance Maladie, donc le contribuable. Et derrière se pose le sujet majeur de la soutenabilité économique du système de santé et des établissements publics de santé et médicosociaux.

Cette ambition se met au service de :

- La **prévention** des maladies et la **promotion** de la santé
- La lutte contre *les inégalités sociales et territoriales d'accès* à la santé
- La **qualité**, la **sécurité** et la **pertinence** des soins
- **L'innovation**

Elle parie sur la **responsabilité réciproque des acteurs et la solidarité organique plutôt que mécanique**. Les filières territoriales, les fonctions supports, les plateaux techniques, les ressources humaines, les outils doivent être au service des populations.

Cette contribution n'est pas exhaustive et ne saurait y prétendre. Elle est le fruit d'un travail de réflexion et de rédaction d'acteurs engagés de la FHF PACA. Elle se veut évolutive et pourra être amendée au gré des remarques et contributions des adhérents.

1. INSCRIRE DANS LE SRS UN VOLET AMBITIEUX SPECIFIQUE DEDIE AUX RESSOURCES HUMAINES EN SANTE AU SENS LARGE (Y COMPRIS LES INTERVENANTS DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL)

REPERES : +25% d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) à former. 1 départ à la retraite à remplacer par 3 personnes à former

PROBLEMATIQUE : Le SRS 2018-2023 contient déjà un volet Ressources Humaines « Intitulé « Mettre en place une politique des ressources humaines en santé », mais celui-ci se borne à fixer des orientations générales de méthode (mieux connaître et anticiper les évolutions de la démographie, accompagner l'évolution des métiers et des organisations etc.).

ENJEUX : Définir les axes d'une véritable politique des ressources humaines en santé. Anticiper.

- Définir des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels précis concernant à la fois les professions les plus en tension et certaines thématiques (formation, recrutement, qualité de vie au travail, attractivité...);
- Identifier les leviers permettant d'atteindre ces objectifs, parmi lesquels :
 - **Prévoir un plan Marshall de formation en IFSI**, notamment d'Infirmier de Bloc Opérateur Diplômé d'Etat (IBODE) et d'Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE), **IFAS**, en lien avec le nouveau schéma régional des formations sanitaires et sociales : **+ 25% d'IDE et d'Aide-Soignant (AS) en formation initiale et continue avec des écoles en proximité dans chaque GHT dont 10% par la voie de l'apprentissage et 25% par voie de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)**
 - **Faire une campagne régionale de communication** sur les valeurs du soin et du service public
 - **Inciter les acteurs des filières sanitaires et médico-sociales** à participer aux initiatives locales pour promouvoir les métiers du soin et de l'autonomie auprès du public scolaire et des demandeurs d'emplois (exemple : le réseau des ambassadeurs des métiers de l'autonomie à l'initiative du Conseil départemental du 06).
 - **Définir des parcours de formation médicale à l'échelle territoriale**
 - **Former massivement des Infirmières de Pratiques Avancées** (libérales et en institutions) sur les spécialités en tensions : de liaison dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU), psychiatrie, pathologies chroniques stabilisées
 - **Généraliser les Infirmières Gériatriques aux Urgences** (IGU) dans les SAU et les financer.
 - **Renforcer la formation des IDE sur l'approche de la pathologie psychiatrique**
 - **Objectiver les besoins de recrutement et de formation des métiers d'avenir** pour la transformation de l'offre (virages inclusif, numérique, animation territoriale).
 - **Renforcer et développer les crèches hospitalières, les modalités de garde d'enfants, l'accès au logement social** des personnels paramédicaux, en particulier monoparentaux, via des accords avec les bailleurs sociaux
 - **Favoriser l'universitarisation des Centres Hospitaliers**

D'autres propositions sont à retrouver par thématiques ci-après.

2. UNE REGULATION PLUS FORTE DE LA PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS

REPERES : Les patients passés par les urgences représentent 50% de l'activité des Centres Hospitaliers (45% CH nationaux) et 30% (vs 26%) de celle des CH Universitaire mais uniquement 3,5% (6% au national) pour les établissements privés.

PROBLEMATIQUE : Les contraintes de Permanence Des Soins (PDS) pèsent essentiellement sur les acteurs publics

ENJEUX : Assurer la permanence des soins et l'accessibilité (à la fois territoriale et financière) partout et tout le temps.

2.1 ASSURER UNE PLUS GRANDE PARTICIPATION DES OPERATEURS DE SANTE PRIVES ET LIBERAUX A LA PERMANENCE DES SOINS

- **Inscrire dans les objectifs qualitatifs du SRS des objectifs précis de participation des opérateurs de santé publics, privés et libéraux à la permanence des soins et/ou de prise en charge des patients aux tarifs opposables.**
- **Décliner ces objectifs :**
 - Dans le cahier des charges de la PDSA, pour ce qui concerne les soins ambulatoires, comme le permet l'article R 6315-6 du CSP ;
 - Dans les Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé, les CPOM pouvant déterminer des objectifs stratégiques en lien avec les missions des établissements (article L 6114-1 du CSP)
- **Généraliser des conventions entre centres de soins non programmés, maisons médicales de garde et Services d'Accueil aux Urgences (SAU) et des temps partagés d'urgentistes**
- **Associer les urgences privées aux filières du territoire par convention** et veiller à l'engagement de prise en charge des patients sur des horaires élargis, les nuits, week-end et fériés.
- **Assurer un contrôle de l'effectivité des gardes**
- **Concerter les horaires des Cabinets à horaires élargis** avec les SAU
- **Généraliser les médecins et/ou infirmiers correspondants des SAMU sur les territoires en tension.**
- **En situation de crise**
 - Réquisitionner les praticiens intérimaires connus des établissements
 - Outiller les acteurs pour permettre aux établissements et services soumis à des obligations de service public de pouvoir mobiliser rapidement les RH essentielles des établissements non soumis aux mêmes obligations (convention type, pool de ressources)
- **Confier la régulation de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) aux Communauté Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS) par contrat avec l'ARS**

2.2 CORRELER AUTORISATIONS, PERMANENCE DES SOINS ET PERTINENCE / SOBRIETE SANITAIRE

- **Conditionner la délivrance des autorisations** à des engagements précis des titulaires en la matière, comme le permet l'article L 6122-7 du CSP.
- **Conditionner les nouvelles autorisations**, sur les territoires/spécialités en tension, à la participation à la permanence des soins
- **Questionner le maintien des autorisations** aux promoteurs désengagés durablement de la permanence des soins
- **Revoir les autorisations redondantes** à l'aune des indicateurs de pertinence et de participation à la permanence des soins et dans un contexte de sobriété sanitaire
- **Inciter fortement à l'automatisation et à l'interconnexion au répertoire opérationnel des ressources (ROR) régional**, pour accroître la lisibilité pour les acteurs et faciliter l'orientation des patients les plus graves.

3. UNE REGULATION PLUS FINE EN TERMES DE GRADATION, DE QUALITE ET D'EQUITE D'ACCES AUX SOINS

REPERES : les établissements de santé publics concentrent 60 % des lits et des places, les établissements privés à but non lucratif 15 % et les cliniques privées à but lucratif 25 % (DREES, 2022). La répartition est inégale sur nos territoires : les cliniques privées constituent 40 % ou plus de la capacité totale en lits et places dans les Bouches-du-Rhône et dans le Var par exemple

PROBLEMATIQUE : Une Offre de soins supérieure à la moyenne nationale et très inégalement répartie. Un secteur public fragile sur des disciplines clés : urgences adultes et pédiatriques, filière mère/enfant, filière psychiatrie, AVC et radiologie. Un secteur hospitalier privé lucratif surreprésenté dans les départements du littoral et sur le champ SMR, avec un désengagement sur les secteurs de la médecine et de l'obstétrique.

ENJEUX : Rééquilibrer l'offre pour améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités territoriales

1. REEQUILIBRER L'OFFRE

○ Au travers des autorisations

- Délivrer de nouvelles autorisations seulement lorsque les autorisations accordées ont été mises en œuvre et donner la priorité aux projets qui répondent à un besoin de santé démontré et objectif.
- Assurer le contrôle de la continuité de service lorsqu'une autorisation est donnée afin de justifier les fermetures de lits, la pertinence des hospitalisations avec l'autorisation, la sécurité des soins.
- Autorisations délivrées à la condition de répondre à un objectif cible de file active de population cible.
- Agir sur la question des centres d'activités en surnombre (exemple de la cardiologie interventionnelle) en partant d'un état des lieux précis du maillage actuel et rééquilibrer de manière volontariste.
- Evaluer sur chaque sous territoire si l'offre d'imagerie en coupe/ Imagerie plus conventionnelle est 1/ équilibrée et 2/ garantie et rééquilibrer par voie incitative et contractuelle partout où l'équilibre est déficient.
- Renforcer très concrètement les établissements publics sur les autorisations de chirurgie oncologique, les lits de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR ex Soins de Suite et de Réadaptation SSR), les lits d'Unité de Soins Longue Durée (USLD) pour cas complexes, les SMR neurologiques, la réanimation des soins polyvalents, la cardiologie, la pédo psychiatrie.
- Partager en transparence en Commission Spécialisée de l'Offre de Soins (CSOS) sur les stratégies privées et publiques de regroupement, gagner en transparence et anticipation lors d'arrêts d'activité.

○ Au travers des instances de démocratie sanitaire

- Evaluer le fonctionnement, l'efficacité et la représentativité des instances de démocratie sanitaire (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie-CRSA, sous commissions, Conseils Territoriaux de Santé-CTS) à l'aune des objectifs fixés dans le cadre des CNR santé Conseil National de la Refondation-CNR).
- Evaluation externe de l'organisation actuelle de la démocratie sanitaire à commanditer par l'ARS PACA

○ En sortant du paradigme du département comme échelon pertinent universel

- S'agissant de la définition des zones d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds, la refondation du PRS peut passer par une sortie du paradigme du département comme échelon pertinent « universel ». Il convient de s'interroger sur la pertinence de ce découpage (d'autres ARS l'ont fait). Le choix d'un zonage différent, au moins pour certaines activités ou équipements, pourrait permettre d'adapter plus finement l'offre et de retrouver des marges de manœuvre en termes de déploiement de nouvelles implantations et de recompositions.
- Structurer sur chaque territoire des pôles d'imagerie de territoire public/privé sous la forme de plateaux d'imagerie médicale mutualisés pérennes en lissant les aspects de rémunération et en réinternalisant l'accès à la télé-imagerie
- Structurer sur chaque territoire des pôles de biologie de territoire, avec un périmètre à la carte
- Simplifier la mise en œuvre et renforcer les équipes territoriales : urgence, médecine, gériatrie, hygiène et soins palliatifs
- Généraliser sur chaque sous territoire des infirmiers dans les : Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) /Plateforme Territorial d'Appui (PTA)/et des Infirmier en Pratique Avancée (IPA) facilitateurs de soins pour parcours des patients complexes/chroniques/ correspondants des SAMU, des établissements de santé.

2. CORRELER LES CAPACITES EN LIT ET LES PLATEAUX TECHNIQUES AVEC LES BESOINS DES FILIERES TERRITORIALES DE SANTE ET MEDICOSOCIALES PUBLIQUES

EN CENTRES HOSPITALIERS ET ETABLISSEMENTS DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTION (SMR)

REPERES : Sur la région, pour le champ des centres hospitaliers hors CH spécialisés en Psychiatrie, la répartition du nombre de séjours entre secteurs est de 41% pour les établissements publics de santé (EPS) et 59% des établissements privés (43% lucratif et 16% privé non lucratif)

Pour le champ SMR, la répartition du nombre de séjours entre secteurs est de 29% pour les EPS et 71% des établissements privés (52% lucratif et 19% privé non lucratif)

PROBLEMATIQUE : en EPS, les séjours concernent plus la Médecine avec des Durées Moyennes de Séjour longues de patients lourds et/ou précaires pour lesquels l'aval est complexe à gérer. Là où, en établissements privés, ce sont les activités de jour (chirurgie ambulatoire, Hospitalisation De Jour-HDJ), interventionnelle ou chirurgicale qui sont sur-représentées.

ENJEUX : Renforcer l'amont et l'aval des filières de soins publiques et le continuum sanitaire - médicosocial, pour permettre un accès et une prise en charge améliorée des patients reçus en urgences, des patients et résidents âgés dépendants ou encore des patients de psychiatrie tout en conservant des activités chirurgicales et interventionnelles de qualité

- Acter des capacités cibles au sein des GHT adaptées aux besoins dans chaque territoire
 - a. Filière des soins non programmés (médecine d'urgence, médecine polyvalente, médecine gériatrique)
 - b. Soins médicaux et de réadaptation pour les patients de gériatrie
 - c. Plateaux d'imagerie
 - d. Plateformes de biologie
 - e. Soins médicaux et de réadaptation pour les patients de psychiatrie
- **Renforcer les services de médecine interne et de médecine polyvalente**, aval des urgences et partenaires des professionnels de ville
- **Conforter au sein des hôpitaux de proximité des plateaux techniques de premier recours** voire des HdJ de proximité
- **Structurer des équipes mobiles d'appui mixtes (publiques, privées, libérales)** au sein des territoires en tension, couvrant à la fois les pathologies somatiques, psychiatriques et le volet social

EN PSYCHIATRIE

REPERES : - 300 lits, + 2000 détenus sur les 5 prochaines années

Pour le champ de la Psychiatrie, la répartition du nombre de séjours entre secteurs est de 36% pour les EPS et 64% des établissements privés (49% lucratif et 15% privé non lucratif). En 10 ans, le secteur public a vu ses financements évoluer près de 4 fois moins vite que le secteur privé lucratif.

PROBLEMATIQUE : les effectifs de psychiatres vont décroître jusqu'en 2031 : - 10 % à 5 ans et -25 % à 10 ans. Dans le même temps, les demandes de soins augmentent de façon exponentielle. Les départements sont dépourvus de lits de pédo psychiatrie ou ont de grosses carences de lits : ces jeunes sont accueillis dans les services adultes ou de pédiatrie des Centres Hospitaliers généraux. Le lien avec le secteur médico-social est à faire car la difficulté existe de la même façon. De nombreux lits ont fermé dans le public faute de personnels

ENJEUX : Soutenir les missions de la psychiatrie de secteur afin de garantir pour tous publics et sur l'ensemble des territoires l'accès aux soins et leur continuité. Ceci repose prioritairement par l'accès en Centre Médico-Psychologique (CMP), des modalités d'hospitalisation ainsi que des capacités « d'aller vers ».

- **Grader l'offre de soins de pédopsychiatrie permettant d'assurer la prise en charge des situations les plus complexes.**

- Renforcer les liens avec les autres acteurs (PMI, pédiatrie, médecine de ville, secteur médico-social...) pour le repérage et l'accompagnement des enfants et des familles
 - Création de lits et places d'HDJ adolescent (lits crise et post crise)
 - Création d'unités d'hospitalisation pour patients mineurs ainsi que pour les 16-25 ans.
- **Poursuivre la structuration de la gérontopsychiatrie** avec notamment le développement des équipes mobiles et/ou la création d'unité temps plein, temps partiel spécialisées.
- **Développer la prise en charge somatique** des patients souffrant de troubles psychiques sévères avec le concours des services spécialisés des centres hospitaliers
- **Adapter les moyens de prise en charge des personnes détenues.**
 - Pour les soins ambulatoires en détention (consultations, HDJ, Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel-CATTP)
 - Renforcement des moyens humain de l'Unité Hospitalière Spécialement Aménagée-UHSA permettant son ouverte complète et assurer la réciprocité avec les établissements dans la prise en charge des patients.
 - Création d'une unité d'hospitalisation de 8 lits pour les patients détenus pour le Vaucluse (Montfavet)
- **Structurer et développer les politiques de prévention** avec l'ensemble des acteurs et augmenter le nombre de places en secteur médicosocial public
- **Structurer et développer l'offre de soins en addictologie**
 - Développer la prévention et les soins primaires en lien avec les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie-CSAPA, les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues-CARRUD...
 - Créer un véritable parcours de soins avec des lits d'addictologie de niveau 1 à 3.
- **Maintenir les dotations budgétaires pour les établissements qui ont fermé des lits.** Les EPS seront particulièrement touchés par la réforme du financement (part activité) eu égard aux lits fermés suite à la pénurie médicale. Ce maintien des dotations permettra d'adapter le modèle et la transformation des moyens du temps plein vers des structures ambulatoires.
- **Assurer la réciprocité dans la prise en charge des patients complexes avec les établissements** privés dans le cadre de la réforme des autorisations et une articulation renforcée avec l'UHSA (26 lits ouverts sur les 60). Idem concernant la participation à la PDS et les soins sans consentement.

PERSONNES AGEES DEPENDANTES

REPERES : 2050 : 18,8% de personnes âgées de 75 ans et plus en région PACA contre 11,2% actuellement (9,4% France)

PROBLEMATIQUE : L'offre médicosociale est insuffisante eu égard aux besoins du grand âge et des personnes en situation de handicap, avec une surreprésentation du secteur privé lucratif (56% des EHPAD).

ENJEUX : Renforcer les coopérations entre les établissements et les partenaires du territoire en privilégiant l'offre publique et en tenant compte des spécificités et du degré de maturité de chaque territoire de référence. Transformer l'offre (virage domiciliaire, PHV ...). Préserver l'aval de l'hôpital et former du personnel, médecin et soignant, à la gériatrie. L'ehpad doit opérer sa mue pour devenir une plateforme de services dans une logique territoriale de proximité.

- **Renforcer le maillage territorial**
 - Développer les Centres de Ressources Territoriaux (CRT) afin de réaliser un maillage du territoire vécu adapté en nombre et à la géographie de chaque territoire
 - Rendre accessible une équipe mobile de soins palliatifs par bassin de vie à tous les EHPAD.
 - Généraliser les équipes mobiles de gériatrie Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHAPD) hors les murs
 - Installer un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) dans chaque EHPAD à l'échéance 2025 et favoriser l'installation des PASA de nuit.
 - Généraliser les IPA maladies chroniques stabilisées au sein des équipes mobiles gériatriques pour pallier un déficit de personnel médical.

- Généraliser la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) -140h- à tous les intervenants soignants en EHPAD et USLD
 - Généraliser les dispositifs de permanences IDE de nuit dans les EHPAD ou astreinte mutualisée
 - Doter chaque GHT de SMR polyvalents car le secteur privé ne prend que résiduellement en charge les cas complexes et développer les Unités de Soins Prolongés Complexe (USPC) gériatriques.
 - Assurer l'intégration des médecins coordonnateurs et IDE de Coordination aux CPTS.
 - Former l'ensemble des équipes d'intervention à domicile au dépistage de la fragilité des personnes âgées et réalisation du signalement à la DAC. Elargir les formations et l'utilisation de la grille de repérage de la fragilité chez la PA : grille ICOPE à toutes les CPTS
 - Organiser à 5 ans le regroupement de l'offre médicosociale publique
 - Doubler d'ici à 2027 le nombre de plateformes d'accompagnement et de répit
- **Refonder le copilotage ARS-Conseil Départemental**
 - Redéfinir avec l'ARS, l'Assurance Maladie et les établissements le périmètre du tarif global pour soutenir la prise en soin et la prévention.
 - Expérimenter dans le Département de Vaucluse un pilotage unique des EHPAD par l'ARS.
 - **Faciliter et étendre l'hébergement des personnes handicapées vieillissantes (PHV) et psychotiques** en accueils temporaires de réadaptation en EHPAD sans reste à charge, en accueil temporaire pour les urgences médico-sociales L'étendre aux patients neuro dégénératifs lourds.
 - **Former les professionnels :**
 - A la gériatrie : Infirmière en Pratique Avancée en maladies chroniques stabilisées, Assistants de Soins en Gériatrie. Infirmière en Pratiques Avancées en gériatrie (à créer avec un enseignement en pathologie psychiatrique de la personne âgée).
 - Développer des offres de formation dans tous les départements

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

REPERES : Sous-équipement de 25% par rapport à la moyenne nationale. Une personne handicapée sur 5 renonce à se faire soigner. Les personnes en situation de handicap ont trois fois plus de diabète et deux fois et demi plus de cancers.

PROBLEMATIQUE : Les Instituts Médico-Educatif, fautes de places en secteur adulte, Foyer de vie, Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) ont une augmentation conséquente des situations en amandements Creton. 6 ans sur liste d'attente

ENJEUX : Réduction à minima de moitié des inégalités d'équipements des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux publics. Organiser, accompagner la transformation de l'offre de tout le secteur médico-social, la coordonner par rapport aux besoins des territoires, des personnes en situation de handicap et notamment la question de la santé mentale. Prendre en compte très précisément la situation des personnes handicapées vieillissantes.

- **Faire face à la pénurie de l'offre pour les adultes en situation de handicap :**
 - Mettre les moyens financiers, particulièrement pendant la période transitoire, pour accompagner le passage en secteur adulte des « amandements Creton ».
 - Créer des structures intermédiaires types hors les murs en attente de dispositifs pérennes inclusifs. Exemple des structures souples et légères : villa en location avec personnels, prise en charge séquentielles avec équipe mobile pour suivre et favoriser le domicile. Ces dispositifs seraient adaptés aussi pour accueillir les travailleurs vieillissant des Etablissements et Services d'Aide par le Travail.
- **Organiser et accompagner la transformation de l'offre :**
 - Repérer, mesurer les besoins d'accompagnement des PSH et leurs aidants sur les territoires.
 - Cartographier les dispositifs, la multiplication des services rend le dispositif peu lisible par les usagers, les familles et les acteurs même de la Santé et du médico-social.
 - Promouvoir les dispositifs de soutien aux aidants à partir des ESMS publics (Personnes Agées et Personnes en situation de Handicap) du territoire.

- Inclure le secteur médico-social du handicap dans le développement des politiques d'accessibilité de droit de commun (protection de l'enfance, scolarisation, formation professionnelle, sport, culture, ...)
 - Favoriser l'inclusion scolaire et les parcours coordonnés établissements spécialisés et écoles. La prise en charge en IME à temps partiel, permet d'augmenter part création d'une file active (X2).
 - Evaluer la mise en œuvre de l'outil serafin-PH dans ses deux premières dimensions : Besoins/Moyens.
 - Coordonner les territoires, mettre en place des réseaux établissements médico-social, Hôpital, médecine libérale pour trouver des moyens de soigner les usagers
 - Mettre en place des dispositifs ou places pour les adultes handicapés vieillissants, permettant de libérer des places FAM/MAS.
 - Développer les formations et les recherches-action sur les nouvelles compétences ou métiers de coordination (coordinateur parcours, artisan du lien CHAIRE TAPI).
- **Attribuer des moyens supplémentaires pour enfants et adolescents polyhandicapés** au sein des ESMS publics.

4. DONNER TOUTE SA PLACE A LA PREVENTION, A LA RECHERCHE ET A L'INNOVATION EN SANTE

REPERES : Une population âgée, où le poids des patients en ALD est 18% supérieur à la moyenne française. Certains départements présentent des indicateurs marqués de précarité. Un an d'espérance de vie en bonne santé représente à l'échelle nationale une économie de 1,5Mds€ pour l'Assurance Maladie.

PROBLEMATIQUE : Un manque de coordination sur les sujets de prévention mais aussi un manque d'évaluation et de financements pluriannuels

ENJEUX : Donner des moyens pour mettre en place des politiques de prévention dans une logique d'offre territorialisée concertée avec l'ensemble des partenaires pour mieux prendre en charge et plus en amont les maladies chroniques (cancer, asthme, diabète, obésité, insuffisance cardiaque), mais aussi les troubles mentaux, la dépendance et la fragilité des personnes âgées.

1. FAVORISER LES COOPERATIONS PROFITABLES A LA PREVENTION

- **Déployer la démarche de responsabilité populationnelle** (modèle d'intégration clinique déployé par la FHF dans le cadre de l'article 51) sur des territoires pilotes sur les champs du diabète, de l'insuffisance cardiaque et de la fragilité des personnes âgées :
 - expérimenter la démarche dans 5 territoires : Hautes Alpes, 14^e, 15^e et 16^e arrondissements de Marseille, Martigues, Avignon et Draguignan
 - financer pluriannuellement le démarrage et les temps de coordination : 5 chargés de mission responsabilité populationnelle formés à la démarche FHF quel que soit leur lieu d'implantation : centre de santé, CPTS, Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), hôpital, Etablissements privés solidaires, cliniques...
- **Mettre en place un guichet unique sur les sujets de prévention à l'ARS**
- **Donner aux collectivités un rôle central dans la coordination** des plans de prévention sur leur territoire dans le cadre des contrats locaux de santé
- **Décliner des contrats territoriaux de santé par sous territoire avec des objectifs populationnels de santé publique** entre ARS, Assurance Maladie et établissements publics et privés, Communauté Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), centres d'exercices coordonnés, Maison de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), Maison Médicale de Garde (MMG), centres de santé (...), PTA/DAC avec des indicateurs simples et une évaluation des résultats.
- **Donner plus de place à l'hôpital de proximité** dans la prévention (responsable de son territoire)
- **Financer la création de pôles de santé publique ou la mise en place d'équipes mobiles ressources** en santé publique et prévention à l'échelle des GHT.

- **Faciliter le partage de l'information médicale et soignante** entre acteurs de santé le long du parcours de santé des patients, en assurant sécurité et confidentialité des données
- **Développer l'évaluation des expérimentations**, des pratiques et la publication / valorisation des résultats obtenus par l'appui des acteurs de recherche reconnus sur les territoires

2. FAVORISER LES COOPERATIONS PROFITABLES A LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

- **Favoriser l'intégration de la médecine privée et libérale et des Centres Hospitaliers** dans les projets de recherche des Centres Hospitaliers Universitaire
- **Renforcer le financement des structures régionales** en fonction de leur activité et de leur niveau d'excellence
- **Doter le consortium régional tiers lieu d'expérimentation en santé (Centre d'innovation des usages en Santé, hôpitaux, cliniques, établissements médicosociaux, professionnels de santé libéraux, établissements privés solidaires, start up, collectifs d'usagers...)** d'une enveloppe pluriannuelle cofinancée par l'ARS et la Région pour mener à bien les projets innovants intersectionnels
- **Identifier un guichet unique à l'ARS** sur les sujets d'innovation et de recherche.
- **Faire du médicosocial un secteur en pointe** sur les innovations en renforçant l'usage des nouvelles technologies et en leur attribuant des financements en ce sens.

5. ECO ET SOCIO RESPONSABILITE PARTAGEE

REPERES : Les établissements sanitaires et médicosociaux représentent 12% de la consommation énergétique du secteur tertiaire

PROBLEMATIQUE : Des capacités d'investissements insuffisantes pour relever les défis de la transition écologique alors même que les établissements publics de santé et médicosociaux ont la responsabilité sociale de participer à sauvegarder un environnement qui ne cesse de se dégrader. Des obligations réglementaires non assorties de budgets

ENJEUX : Les établissements publics de santé et médicosociaux ont besoin de moyens humains et financiers supplémentaires pour relever le défi de la transition écologique. En parallèle, la question de la pertinence des actes et donc de la sobriété sanitaire est déterminante (le bon soin au bon patient au bon coût et avec la bonne dépense énergétique). La prise en compte de la dimension économique est la condition de l'accès aux soins de tous : toute ressource mal utilisée est un coût social inutile, et un risque d'inégalités entre citoyens.

1. ASSURER LA SOUTENABILITE ECONOMIQUE DU SYSTEME DE SANTE

- **Donner de la visibilité financière et assurer la soutenabilité pluriannuelle** des projets des établissements publics sanitaires et médicosociaux sur le champ de l'exploitation et de l'investissement, en particulier sur les projets structurants répondant aux priorités du PRS
- **Reconnaître financièrement la mission de coordination territoriale** assumée par les GHT et les CGSCMS
- **Moduler l'octroi ou le maintien de financements régionaux au travers d'indicateurs de santé publique** (cf supra), de l'évaluation de l'efficacité et de la pertinence des actes, de l'atteinte d'objectifs de santé publique quantifiables
- **Donner des moyens pluriannuels pour mettre en place des politiques de prévention** dans une logique d'offre territorialisée concertée avec l'ensemble des partenaires
- **Dédier une part de Fond d'Investissement Régional (FIR) pluriannuelle aux projets de transition écologique** et de mise en conformité avec la réglementation : Plan national des achats durables, Plan Santé au Travail, loi ELAN, Loi EGALIM, registre des déchets, loi climat et résilience 2021.
- **Mettre les moyens financiers**, particulièrement pendant la période transitoire, pour accompagner le passage en secteur adultes handicapés des « amendements Creton ».

2. ACCELERER LA TRANSITION ECOLOGIQUE ET ENERGETIQUE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN LIEN AVEC LES AUTRES ACTEURS DES TERRITOIRES

- **Créer un fonds régional de financement de la transition écologique** abondé par l'ARS et la Région (dont européens)
- **Financer le recrutement des référents RSO (responsabilité sociale et environnementale des organisations)** dans les GHT et un à l'échelle régionale, tournés vers la gouvernance et la stratégie RSE. Ils pourraient être cofinancés ARS-collectivités territoriales
- **S'appuyer sur le réseau des Conseillers** en Transition Ecologique et Energétique en Santé pour identifier les projets et les besoins de financement.
- **Assurer la révision des marchés DASRI** des Etablissements Sanitaires et Médicosociaux (ESMS) dans le cadre d'une action régionale concertée.
- **Organiser en un pôle regroupé l'ensemble des ressources des différents partenaires** : ARS, ANFH, ADEME, C2DS, ACTEE, FNCCR, FHF, Région et promouvoir un fonctionnement en réseau.
- **Mutualiser certaines fonctions supports** entre acteurs de santé des territoires pour limiter les déplacements et centraliser / optimiser les ressources
- **Inform**er la population sur les risques du territoire avec des données locales et régulières
- **Créer un baromètre territorial** permettant le suivi des pollutions environnementales air / eau.
- **Tester plus régulièrement** les plans de secours SSE (Situations Sanitaires Exceptionnelles), NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique) en associant les professionnels libéraux, les CPTS, les autres établissements

Ces priorités et propositions renvoient à des choix de société, au bon usage de notre démocratie sanitaire régionale, avec en toile de fond les valeurs auxquelles nous sommes collectivement attachés.