



# Projet Régional de Santé BRETAGNE 2018 - 2022

## *Contribution de la FHF Bretagne*

Janvier 2018

## ***Propos introductifs***

Le Projet Régional de Santé 2018-2022 est soumis à une pré-concertation tout au long du mois de janvier 2018 avant la concertation réglementaire envisagée à partir de mars 2018.

La FHF Bretagne souhaite participer à ce moment d'échanges par la transmission d'une contribution régionale. Celle-ci est le fruit de plusieurs actions :

- Elle poursuit le travail déjà transmis lors de la précédente contribution déposée devant la CRSA Bretagne, lors de la concertation autour du cadre d'orientation stratégique en janvier 2017
- Elle reprend les travaux des représentants FHF qui se sont exprimés lors des rencontres organisées autour des Groupes Techniques Régionaux (pour mémoire, ce sont plus de 200 membres de la communauté hospitalière) qui se sont investis dans l'élaboration du PRS au cours du printemps 2017
- Elle est la traduction des échanges organisés au cours du mois de janvier 2018 avec les membres des 8 groupements hospitaliers de territoire (direction et présidents de CME) sur le croisement entre les orientations du PRS 2 et les projets médicaux partagés des GHT.
- Elle reflète le positionnement de nos structures médico-sociales qui ont apporté leur point de vue tant par la formalisation écrite de leur avis que par un échange spécifique organisé en janvier 2018

## Sur l'architecture globale du PRS 2

Que ce soit le cadre d'orientation stratégique, le schéma régional de santé, ou le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, la FHF reconnaît un réel effort de formalisation de documents clairs, compréhensibles et synthétiques.

Sur le cadre d'orientation stratégique, la FHF Bretagne ne peut que souscrire aux enjeux définis par l'ARS (vieillesse de la population, impact du développement des maladies chroniques, traitement du cancer et prévention du suicide) et donc aux 7 objectifs stratégiques du projet régional. Elle attire l'attention sur le fait que le vieillissement concernant l'ensemble de la population, les « soignés » comme les « soignants ».

Sur le schéma régional de santé et sa construction générale, les membres de la FHF Bretagne souhaitent alerter l'ARS sur quelques points :

- **La nécessaire cohérence entre les nouvelles missions dévolues à travers le PRS aux établissements de santé, notamment dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.** Si aucun représentant de la FHF ne remet en cause la nécessité de privilégier le mode préventif en région Bretagne et, pour les établissements, de s'investir dans ces nouveaux champs, en revanche, il a été rapidement énoncé l'inadéquation de ces objectifs avec le mode de financement actuel des établissements de santé ; que ce soit la tarification à l'activité, qui ne permet pas de s'investir suffisamment dans cette problématique ou la dotation forfaitaire, puisque les établissements voient les missions se développer avec la même contrainte financière.

A ce stade, la FHF Bretagne propose de travailler avec l'ARS sur plusieurs dispositifs : le déploiement d'appels à projets qui puissent répondre aux enjeux de prévention et de promotion de la santé par les établissements de santé, une expérimentation vers un nouveau dispositif de financement répondre à des enjeux de santé publique aujourd'hui mal rémunérés par la T2A, l'utilisation de l'article 51 de la loi sur le financement de la sécurité sociale ou encore les derniers dispositifs proposés par la stratégie de transformation du système de santé.

- **L'inadéquation de certains objectifs du PRS avec les réformes nationales en cours et la situation des établissements en 2018.** Les membres de la FHF ont tous salué l'ambition dans les objectifs énoncés mais restent circonspects sur la traduction de ces objectifs dans le quotidien des établissements. Pour exemple, l'amélioration de la prise en compte de la santé au travail est effectivement un enjeu fort dans nos établissements. Pour autant, malgré le souhait de s'y investir, le déficit démographique des médecins du travail ne permet pas de proposer un service digne aux personnels à la hauteur des enjeux. Un autre exemple concernant l'objectif de l'accompagnement de la personne âgée. Les chantiers proposés sont nécessaires et personne ne les remet en cause. Toutefois, la pratique nécessitera de s'appuyer sur des compétences pointues en gériatrie notamment et la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, par son impact sur les spécialités ne permettra plus de faire face à la recrudescence de la demande dans les centres hospitaliers mais générera plutôt de la pénurie.

- **La nécessaire priorisation des chantiers par une feuille de route annuelle et concertée avec les instances de démocratie sanitaire et les fédérations.** Les 98 chantiers proposés par l'ARS sont évidemment tous nécessaires à l'amélioration de la qualité de vie de nos concitoyens. Pour autant, certains membres de la FHF ont souhaité mettre en avant la difficulté d'afficher cette ambition et les contraintes financières qui touchent autant les autorités de tutelle que les structures sanitaires et médico-sociales. Aussi la question d'une feuille de route annuelle se pose afin d'étaler les priorités et de ne pas engranger de frustrations durant la mise en œuvre du PRS.
- **La nécessité d'initier un travail de pédagogie et d'interaction entre le PRS et les projets médicaux partagés des GHT.** En effet, les communautés médicales s'étant largement mobilisées dans le cadre des projets médicaux partagés, il semble aujourd'hui nécessaire d'améliorer les connaissances mutuelles dans les contenus entre le PRS et les projets médicaux partagés y compris les interactions possibles. Ce travail de pédagogie se doit d'être proposé aux communautés médicales afin de donner un sens global, général et collectif aux enjeux futurs des centres hospitaliers y compris dans le cadre des restructurations hospitalières.

# **Objectif stratégique N°1 : Prévenir les atteintes à la santé et à la qualité de vie**

## **Thème N°1 : La lutte contre les inégalités**

Cette thématique regroupe plusieurs chantiers qui intéressent les adhérents de la FHF tant la promotion de la santé et la prévention que la santé au travail.

**Ainsi, dans le cadre des chantiers consacrés à cette thématique**, il y est clairement précisé le souhait de l'Agence que les groupements hospitaliers de territoire s'y investissent à travers la formalisation d'un volet « promotion et prévention de la santé » dans les projets médicaux partagés.

En préambule, la FHF souhaite noter que, pour la première fois, promotion de la santé et prévention sont connectées aux soins et ce rapprochement permettra certainement de développer des prises en charge précoces.

Les membres de la FHF précisent qu'actuellement, il n'existe aucun volet spécifique de cette problématique dans les projets médicaux partagés et que les actions de promotion de la santé et de prévention qui existent dans leurs territoires sont mise en œuvre selon une approche plus diffuse.

Cela étant, les établissements publics de santé mènent depuis longtemps des actions et adhèrent complètement à la démarche, estimant qu'il s'agit là d'une priorité de santé publique.

Cependant, ils estiment nécessaire d'accorder du soutien financier à la prévention afin que les établissements puissent prévoir un temps dédié mais également des compétences expertes à mobiliser pour assurer ces missions de santé publique. La capacité des établissements à s'engager dans la promotion de la santé et la prévention sera liée à la capacité des modes de financements de l'ARS à identifier des enveloppes fongibles. Sans revenir sur ce qui a pu être écrit plus en amont, la question des moyens va rapidement se poser afin de pouvoir répondre à cette priorité du PRS. Au-delà, les établissements publics hospitaliers pourraient avoir besoin d'outils pour accompagner les dispositifs y compris dans le cadre du milieu professionnel.

De plus, la FHF Bretagne reste persuadée que la promotion de la santé et la prévention ne peuvent se déployer que dans le cadre d'un partenariat territorial avec tous les acteurs concernés et notamment la médecine de ville et ainsi améliorer les articulations à partir de la clarification du rôle de chacun des acteurs. Les dispositifs de coordination des parcours doivent pouvoir intégrer une partie « promotion de la santé et prévention » dans leurs missions.

A cet égard, les membres de la FHF estiment répondre partiellement à la problématique notamment par le développement des actions en éducation thérapeutique. Dans ce cadre, afin de pouvoir développer ces actions, la FHF alerte sur la nécessité de lever les freins à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique tant par un allègement des procédures d'instruction, aujourd'hui trop complexes pour une meilleure efficacité, une limitation des indicateurs de suivi actuellement trop importants et qui fragilisent les candidatures et une clarification du rôle de chacun des acteurs. De plus, les membres de la FHF estiment, de leur côté, que la réussite des programmes d'éducation thérapeutique passe par une organisation territoriale dédiée et un modèle financier soutenu.

C'est la raison pour laquelle la possibilité de « labelliser » les actions en éducation thérapeutique pourrait avoir un effet bénéfique sur leur déploiement.

Enfin, les membres de la FHF souhaitent promouvoir le déploiement des expérimentations dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention qui se développent dans les territoires sur ces sujets comme le pôle de santé publique du centre hospitalier de Quimper qui va chercher à se territorialiser et à développer une véritable éducation à la santé en Cornouaille ou encore les démarches prévention initiées par les EPSM de Bretagne qui, par une prise en charge précoce, dans le cadre de la prévention par le déploiement d'équipes mobiles de liaison, réduit les hospitalisations. Plus généralement, nous pouvons également citer l'engagement ancien des établissements publics de santé au sein des réseaux, notamment de cardiologie, de cancérologie et de diabétologie.

***Sur la thématique de la santé au travail***, si aucun des membres de la FHF n'a remis en cause cette priorité, il n'en demeure pas moins que beaucoup restent circonspects concernant la capacité à développer les actions de prévention par la médecine du travail tant le déficit démographique est grand dans ce domaine.

Aussi, dans le cadre du PRS, tout en souhaitant permettre la réduction du déficit démographique des médecins du travail, en attendant cette finalité, la FHF Bretagne propose des alternatives à ce déficit comme la présence d'infirmières en délégation de tâche en première consultation ou encore la territorialisation des équipes de médecine du travail afin de mutualiser les compétences.

Au-delà de la compétence médicale, le développement des risques psycho-sociaux détermine la nécessité de travailler avec des professions paramédicales de type psychologues. Les EPSM ont en effet, durant l'échange, bien insisté sur l'importance de détecter ces risques le plus tôt possible pour une prise en charge précoce.

## ***Objectif stratégique N°2 : Garantir l'accès à une offre de santé adaptée au plus près du domicile***

Dans cet objectif stratégique, la FHF s'interroge sur l'absence des politiques de santé mentale. En effet, dans le cadre de la responsabilité populationnelle, une des missions des établissements publics de santé mentale est de permettre un accès aux soins gradué et de proximité aux trois populations que sont les enfants et les adolescents, les adultes et les personnes âgées.

Pour exemple, concernant les enfants et les adolescents, les réponses aux souffrances se font souvent en proximité, en lien avec tous les acteurs concernés : le conseil départemental, l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance, les PJJ, les IME et les SPESAD. Pour les adultes, l'ouverture et le renforcement des CMP permettent de développer des consultations non programmées avec également la possibilité de consultation en urgence afin de renforcer les hospitalisations de jour et éviter les hospitalisations complètes.

Ce travail nécessite d'une part de développer les équipes de liaison entre le sanitaire et le médico-social, d'autre part de proposer sur chaque territoire et pour chaque population une offre de soins graduée avec les structures adaptées (CAMP,HJ,HC).

Enfin, concernant les personnes âgées, la clé de voute est bien évidemment de développer les équipes mobiles de géronto-psychiatrie en lien avec les EHPAD et le domicile.

### ***Thème N°2 : Accompagner les évolutions organisationnelles des professionnels de santé pour améliorer la réponse de proximité***

Cette thématique regroupe plusieurs chantiers qui concernent l'activité des centres hospitaliers.

En préambule, il est clairement établi par la FHF que tout patient pris en charge par le généraliste doit revenir au généraliste. Elle souhaite toutefois **rappeler le rôle prépondérant des hôpitaux de proximité** qui sont des points d'ancrage dans les territoires qu'il faut conforter. Structures de maillage d'un territoire, ils constituent la passerelle entre les médecins libéraux et les hospitaliers car il faut pouvoir assurer cette présence libérale dans nos établissements. D'où la nécessité de valoriser cet exercice partagé. Au-delà de ce maillage, avec les hôpitaux de proximité, il serait possible de développer les coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé et les services médico-sociaux ainsi que les acteurs du domicile notamment en termes de formation. En effet, ces établissements peuvent aussi devenir des plateformes de formation car les professionnels qui y travaillent ont une expertise gériatrique certaine dans les domaines des pathologies neuro-dégénératives, la nutrition, la santé bucco-dentaire, les troubles sensoriels, la iatrogénie médicamenteuse...

**Il nous semble important de souligner que les relations ville – hôpital sont souvent portées dans ces établissements qui expérimentent des dispositifs innovants.** Le cas de Belle île est caractéristique du fait que la consolidation des activités libérales et hospitalières est mutuelle lorsqu'elle est travaillée collectivement.

L'implantation des hôpitaux de proximité dans les territoires contribuent, à cet égard, à garder une très grande proximité avec leurs usagers par le maintien d'un lien social des patients et des résidents des EHPAD.

Le maintien des hôpitaux de proximité, dans les territoires, permet ainsi d'éviter des hospitalisations et de favoriser le maintien à domicile, d'adapter la prise en soins lors de l'hospitalisation, de réaliser un suivi post hospitalisation adapté. De même, l'attribution de lits SSR dans les établissements de proximité est une ressource pour les autres établissements et une richesse sur les territoires.

Ainsi, en lien avec les hôpitaux de proximité, la FHF serait intéressée par l'élaboration d'une charte de fonctionnement et d'organisation des parcours de santé. Il s'agirait là de travailler à des protocoles de prise en charge, par pathologie avec la médecine de premier et de deuxième recours, intégrant ainsi la stratégie de territoire. Le « qui fait quoi » est un point clé dans la réussite de ce chantier.

La FHF estime également que le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) doit pouvoir être un élément d'information important pour les hospitaliers, y compris en ayant de la visibilité sur les activités de médecine libérale situées dans le territoire.

Au-delà, on constate que l'offre de soins libérale est hétérogène selon les territoires et que, si elle est déficitaire, c'est souvent l'offre de l'hôpital qui s'adapte. A cet égard, les partenariats issus des GHT entre les établissements support et les établissements de proximité sont une réponse, vue positivement par la population car la force des GHT est de pouvoir assurer des actes en proximité. Toutefois, il semble important d'insister que, dans le cadre d'une offre de proximité renforcée par d'autres établissements, ceci doit se faire, conformément au code de la santé publique.

La question des systèmes d'information est également majeure dans ce dispositif tant la nécessité d'assurer un partage des données et une convergence des systèmes d'information pour améliorer le parcours du patient est aujourd'hui un sujet incontournable.

**De plus, l'accompagnement des évolutions organisationnelles passe également par une interrogation lucide sur la place et la gradation des plateaux techniques en Bretagne.** Il n'entre pas dans les attributions de la FHF de décider les restructurations. Toutefois, la FHF attire l'attention de l'ARS sur la cohérence entre l'ambition d'une gradation de proximité dans le PRS et la réalité de la restructuration de plateaux techniques.

Il est de la responsabilité de la FHF de s'assurer d'un certain nombre de points de méthodologie dans cette problématique sensible : ne pas laisser la communauté hospitalière



sans réponse ; assurer un équilibre entre le souhait des médecins hospitaliers de maintenir une qualité optimale des soins par une prise en charge graduée, limiter le poids des déficits sur l'hôpital public, et garder une offre de soins en proximité soit par le maintien des activités soit par l'apport de nouvelles activités dans le cadre des politiques d'aménagement du territoire.

La question de la soutenabilité financière de certains établissements se pose et des expérimentations doivent pouvoir être développées en lien avec les communautés hospitalières afin d'assurer un équilibre médico-économique du dispositif notamment à l'échelle d'un territoire.

Au-delà, la FHF s'interroge sur la mise en œuvre d'une recommandation de l'ANAP qui propose de graduer les plateaux techniques à l'instar des maternités avec la mise en place de niveaux d'expertise et d'efficience. Cet outil aiderait à la gradation des soins et aux relations ville – hôpital.

Cette problématique concernant la gradation des soins devient désormais un enjeu national tel qu'il ressort des propositions issues de la stratégie de transformation du système de santé. A cet égard, la FHF Bretagne se mobilisera sur ces travaux conduits sous l'égide des ARS et qui pourront prendre appui sur les groupements hospitaliers de territoire car elle est effectivement convaincue comme le Ministère « *qu'on ne doit pas organiser géographiquement, de la même façon, les soins de proximité et les soins de recours* ».

Enfin, la FHF souhaite pouvoir ajouter à ce thème un travail sur l'articulation entre les communautés psychiatriques de territoire et les hôpitaux de proximité dans une réponse appropriée à la population bretonne.

### **Thème N°3 : Améliorer l'accès aux soins non programmés urgents et non urgents**

**Là encore, la question des relations entre la ville et l'hôpital est un élément clé dans la réussite de cette thématique et nécessite d'innover sur plusieurs points.**

C'est la raison pour laquelle la FHF propose l'instauration d'espaces de dialogue entre les hospitaliers, les libéraux, les élus et l'autorité de tutelle sur la question de la permanence des soins ambulatoire et l'anticipation de tensions qui apparaîtraient sur le territoire. Par exemple, le travail des centres hospitaliers serait facilité par la transmission, en amont, d'informations sur la fermeture de cabinets médicaux en ville durant les périodes de fête ou la période estivale. Sans remettre en cause la liberté d'exercice, il s'agirait surtout de mieux anticiper les besoins qui sont ainsi transférés auprès de la communauté hospitalière. De même, cet espace de dialogue serait utile pour coordonner l'action de la médecine de ville et les hospitaliers en cas de tension notamment liées au développement d'épidémies en période hivernale ou de fortes chaleurs en été. Pourquoi ne pas imaginer un dispositif de type « territoire en tension » qui serait activé en cas de difficulté avec des actions qui

étendraient l'activité par une mobilisation concertée entre le libéral et l'hôpital pour faire face aux urgences.

Au-delà de cette réponse liée aux relations entre la ville et l'hôpital, les hôpitaux ont également des actions propres à valoriser. Ainsi, afin de recentrer les urgentistes sur leur cœur de métier, l'installation des maisons médicales de garde, accolées aux services d'urgence ou à une structure hospitalière de proximité doit être développée à condition de participer à la permanence des soins. De même, le déploiement de médecins urgentistes sur le territoire et le développement de médecine polyvalente dans les centres hospitaliers y compris de proximité peuvent être des réponses facilitantes.

Dans cette thématique, les établissements hospitaliers ont également souhaité abordé la question des transports et de la garde ambulancière. Les retours à domicile restent compliqués surtout en période de tension. Il existe une garde ambulancière que les établissements hospitaliers souhaitent activer de manière exceptionnelle pour les retours à domicile, garde qui serait régulée par le 15, y compris le soir et la nuit.

Enfin, se pose la question de l'accès aux transports notamment pour les patients ayant des troubles psychiques. En effet, la non prise en charge de ces patients, par refus de certains transporteurs ne permet pas d'assurer l'accès aux soins. Aussi, la FHF Bretagne demande-t-elle une clarification dans ce domaine en particulier le rôle de chacun des acteurs.

Au-delà, sur la question de l'accès aux soins urgents, dans le domaine de la psychiatrie, le travail réalisé par les CMP doit être valorisé comme une réponse à l'accès aux soins non programmés. Aussi, est-il demandé d'intégrer cet élément dans le PRS.

Dans la santé mentale, l'accès aux soins non programmés passe également par le déploiement d'équipes mobiles dans les EHPAD et les structures médico-sociales pour faire le lien avec les résidents qui sont en souffrance psychique, voire dans les établissements MCO, en particulier dans le secteur de la pédiatrie.

#### ***Thème N°4 : Améliorer la gradation de l'offre et développer les alternatives à l'hospitalisation complète dans le cadre du virage ambulatoire***

**Sur le virage ambulatoire**, les orientations proposées ne sont pas contestables sachant que les établissements hospitaliers savent qu'ils sont à un moment de transition et de mutation, passant d'un « hôpital séjour » à un « hôpital parcours » avec tous les impacts organisationnels et architecturaux que cela implique. En effet, nombre d'établissements alertent sur les organisations internes et notamment sur les conditions de prise en charge des personnes les plus dépendantes. Il ne faudrait pas que, sous prétexte de développer l'ambulatoire, on oublie cette catégorie de population qui aura toujours besoin d'une prise en charge plus longue.

De plus, il ne faudrait pas que cette ambition et ce choix stratégique des établissements soient freinés par les tarifs. Cette question se pose légitimement puisque, depuis quelques années, les centres hospitaliers voient leur dynamique d'activités en ambulatoire se déployer notamment en médecine, avec un impact très important sur les recettes. La FHF est dès lors très en attente de la traduction financière des propositions inscrites dans la stratégie de transformation du système de santé où il est indiqué que, dès 2018 les tarifs hospitaliers intégreront une forte incitation à la médecine ambulatoire.

La question de l'expérimentation de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale se pose ici tout comme, la réflexion sur la réforme du financement. La T2A a apporté beaucoup à l'hôpital notamment en le positionnant de plus en plus dans les activités programmées ; elle finance plutôt bien la chirurgie en ambulatoire mais reste très en deçà sur la médecine. La FHF Bretagne estime que c'est en partie sur ce champ de spécialité qu'il faut pouvoir évoluer.

Au-delà de la seule réflexion interne des hôpitaux, la question de la gradation de l'offre et du développement de l'ambulatoire passe également par une réflexion globale de l'offre sur un territoire donné en tenant compte de toutes les évolutions qui ont un impact sur l'activité, tant en amont qu'en aval. Ainsi, l'exigence d'un virage ambulatoire de qualité pousse les établissements à mieux sécuriser le retour à domicile. Dans ce cadre, les établissements hospitaliers ressentent le besoin de développer aussi chez le futur patient cette acculturation à l'ambulatoire. Un appui de l'ARS sur cette communication envers la population sera un facteur de réussite pour accompagner la transition des hôpitaux vers ces nouvelles pratiques professionnelles.

En effet, la FHF Bretagne a bien pris conscience des inquiétudes fortement exprimées par le secteur professionnel du domicile et sur la capacité des acteurs à faire face à la montée de l'ambulatoire. La FHF Bretagne sait les impacts d'une prise en charge déficiente à domicile : majoration des hospitalisations, intensification des difficultés des sorties d'hôpital, absence de sécurisation, etc...

Dans ce cadre, et conformément au sens donné par la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire, la FHF s'appuiera sur une stratégie de déploiement d'équipes médicales territoriales avec du partage de temps médical pour maintenir les activités sur le territoire.

Enfin, la FHF s'interroge sur les concurrences entre établissements publics et privés. Si la FHF ne remet pas en cause la liberté d'exercice de chacun, en revanche, elle demande qu'en termes de permanence des soins, chacun puisse y prendre sa part en particulier lorsque les établissements privés sont en situation de monopole sur une spécialité. Elle souhaite, à cet égard, que les autorisations données soient liées à l'acceptation d'assurer cette permanence des soins, particulièrement en imagerie.

La question des recrutements est également un élément sensible dans les relations entre les établissements publics et privés ; la FHF aimerait pouvoir proposer un « gentleman agreement » sur ces questions.

Sur les indicateurs concernant **l'ambulatorio en médecine**, la FHF souhaite qu'avec les autorités de tutelle, un accord puisse être trouvé sur ce qui peut être substituable en évitant le recours à un taux cible sur la médecine. La communauté hospitalière est en effet en mal de repère sur ces questions ; il y a un manque de méthodologie et d'état de l'art pour identifier ce sur quoi il faut se développer. De plus, les établissements alertent sur les difficultés de recrutement liés à la démographie médicale et l'important travail qu'il va falloir réaliser pour coordonner dans ces domaines de compétences.

**Concernant l'Hospitalisation à Domicile**, il a été très clairement dit qu'il ne s'agissait pas d'une alternative à l'hospitalisation complète mais d'un outil supplémentaire au service de la prise en charge du patient que les établissements souhaitent développer. En effet, les conditions de prise en charge en HAD ne sont que des conditions particulières de prise en charge de proximité mais cela reste une hospitalisation. Il est donc inexact de rédiger, dans le PRS que l'HAD est une « substitution à l'hospitalisation conventionnelle ». La véritable substitution est assurée par le secteur ambulatoire.

Sur le fond, de manière très explicite, les établissements hospitaliers estiment que la prise en charge en HAD est insuffisante. A ce titre, il est donc nécessaire que, dans la gouvernance des HAD, les hospitaliers soient étroitement associés, étant donné la nécessité de valider notamment la stratégie d'adressage et de déployer l'HAD sur le territoire avec une coordination efficiente. La FHF s'interroge aussi sur la notion de compétence exclusive de prise en charge en HAD sur un territoire surtout si l'organisation est défailante.

Toutefois, concernant la prise en charge HAD dans les EHPAD, les retours sont très positifs du point de vue des structures médico-sociales même si les chefs d'établissement notent que la réussite est dépendant du personnel. Les demandes vont certainement s'accroître et les EHPAD aimeraient avoir accès à une évaluation du dispositif HAD dans leurs établissements.

De plus, la FHF s'interroge sur la réalité de la prise en charge des soins palliatifs par l'HAD notamment sur la toute fin de vie sachant qu'elle devra se développer par le déploiement d'équipes mobiles hospitalières sur le territoire. Sur la question sémantique, la FHF demande une réflexion sur une meilleure définition de l'accompagnement en soins palliatifs versus l'accompagnement de la fin de vie. Cette réflexion conduira à se poser la question de la prise en charge des soins palliatifs et de la nécessaire coordination entre les équipes mobiles de soins palliatifs et les autres acteurs de l'HAD.

Enfin, il semble important de pouvoir développer une HAD spécialisée en santé mentale. La psychiatrie est, depuis longtemps sortie de ses murs et travaille en lien avec l'exercice libéral. Il faudra ainsi innover dans la prise en charge au domicile.

**Concernant l'imagerie**, la FHF Bretagne propose le déploiement de la radiologie interventionnelle en particulier pour l'embolisation et la trombectomie. La région Bretagne est en effet très en retard sur ces développements. Cela s'explique surtout par un déficit démographique médical permettant le déploiement de cette activité alors que ces pratiques

permettent d'éviter des opérations lourdes et d'augmenter les chances de rétablissements des patients avec une prise en charge efficiente.

**Concernant les maladies rares**, les centres hospitaliers concernés soulignent que la première difficulté reste le diagnostic et l'identification du circuit. Ils souhaiteraient pouvoir être mieux accompagnés, en termes de communication, afin de pouvoir avoir accès à ces informations ; mais également, pour ceux qui proposent des consultations avancées de donner de la visibilité et de pouvoir ainsi mieux faire connaître la ressource au territoire.

**Concernant l'activité en réanimation et la surveillance continue**, la FHF souligne le fait que la région Bretagne est sous dotée et que certains territoires sont en déficit des lits en réanimation notamment en période hivernale. Ce constat implique notamment la multiplication de transports compliqués, ce qui affecte la qualité de la prise en charge. La question d'une meilleure implication des SMUR et des SAMU serait une partie de la solution.

En outre, la FHF Bretagne souhaiterait que les missions du réseau régional de prise en charge des polytraumatisés puissent être intégrées, en tant que telles dans le PRS.

**Concernant les SSR**, la FHF demande une réflexion sur le nombre de lits et places affectés car les échanges entre professionnels démontrent que, si le nombre de lits SSR est adapté en région Bretagne, en revanche la ventilation en fonction des typologies semble inadéquate notamment le SSR spécialisé PAPD.

De même, la question des liens entre l'offre publique hospitalière et celle des PSPH doit pouvoir être traitée au niveau des territoires afin de clarifier le positionnement des acteurs et d'éviter, sur certains territoires, le blocage des lits d'aval SSR, affaiblissant de facto les chances pour le patient de retrouver une autonomie.

En outre, la question de la cohérence des partenariats au sein de la région Bretagne se pose et de leur impact sur la prise en charge des patients. Ainsi, pour exemple, il existe un projet médical de SSR pédiatrique qui concerne le département des Côtes d'Armor.

Dans ce travail, un des objectifs est d'améliorer les délais de bilan et de prise en charge des Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (qui est de 8 mois à Plérin et 1 an au CH Lannion-Trestel).

Un des problèmes auquel sont confrontés les acteurs du projet est l'absence de prise en charge de l'ergothérapie, psychomotricité et neuropsychologue en libéral non remboursées par la sécurité sociale. Or, dans les départements du Finistère et du Morbihan, c'est la Maison Départementale des Personnes Handicapées qui la finance. Ainsi, de manière globale, l'accès à ces professionnels libéraux est donc extrêmement compliqué avec des restes à charge très importants et ce sont donc les structures de soins de SSR pédiatrique qui essaient de compenser.

Si l'ARS finance sur le département des Côtes d'Armor un réseau pour la prise en charge des Troubles Sévère du Langage et des Apprentissages, l'enveloppe est régionalement et notablement insuffisante pour permettre la prise en charge de ces enfants. Cette non prise en charge des rééducations (ergothérapie, neuropsychologue, psychomotricité) impacte : les enfants ayant un TSA, mais également les enfants de moins de 6 ans ayant des difficultés de développement psychomoteur (ce qui impacte les CAMSP).

A la lecture de la stratégie nationale de santé et du PRS2, ce type de situation vient percuter les priorités affichées : l'égalité territoriale, l'amélioration de l'accès aux soins, et la prise en charge des enfants et adolescents.

Enfin, dans un autre domaine, les membres de la FHF alertent sur le « sas » que deviennent les SSR pour les personnes âgées en perte d'autonomie. L'entrée d'un patient en SSR nécessite obligatoirement un projet de ré-adaptation dans le but de retrouver son autonomie.

Or, les personnes âgées dépendantes qui entrent en SSR n'ont pas toutes un projet de réadaptation ; elles restent alors dans la structure dans l'attente soit d'un retour à domicile adapté soit d'une place dans un EHPAD.

Le SSR devient alors une zone tampon qui ne répond pas aux attentes de la personne âgée et qui pose question dans les relations entre les centres hospitaliers MCO et les SSR. La question n'est pas de « légitimer » cette situation mais surtout d'alerter sur la nécessité de dégager des places d'EHPAD en aval afin que les SSR développent des activités en lien avec leurs missions premières.

### ***Thème N°5 : Assurer l'accès en soins palliatifs***

Si personne ne remet en cause la nécessité de développer l'accès en soins palliatifs, se pose toutefois la question de l'adaptation de la T2A à la logique d'implantation d'équipes mobiles territoriales qui seront les vecteurs de cette activité.

En outre, dans ce chantier, la FHF estime qu'il manque un acteur clé dans le dispositif et ne particulier pour le repérage de patient nécessitant cet accompagnement : c'est le médecin traitant. De fait, cela équivaut à considérer la nécessité d'une approche globale du dispositif incluant également la famille.

## **Objectif stratégique N°3 : Faciliter les parcours de soins, de santé, et de vie par une organisation plus coordonnée**

### **Thème N°6 : Mieux organiser les parcours des personnes**

Les membres de la FHF sont unanimes pour dire combien le parcours est devenu l'élément central des politiques publiques de santé. C'est un enjeu d'évolution et de transformation de notre système. Les membres de la FHF sont conscients de l'importance du sujet et veulent être très attentifs aux évolutions de cette thématique. Les notions de parcours, de coordination, de gradations sont à mettre en exergue dans nos réflexions communes et la présence des représentants des centres hospitaliers dans les instances de coordination notamment territoriales sont essentielles.

Pour autant, si tout le monde est d'accord sur ce point, il n'en demeure pas moins que chacun, voulant construire son propre parcours, les professionnels de santé se retrouvent face à une multitude d'acteurs qui ont tous leurs spécificités et leur propre coordination avec leurs propres outils. Que ce soit dans le secteur sanitaire ou dans le secteur médico-social, la multiplication des instances de coordination complexifie outre mesure les décisions à prendre pour le patient ou le résident. Les articulations entre les dispositifs sont tellement compliquées qu'avec humour, certains ont forcé le trait en demandant un accompagnement pour aider à la coordination de la coordination !

Ce constat, largement lié aux modes de financement, appelle une clarification du rôle des acteurs. Cette proposition de l'ARS dans le PRS est essentielle mais ne doit pas se limiter dans une filière ou un secteur qu'il soit sanitaire, lié à la santé mentale ou médico-social.

De fait, les métiers autour de la coordination sont de véritables métiers qui doivent être pleinement intégrés dans les établissements hospitaliers et qui demandent un management particulier qui ne va pas de soi dans les hôpitaux. Les membres de la FHF sont donc pleinement conscients qu'il va falloir développer des moyens, de nouveaux métiers et du temps.

Enfin, il est plus que nécessaire qu'acteurs de santé et médico-sociaux et financeurs se mettent d'accord sur un portage commun et proposer, notamment pour les personnes âgées, un guichet unique intégré.

A cet égard, dans la construction du PRS, il semblerait plus opportun que le chantier consacré à la Plateforme territoriale d'appui soit intégré dans cette thématique plutôt que d'être intégré dans le thème N°2 sur les évolutions organisationnelles.

Sur le fond, la multiplication des instances de coordination ont, de facto, multiplier les outils liés au système d'information. Si la FHF est pleinement engagé dans le SI parcours, il semble plus que nécessaire de travailler au-delà et d'intégrer pleinement les demandes des hospitaliers en terme d'identifiants partagés et de partage d'outils.

Globalement, une gouvernance territoriale partagée permettra d'assurer une coordination efficace entre acteurs : elle permettra de porter la notion de parcours en mettant de l'ordre dans les stratégies institutionnelles de développement de chaque opérateur.

### ***Thème N°8 : Agir en faveur de la santé périnatale, des enfants, des adolescents, et des jeunes adultes***

Dans cette thématique, les représentants des centres hospitaliers font le constat qu'ils n'ont pas une offre de soins adaptée aux besoins. Les médecins pédiatres sont trop impliqués dans la spécialité et les médecins généralistes peu formés pour prendre en charge la pédiatrie générale. De plus la démographie médicale en pédiatrie est défavorable.

Concernant les adolescents, un gros travail se fait dans les établissements qui se retrouvent régulièrement sous tension avec beaucoup de difficultés de prise en charge. Il manque clairement des moyens pour un hôpital de jour pour les enfants, les adolescents et leurs parents.

Enfin, si les membres de la FHF estiment que cette approche pragmatique sériant les besoins spécifiques est la bonne, pour autant, ils souhaiteraient repositionner ces chantiers en y intégrant toutes les dimensions de la santé mentale afin de pouvoir développer la prise en charge des troubles cognitifs des enfants, de déployer un dépistage précoce entre zéro et cinq ans, d'assurer une vigilance accrue avec la décompensation des pathologies psychiques entre 16 et 25 ans et de travailler à la question de l'hospitalisation des 16-25 ans.

### ***Thème N°9 : Prévenir et accompagner la perte d'autonomie des personnes âgées***

En préambule, les membres de la FHF soulignent leur satisfaction à voir la question de la place des personnes âgées bien identifiée dans le PRS y compris en tentant d'ouvrir des ponts entre le sanitaire et le médico-social, dans l'intérêt des populations vieillissantes. Malgré cela, les chantiers présentés ne paraissent pas répondre aux enjeux. La situation des EHPAD et les mouvements de mobilisation des agents et des directeurs ont fait prendre conscience de la gravité de la situation et du fait que, depuis de nombreuses années, les politiques menées collectivement ne répondent pas aux enjeux.

Dans ce cadre, la FHF est en accord sur le développement d'une nécessaire expertise gériatrique en lien avec les EHPAD. Toutefois, la question des moyens financiers liés à la T2A se pose et donc à la tarification de cette expertise, tout comme la démographie médicale en déficit sur cette spécialité prévisible en lien avec la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle.



Ainsi, les acteurs sont pleinement conscients de la nécessité de mieux prendre en charge les personnes âgées y compris en évitant le recours aux urgences. A cet égard, le déploiement des infirmiers de nuit semble répondre à cette inquiétude, tout comme le développement d'équipes mobiles de gériatrie. D'autres expérimentations doivent pouvoir avoir lieu dans nos territoires, soutenues par l'ARS. Toutefois, la FHF Bretagne souhaite alerter l'ARS sur l'impact de la démographie médicale notamment de gériatres et sur leur impact sur les missions des équipes mobiles de gériatrie.

En outre, les membres de la FHF ont identifié la géronto-psychiatrie comme étant essentielle à la prise en charge de la population sur leurs territoires et certains projets médicaux partagés des GHT ont intégré cette donnée dans leurs orientations. Dans le projet de PRS, cette dimension n'est quasiment jamais évoquée et, en tous les cas, pas expressément désignée.

Or, le vieillissement de la population, enjeu repéré du PRS va nécessairement augmenter les besoins. La lutte contre la dépression des personnes âgées, le risque suicidaire, le développement des troubles cognitifs obligent à proposer des réponses à la population. Celles-ci passent par le développement des équipes mobiles de géronto-psychiatrie, à l'instar de ce qui se fait en Haute Bretagne pour intervenir notamment dans les EHPAD ou encore par le développement de la télémédecine en EHPAD qui va également permettre d'offrir des réponses rapides aux personnels des résidences et éviter le risque d'hospitalisation.

La question de l'accès des personnes âgées ayant des troubles cognitifs sévères dans les structures classiques se pose de manière aiguë sachant qu'il n'existe pas de solutions clairement identifiées aujourd'hui. En effet, une partie des personnes âgées qui sont accueillies dans les EHPAD ne peuvent se maintenir dans ces structures classiques mais ne relèvent pas non plus de la psychiatrie. La question se pose de centrer cette expertise au sein des EHPAD rattachés aux centres hospitaliers. Une expérimentation pourrait être proposée.

Sur la question du logement des personnes âgées, les professionnels médico-sociaux, ayant bien intégré la stratégie du maintien à domicile le plus longtemps possible, souhaitent pour autant pouvoir proposer des alternatives provisoires permettant de soulager la personne âgée dépendante et l'aidant familial. La généralisation de l'hébergement temporaire, de l'hébergement d'urgence et de l'accueil de jour sont des solutions que réclament les familles et qui aujourd'hui ne peut aboutir, faute de moyens financiers. De même, il semble intéressant aux acteurs sanitaires et médico-sociaux de développer des projets avec la ville et les bailleurs sociaux pour mettre en place des habitats partagés, type « résidence autonomie ».

Quant aux places dans les EHPAD, il est clairement établi, par les membres de la FHF que la proposition de l'ARS dans le PRS de mieux les répartir ne répond pas aux enjeux du vieillissement de la population en Bretagne. Il faut répondre collectivement aux déficits criants de places dans les EHPAD car il y a des territoires qui, malgré le déploiement des alternatives à l'entrée en EHPAD, ne verront pas la totalité de leurs besoins couverts. De plus,

à terme, les EHPAD accueilleront des personnes âgées très dépendantes ou présentant des pathologies neuro-dégénératives ; il faudrait pouvoir anticiper cette évolution en proposant des structures de type USLD pour ces personnes âgées.

Au-delà, les alternatives à l'entrée dans les EHPAD doivent être développées avec notamment la réflexion sur les EHPAD hors les murs qui interroge les pratiques actuelles des structures médico-sociales pour personnes âgées. A cet égard, les membres de la FHF sont conscients qu'il faut adapter leur outil afin de répondre à cette demande d'EHPAD « hors les murs » et qu'ils sont les acteurs les mieux à même de pouvoir faire des propositions eu égard à leur expertise. Former pour repérer les fragilités des personnes âgées en partageant notamment l'expérimentation de Brest et Auray pour avoir un outil commun et agir en conséquences, mettre en place des places d'urgence dans les EHPAD sont autant de pistes à explorer.

### ***Thème N°11 : Renforcer la prévention et adapter les interventions à la diversité des addictions***

Sur cette thématique, les représentants des établissements adhèrent aux orientations proposées et souhaitent répondre aux exigences du service public à savoir l'accessibilité et la proximité en assurant le lien avec le secteur médico-social pour installer, là où les besoins se font sentir une offre complète. En effet, il existe des déséquilibres de prises en charge d'hospitalisation au sein même d'un territoire et les établissements sont conscients de cette situation.

Il manque en effet des structures notamment pour les personnes âgées atteintes du syndrome Korsakoff qui génèrent dans les structures classiques des troubles difficiles à gérer pour le personnel des résidences.

### ***Thème 12 : Développer une politique de santé mentale, partenariale et territoriale***

En préambule, la FHF Bretagne souhaite alerter l'ARS sur la situation financière complexe des établissements publics de santé mentale. En effet, depuis plusieurs années, les établissements affrontent une politique drastique appliquée au calcul de leur dotation annuelle de financement (DAF) à laquelle s'est ajoutée la mise en oeuvre du plan triennal d'économies.

Les établissements disposant d'une autorisation en psychiatrie savent et assument qu'ils doivent prendre toute leur part dans le rétablissement des comptes publics. Il convient toutefois de rappeler que la politique de péréquation interrégionale appliquée par la DGOS depuis plusieurs exercices est défavorable à la région Bretagne et entraîne une diminution de la DAF régionale. De plus, la FHF constate l'application infrarégionale par l'ARS d'indicateurs institués en 2013, précisés en 2016 dans le cadre d'un groupe de travail ARS / Etablissements, amenant à un gel ou une réfaction des DAF sur plusieurs exercices, dans un

contexte d'augmentation de la demande et d'augmentation des dépenses de Titre 1 consécutives à l'application des mesures nationales (Point d'indice, PPCR, etc.). A cela s'ajoute la participation de ces mêmes établissements au plan triennal d'économies.

Compte tenu de ce qui précède, la question de l'adaptation des établissements aux nombreuses missions qui se développent se pose. Alors même que la Bretagne présente des spécificités épidémiologiques très marquées (suicide, addictions), la question de l'offre de soins en santé mentale doit être approfondie.

En outre, le PRS, reprenant une orientation déjà activée depuis quelques temps, incite à moins cibler l'approche et la prise en charge sur les séjours en hospitalisation complète. Des projets d'établissement successifs ont portés et portent encore de manière résolue depuis plusieurs années ce transfert des capacités d'hospitalisation complète vers d'autres modes de prise en charge, notamment ambulatoires, avec des fermetures contraintes de lits d'hospitalisation par les établissements, en raison de tensions en matière de démographie médicale.

Pour la FHF, le PRS doit donner l'occasion d'évaluer cette situation et de dresser un nouvel état des capacités d'hospitalisation complète autorisées, dissociées de celles réellement actives tant au niveau régional qu'au niveau des territoires.

En outre, à la lecture des orientations du PRS sur la santé mentale, si les priorités régionales ne font guère divergence sur leurs réalités, la FHF s'étonne toutefois, dans le chantier lié au déploiement des projets territoriaux, l'absence totale de référence aux communautés psychiatriques de territoire qui doivent, selon la loi du 26 janvier 2016 être mis en œuvre dans les divers territoires de la région Bretagne.

Enfin la question se pose de la reconnaissance d'USLD géranto-psychiatriques spécialisée en Bretagne sachant que le besoin de trouver des solutions pérennes aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs sévères se pose avec acuité.

### ***Thème N°13 : Prévenir les maladies chroniques et améliorer la qualité de vie des patients***

La FHF Bretagne ne peut qu'être favorable à l'orientation donnée à cette thématique notamment l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques.

La question se pose toutefois si le chantier ne concerne que les maladies chroniques ou si sont également pris en compte les patients qui doivent également vivre longtemps avec la maladie notamment les personnes atteintes de cancer ou celles qui ont subi un AVC. Dans ces deux exemples, les prises en charge se chronicisent également.

## ***Thème N°14 : Améliorer le parcours de soins des personnes atteintes de cancer***

La FHF Bretagne se félicite de l'intégration dans le PRS d'orientations sur la qualité de vie après le cancer qui semblent très ambitieuses. Les propositions dans le PRS correspondent bien aux actions des centres hospitaliers dans ce domaine sauf peut-être sur la prévention et le dépistage qui nécessiteront un soutien de l'ARS.

S'agissant de l'offre territoriale, la demande de renforcement des coopérations est clairement revendiquée par les établissements dans l'objectif d'améliorer les réponses aux personnes atteintes de cancer y compris en proximité.

Dans ce cadre la FHF Bretagne souhaite souligner le travail des réseaux territoriaux de cancérologie et des centres de coordination en cancérologie dans la coordination des acteurs, dans la participation à l'organisation et à la planification du parcours de santé et du suivi du patient en situation complexe, dans le recensement de l'offre en soins de support et dans la formation des professionnels de terrain.

Depuis la loi de modernisation du système de santé, les réseaux et les 3C sont peu à peu intégrés dans les plateformes territoriales d'appui. Sans remettre en cause cette évolution, la FHF Bretagne souhaite une évaluation de ce transfert afin de s'assurer que des missions aussi importantes que celles du 3C ou des soins de support continuent de profiter aux patients atteints de cancer.

En effet, les 3 C sont les garants d'une prise en charge de qualité pour le patient atteint de cancer sur les territoires en particulier en s'assurant du bon fonctionnement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) mixtes sur les territoires bretons.

Un autre point fait l'objet d'une alerte de la FHF : l'onco-gériatrie qui mérite une vigilance particulière en particulier autour de la pertinence. La FHF soutient la mise en place de programmes régionaux.

Enfin, sur certains territoires, notamment le territoire de Lorient Quimperlé, des inquiétudes se font jour sur le maintien d'une offre pérenne et de qualité en anatomo-pathologie afin d'assurer un diagnostic de qualité et de proximité et sans laquelle la prise en charge des cancers n'est pas possible.

## ***Thème N°15 : Améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladies cardio-neuro-vasculaires***

La question de l'équilibre de l'offre de soins entre les différents territoires de Bretagne se pose de manière aigüe. Ainsi, dans les Côtes d'Armor, un délai d'attente de 3 mois est nécessaire pour assurer la prise en charge des patients cardiaques, du fait de difficultés d'autorisation et de lits.

Au-delà, les centres hospitaliers de Bretagne sont en attente d'un déploiement de la neuro - radiologie interventionnelle en particulier sur la trombectomie, à laquelle les cardiologues interventionnels pourraient contribuer du fait de leurs compétences et de la démographie des radiologues interventionnels.

Cette pratique à l'échelle des groupements hospitaliers de territoire permettrait d'assurer une égalité d'accès à ce traitement et valoriserait une stratégie régionale qui favoriserait la prise en charge des patients dans les délais impartis. En outre, la pratique de cette technique doit évidemment être abordée en fonction de la démographie médicale des radiologues mais également en tenant compte de son impact sur l'attractivité médicale des établissements hospitaliers et du besoin de professionnels formés. A cet égard, un travail régional sur ce dossier pourrait permettre de développer cette technique au profit d'une majorité de patients.

Sur la prévention, les centres hospitaliers estiment nécessaires d'intégrer dans le dispositif les médecins généralistes, le SAMU et de développer une communication destinée au grand public par la mise en œuvre de campagnes de masse.

Enfin, dans le domaine de l'innovation, les centres hospitaliers estiment nécessaires de développer la surveillance à domicile.

## ***Objectif stratégique N°4 : Renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge***

### ***Thème N°16 : Développer une culture de la qualité et de la pertinence***

La question de la pertinence des soins est devenue, au fil des années, un enjeu important pour l'activité médicale. Au-delà de l'impact financier, la pertinence reste surtout un enjeu médical et d'amélioration de la prise en charge des patients.

De ce fait, Les orientations intégrées dans le PRS sur la culture de la pertinence sont partagées par les membres de la FHF Bretagne.

La sensibilisation de la communauté médicale est indispensable à la réussite de cette orientation. Celle de la population l'est tout autant. Elle passe par une meilleure connaissance des outils et des appuis dont elle peut bénéficier. Elle passe également, pour être mise en œuvre avec efficacité, par une co-construction avec les communautés hospitalières en insistant sur sa dimension qualitative. L'approche comptable soit en être le résultat.

A cet égard, la FHF ne peut qu'appuyer les propos tenus dans le cadre de la présentation de la stratégie de transformation du système de santé et notamment le fait que « *la pertinence des soins consiste à proposer la bonne intervention (le bon acte), au bon endroit, au bon moment et par le bon praticien. Elle concourt à réduire les inconvénients et les risques pour les patients, tout en répondant aux enjeux d'une gestion économe de la santé* ».

La FHF Bretagne propose ainsi de s'appuyer sur les expertises régionales afin de répondre aux attentes des praticiens hospitaliers (ARS – GCS CAPPs – IRAPS - Présidents de CME) et de mieux les coordonner, afin de définir des priorités régionales mais surtout territoriales. Une concertation sera ainsi nécessaire notamment dans l'appréhension des CAQES.

Au-delà, la FHF Bretagne a également souhaité se saisir de la question en soutenant les travaux portés par le GCS CAPPs notamment la mise en œuvre par les praticiens hospitaliers du dispositif international « choosing wisely ». Une première expérimentation a eu lieu dans le domaine de la gériatrie.

## **Objectif stratégique N°5 : Développer la performance et l'innovation du système de santé**

### **Thème N° 17 : Favoriser l'accès à l'innovation**

La FHF Bretagne se félicite des orientations proposées dans le PRS sur l'accès à l'innovation mais également à la recherche. A cet égard, dans le domaine de la recherche, elle souligne le rôle des CHU en lien avec les groupements hospitaliers de territoire dans le développement des protocoles de recherche clinique, permettant ainsi à de nombreuses communautés médicales de participer à ce travail indispensable à l'amélioration de la qualité de soins au patient.

Le développement d'une approche en réseau, associant étroitement les CH porteurs des GHT, permettra d'augmenter l'inclusion de cohortes plus importantes de patients dans des protocoles de recherche. Il en va de l'égalité d'accès aux nouvelles thérapeutiques comme du développement de la recherche en France.

Pour autant, la FHF Bretagne souhaite attirer l'attention sur la nécessaire vigilance pour éviter que l'innovation ne soit pas un facteur d'une plus grande discrimination à l'accès aux soins mais bien un facteur d'attractivité des territoires de proximité.

Au-delà, sur l'innovation liée aux parcours et la nécessaire adaptation des systèmes d'information à cette nouvelle pratique, les établissements hospitaliers ont clairement établi aujourd'hui leurs besoins. A cet égard, l'obligation de formaliser des schémas directeurs à l'échelle d'un GHT a permis d'évaluer et d'analyser ces besoins. De fait, un appui financier est indispensable à la poursuite des travaux dans ce domaine.

Enfin, la FHF Bretagne regrette que, dans ce domaine de l'accès à l'innovation, il n'est fait aucune référence à la nécessité de travailler à des actions dans le domaine de la cybersécurité. Les centres hospitaliers ne sont pas à l'abri d'attaques cyber et l'impact sur le fonctionnement de l'hôpital serait désastreux en cas de réussite. A cet égard, il semble indispensable que les systèmes d'information intègre cette notion de sécurité et de protection des données.

La Bretagne est une des régions pionnières dans ce domaine avec un écosystème économique très implanté dans les territoires bretons, permettant ainsi que les centres hospitaliers puissent devenir des terrains d'expérimentation que ce soit dans le domaine de la sensibilisation à travers des simulations d'attaques cyber ou dans la protection des données.

Quant aux innovations organisationnelles, si elles sont soutenues par les directeurs d'établissement et les Présidents de CME, elles butent souvent sur des difficultés réglementaires, statutaires, administrative. La FHF Bretagne relaie à cet égard une demande forte de la profession de pouvoir conduire des expérimentations.

### ***Thème N°18 : Conforter la démographie des professionnels de santé pour garantir l'accès aux soins***

Depuis de nombreux mois, les centres hospitaliers alertent les autorités de tutelle sur les difficultés de recrutement des praticiens hospitaliers et le trop grand recours à l'intérim médical. Les acteurs hospitaliers souhaitent ainsi alerter sur l'impact de la démographie médicale sur l'ensemble de ces activités. Si des spécialités en tension ont bien été identifiées en région Bretagne (radiologie, urgences, anesthésie réanimation, médecine du travail), les réponses à court terme semblent peu aisées et renforcent le recours à l'intérim avec les coûts que cela engendre.

D'autres spécialités apparaissent en difficulté comme les pédiatres ou encore les gynécologues. Dans la discipline psychiatrie, plusieurs établissements connaissent désormais de fortes difficultés de recrutement, rendant difficile le fonctionnement de leurs unités, la réponse aux besoins de la population et la satisfaction des exigences posées par la HAS en matière de suivi des décisions de mesures de restriction de liberté (isolement, contention).

Pour autant, à la lecture de ce PRS, la FHF Bretagne reconnaît une volonté indéniable de l'agence à avancer sur ce sujet. En effet, la question de la définition des besoins de santé et de leur adéquation avec les formations initiales nécessite d'y travailler avec une ambition certaine. L'impact de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle sur des spécialités comme les urgences ou la gériatrie va bousculer les pratiques et creuser encore plus les déficits.

Dans ce cadre, le recrutement des internes et la recherche d'une meilleure adéquation, voire de la suspension du taux d'inadéquation, dans leur répartition peut assurer le développement des activités dans les établissements ainsi qu'une meilleure connaissance de l'hôpital par les futurs médecins, y compris ceux qui se destinent à un exercice libéral. Dans le développement de l'approche en parcours, cette connaissance constituera un atout essentiel.

Au-delà des chantiers qui sont portés par l'ARS dans le PRS 2, une autre réponse consiste à améliorer l'attractivité médicale des établissements.

Sur toutes ces questions, la base de travail reste les conventions d'association entre les GHT et les CHU.

Enfin, la question de la démographie médicale ne doit pas occulter les difficultés de recrutement de personnels paramédicaux et soignants tant dans les établissements hospitaliers que dans les structures médico-sociales sur des compétences très spécifiques.

## ***Objectif stratégique N°6 : Mieux préparer le système de santé aux événements exceptionnels***

### ***Thème N° 19 : Définir les réponses adaptées aux situations sanitaires exceptionnelles***

Sur ce thème, les centres hospitaliers de Bretagne estiment que les coopérations partenariales sont essentielles à la réponse. Pour autant le fonctionnement des établissements, entre eux, sur un territoire, ne permet pas toujours de garantir une qualité optimale dans la prise en charge. Cette situation est la conséquence de l'évolution de la recherche d'une performance croissante en capacitaire et son impact à savoir l'absence de marge de manœuvre pour ouvrir, en urgence, des lits supplémentaires. Toutefois, cette possibilité peut se réaliser en fonction des situations architecturales des établissements. En tous les cas, il semble nécessaire de faire une évaluation de la situation pour travailler toutes les hypothèses.

Toujours dans cette optique, les centres hospitaliers alertent sur la nécessaire coordination interdépartementale des SAMU en cas d'événements exceptionnels notamment sur les territoires implantés sur deux départements.



Au-delà, l'élaboration d'une plateforme territoriale réunissant tous les acteurs de santé qui pourrait être créée et activée lors d'évènements exceptionnels serait également à travailler, ne serait-ce que pour mobiliser tous les professionnels concernés.

Enfin, la problématique de l'accompagnement psychologique des victimes nécessite de développer des liens avec les établissements de santé mentale sachant qu'aujourd'hui, les réponses ne sont pas à la hauteur, faute de financements adéquats.

## Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins ont été étudiés par chacun des groupements hospitaliers de territoire. A cet égard, les établissements souhaiteraient un document plus clair sur la répartition des autorisations dans les territoires. En effet, le tableau présenté semble peu précis au regard des enjeux territoriaux que les OQOS apportent.

Au-delà, la FHF Bretagne a bien conscience que l'ARS n'a pas souhaité renouveler en profondeur la cartographie proposée et modifie à la marge les sites et les activités autorisées. A cet égard, les propositions permettent aux établissements de continuer à développer leur activité dans l'attente de la réforme du droit des autorisations qui interviendra à partir de 2020.

Quelques points ont toutefois été soulevés par les GHT :

**GHT Union Hospitalière de Cornouaille** : sur les activités interventionnelles par voie endovasculaire en cardiologie, il est demandé la création d'une autorisation en rythmologie pour le bassin de Cornouaille (330 000 habitants), aujourd'hui dépourvu d'autorisations alors que les autres territoires bretons en disposent. Cette demande revêt un caractère de santé publique.

Quant aux équipements lourds, il est proposé qu'un équipement lourd d'imagerie en coupe (scanner ou IRM) soit destiné au bassin de vie de Concarneau (3<sup>ème</sup> ville du Finistère). Cette demande est appuyée par le dispositif conventionnel, désormais effectif, d'une prise en charge territoriale d'imagerie. Le besoin sur le territoire de Concarneau a déjà pu être exprimé au regard du pôle de santé que le CHIC promeut avec des acteurs majeurs de santé et dans le cadre du Contrat Local de Santé de Concarneau Cornouaille, son rapprochement avec les professions libérales ambulatoires.

**GHT Bretagne Sud** : Sur les SSR non spécialisés : pas de remarque sur l'évolution du nombre de sites mais la première partie du commentaire est erronée ; il faudrait remplacer « regroupement des sites du CH de Quimperlé (sur Bois-Joly) » par « regroupement des sites du CH de Quimperlé (sur La Villeneuve) ». Sur le SSR PAPD : pas de remarque sur le nombre, qui n'évolue pas, mais il faut signaler un changement de site. Le PAPD de Bois-Joly rejoint le polyvalent sur la Villeneuve qui n'a pas de PAPD actuellement. SSR spécialisé : est-il possible de préciser qu'il s'agit de *SSR spécialisés respiratoires* à l'aune de ce qui est formalisé dans le tableau qui fait mention des spécialités. Enfin, concernant les spécialités SSR « digestifs et onco-hématologie », ces spécialités sont actuellement prises en charge sur du SSR polyvalent. Il est demandé la possibilité d'une reconnaissance dans chacune de ces deux disciplines par redéploiement de lits et places de SSR polyvalent.

Quant aux équipements lourds, si un IRM polyvalent supplémentaire est rendu possible à l'échéance du PRS (2022), en revanche, le nombre de sites demeure identique à savoir 3 (les deux cliniques et l'hôpital du Scorff). Il paraît indispensable **d'ajouter la possibilité d'un site**

**supplémentaire (4)** afin de ne pas rendre obligatoire l'installation d'un 5ème appareil sur la ville de Lorient ; quel que soit l'opérateur, il ne faut pas interdire une installation sur la ville de Quimper afin d'équilibrer l'offre et le service rendu à la population.

**Quant à la psychiatrie générale**, sur l'hospitalisation de jour, il manque une autorisation de psychiatrie du sujet âgé sur Quimper et une autorisation sur l'hospitalisation de nuit. Par ailleurs, il est à noter que le groupe hospitalier Bretagne Sud est détenteur de la mission de service public l'autorisant à accueillir des patients admis en soins psychiatriques sans consentement.

**GHT Bretagne Atlantique : Médecine d'urgence** : s'il existe bien 3 SMUR sur le territoire, en revanche il n'existe que 2 structures d'urgence (Ploërmel et Vannes avec une antenne saisonnière de la structure vannetaise à Auray pour la période estivale). Demande de rétablissement dans le tableau de 2 sites et non 3.

**Pour la psychiatrie générale**, il faudrait rajouter un site, non recensé dans le tableau, qui est autorisé en hôpital de nuit. Pour les appartements thérapeutiques : la création de deux sites supplémentaires est insuffisante. Pour une meilleure intégration des patients dans leurs parcours de vie au cœur de la cité, l'expérience de l'EPSM Morbihan montre qu'il est plus pertinent de répartir les appartements dans une ville plutôt que de les regrouper dans un même immeuble. De même, un appartement à plusieurs places n'est pas bénéfique au parcours de réhabilitation psychosociale. Les besoins de l'EPSM Morbihan sur la période 2018-2022 peuvent être estimés à 10 places d'appartements thérapeutiques ce qui devrait correspondre à 7 à 10 sites d'implantation.

**Quant à la psychiatrie infanto-juvénile**, la perspective de création d'un site d'hôpital de jour mériterait d'être précisée car l'EPSM a déjà 7 sites d'implantation (3 sur Vannes, 1 Auray, 1 Locminé, 1 Ploërmel, 1 Muzillac). Il faudrait supprimer, dans le tableau le +1 dans la 2<sup>ème</sup> colonne (création – suppressions- recompositions).

**GHT Haute Bretagne : Traitement du cancer** : demande d'une 4<sup>ème</sup> autorisation pour le CHU de Rennes dans le traitement du cancer pour les pathologies mammaires.

**GHT Rance Emeraude : sur les équipements lourds**, le GHT a fait remonter une demande d'un IRM supplémentaire et non la seule transformation de l'IRM ostéo-articulaire situé sur le site de Dinan. Dans le schéma cible (page 333), il est proposé 5 IRM (et non 4 comme prévu)

**GHT Armor : Sur le SSR**, accord concernant l'existant ainsi que les évolutions sauf s'agissant du SSR « spécialisés addictions » avec une demande de création d'un HDJ SSR d'addictologie sur le CH de Guingamp.

**Sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique par exuration extra-rénale**, accord avec le tableau proposé en précisant que le GHT Armor souhaite le maintien de l'ensemble du maillage existant pour une prise au plus près du domicile des patients

**Sur l'aide médicale à la procréation et diagnostic prénatal** : Le PRS1 prévoyait déjà l'ouverture d'un site (et centre) dans le territoire de santé n°7 sous la forme d'une structure juridique publique-privée ad-hoc. Le GHT d'Armor est d'accord avec ces évolutions du schéma cible si cela correspond à la mise en place du même projet non réalisé sur la période du PRS 1.

**Sur la périnatalité** : S'agissant des autorisations de gynécologie obstétrique à temps partiel ou complet, le PMP du GHT d'Armor prévoit de « *Regrouper les sites d'accouchements, tout en maintenant une offre de prise en charge pré et post natal de proximité, en cas de poursuite de la baisse de la natalité et de la diminution du nombre d'accouchements par maternité en deçà des seuils réglementaires* ». Eu égard à la problématique de la baisse de la natalité, au déficit de démographie médicale dans ces spécialités sur le territoire et à la volonté des professionnels hospitaliers d'assurer une offre de soins de qualité et selon les standards de sécurité, il est donc proposé, dans le tableau OQOS dans la colonne « Création – suppression – recomposition » de modifier la proposition de l'ARS par « *regroupement des sites d'accouchement sur trois sites pour tenir compte de la baisse de la natalité sur le territoire de santé, de la situation complexe de la démographie médicale et de la volonté d'assurer une offre de soins de qualité et conforme aux standards de sécurité* » et dans la colonne suivante remplacer 4 sites par « *3 sites dont un site de niveau 1 (soit un site public de niveau 1, un site privé de niveau 2A et un site public de niveau 3)* ».

**Sur les soins de longue durée** : Il y a actuellement 5 sites autorisés mais le besoin sur l'Est du territoire et notamment sur le bassin briochin est toujours existant. A cet égard, une autorisation avait été accordée à St Briec et non mise en oeuvre faute de financement. Malheureusement, aujourd'hui l'autorisation est caduque. Aussi, le GHT souhaiterait voir apparaître un schéma cible à 6 sites d'USLD pour la période 2018-2022

**GHT Centre Bretagne** : Des interrogations subsistent à la lecture des OQOS : sur le SSR, l'autorisation PAPD supplémentaire est-elle destinée au CH de Guéméné sur Scorff ? Imagerie : il y a un seul site autorisé : est-ce pour le Centre Hospitalier Centre Bretagne ou est-ce mutualisé avec la clinique ? sur la médecine, souhait que l'autorisation soit supprimée à la date d'ouverture du nouvel hôpital

## ***La Permanence des soins en établissement de santé***

La FHF Bretagne souhaite faire quelques remarques sur le projet de la PDSES.

1. Un des points clés de cette permanence des soins en établissement de santé reste la nécessité que les établissements privés (ou les libéraux pour les établissements à but lucratif lorsqu'ils ne sont pas salariés) participent à cette permanence des soins, surtout quand ils sont en situation de monopole sur un territoire. Les établissements hospitaliers souhaitent pouvoir travailler sur cette problématique dans les territoires. Au-delà la FHF souhaite que les autorisations d'activités soient liées à la permanence des soins et que les Conseils départementaux de l'Ordre soient officiellement saisis des difficultés rencontrées.
2. Les établissements hospitaliers ont relevé des « coquilles » :
  - le début de la garde est réglementairement fixé à 18h30 et non 20 heures comme indiqué sur le document
  - l'inversion des maternités de Guingamp et de l'hôpital privé des Côtes d'Armor : Guingamp est de niveau 1 et l'hôpital privé est de niveau 2
3. La FHF serait intéressée de disposer d'un tableau précis des gardes et des astreintes afin de faire le point régulièrement sur la permanence des soins en établissements de santé
4. La FHF note le transfert de charge entre l'HIA et l'ARS Bretagne. Y-a-t-il également un transfert des recettes du Ministère de la Défense ?
5. Page 362 il est précisé que les médecins libéraux qui participent à la PDSES des établissements privés seront financés directement par la CPAM. L'ARS peut-elle préciser le nombre de médecins concernés et la valorisation de cette participation ?
6. La FHF Bretagne, en outre, demande, dans les maternités 2B, une astreinte supplémentaire le week end en complément de la garde pour les pédiatres ainsi que le financement d'une permanence sur la gériatrie au sein de chaque GHT.
7. Enfin, la FHF Bretagne soutient des demandes particulières comme :
  - Pour le GHT Bretagne Sud : une astreinte supplémentaire cardio hors USIC
  - Pour le GHT Armor, s'agissant de la chirurgie infantile, le GHT Armor demande à avoir la même reconnaissance que Rennes et Brest avec deux astreintes (orthopédie + viscéral)
  - Pour le GHT Centre Bretagne, le financement d'une garde sur place en gynécologie-obstétrique ;

## ***Le Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis***

A la lecture de ces chantiers, la place de la santé mentale dans le dispositif se pose. En effet, les professionnels de la santé mentale sont en première ligne vis-à-vis de ces publics cibles. Ce sont souvent les équipes mobiles « précarité » qui vont au devant de ces populations.

Dans ce cadre, il serait opportun que le PRS prévoit de conforter ces équipes mobiles car ils ont de plus en plus de sollicitation y compris de la part des pouvoirs publics dans le cadre notamment de la prise en charge des migrants.

Au-delà du diagnostic engendré par la prise en charge et les soins apportés, la spécificité de prise en charge de la population migrante se complique du fait de l'usage de langues étrangères et de la non-compréhension de la langue française. A cet égard, les établissements de santé mentale demandent la prise en charge financière de ces coûts d'interprétariat.

Quant à la population carcérale, si les équipes de liaison peuvent faire un véritable travail dans les prisons, il existe toutefois un problème de fluidité dans les suivis des personnes.