



RÉVISION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Contribution et positionnement de la FHF Hauts-de-France



Septembre 2023

SOMMAIRE

Positionnement FHF Hauts-de-France : PRS 2023-2028 : des objectifs partagés de tous, mais dont la mise en oeuvre opérationnelle reste indéterminée	p.3
Contribution FHF Hauts-de-France :	p.9
Préambule	p.10
Introduction	p.10
Méthodologie de révision du SRS : un calendrier très contraint et des découpages territoriaux multiples	p.12
Faire coïncider les besoins et les offres sur nos différents territoires :	p.15
- Interroger le besoin,	p.15
- Interroger l'offre dans un cadre de plus en plus contraint,	p.20
Plusieurs volets manquants et pourtant impérieux, permettant de renforcer l'existant et conforter l'offre actuelle	p.24 p.27
Médico-social : un volet ambitieux nécessaire pour adapter l'offre aux besoins futurs	p.29

Révision du PRS Hauts-de-France : des objectifs partagés de tous, mais dont la mise en œuvre opérationnelle reste indéterminée



Dans les Hauts-de-France, une région en très grande souffrance sanitaire et sociale, la population subit toujours un retard d'accès aux soins, avec une prévalence régionale supérieure à la prévalence nationale pour de très nombreuses pathologies. **Le Projet Régional de Santé se doit donc plus qu'ailleurs encore de faire coïncider les besoins et l'offre**, en offrant une prise en charge adéquate et de qualité, associée à des politiques de prévention ambitieuses, tant qualitativement que quantitativement, dans chaque territoire.

La FHF défend depuis plusieurs années la création d'une loi de programmation pour la Santé, à l'instar de la loi de programmation militaire, visant plusieurs objectifs sur une période de cinq ans. Cette réflexion pluriannuelle permettrait ainsi la détermination des objectifs de la politique de Santé et les transformations à réaliser, mais aussi la définition des moyens humains et financiers permettant de les atteindre. Associant tous les acteurs du système, elle conduirait ainsi à une **véritable feuille de route collective avec des orientations très concrètes facilitant l'accès aux soins de tous**, quand la logique actuelle, tant de financement que d'organisation, reste toujours court-termiste et déterminée par l'urgence et les conséquences des différentes crises. Ce mode de fonctionnement, qui empêche toute visibilité et toute projection, est nuisible pour l'ensemble des professionnels, et donc par répercussion, pour les citoyens.

Le PRS et le SRS pourraient alors être la déclinaison de cet exercice de prospective à l'échelle de la région, tout en tenant compte des spécificités tant régionales que territoriales. Or, SRS après SRS, force est de constater que tout un pan de l'analyse ne figure toujours pas dans les documents soumis à concertation, à savoir **l'évaluation des moyens humains, financiers et techniques pour atteindre les différentes ambitions définies**.

Alors que la concertation réglementaire est en cours depuis le 6 juillet 2023, la FHF Hauts-de-France tient à souligner le travail réalisé par l'ARS Hauts-de-France et ses équipes sur la rédaction de ce nouveau Schéma Régional de Santé, dont l'exercice est chronophage et énergivore.

Les 24 Objectifs Généraux tels que décrits dans le document final soumis à concertation, ainsi que leurs objectifs opérationnels, **ne peuvent qu'être partagés par tous les acteurs et partenaires de santé.**

Mêlant prévention, accès à la santé, et parcours de soins, ils reflètent ainsi **certaines des problématiques les plus fortes de la région Hauts-de-France.**

Cependant, dans le **contexte actuel post-crise sanitaire Covid-19, où les difficultés se cumulent** en termes financiers, organisationnels, techniques, ou de ressources humaines, **force est de constater que ce nouveau SRS n'apporte pas de visibilité sur la réalisation concrète de ces différents objectifs**, ceux-ci n'étant pas accompagnés dans leur diffusion des différents financements et politiques d'attractivité nécessaires à leur mise en œuvre.

Cette déclinaison du PRS n'offrant pas d'éléments suffisants permettant d'assurer le maintien de l'offre publique et de l'accessibilité aux soins que cette dernière garantit, pour tous les citoyens et dans chaque territoire de la région, la FHF Hauts-de-France ne peut donc, en l'état, pas cautionner le texte soumis à concertation.

Faire coïncider l'offre avec les besoins dans un cadre toujours plus contraint...

Après les travaux lancés dans le cadre du CNR, la méthodologie de révision du PRS s'est effectuée dans un calendrier et format très contraints, difficilement compatibles avec la nécessité d'organiser de véritables débats ou concertations, tant dans les différents groupes de travail qu'en interne au sein des fédérations.

A cela s'ajoute la contrainte du contexte post-crise sanitaire Covid-19, ayant fait apparaître les dysfonctionnements structurels de notre système de santé, qui cumule désormais difficultés de ressources humaines, financières, organisationnelles et techniques, rendant certaines perspectives peu lisibles.

De plus, les multiples découpages territoriaux utilisés (TDS, TAS, zones de proximité, GHT, DAC...) rendent difficiles les analyses comparées, tout en étant peu compréhensibles des non-initiés, et en premier lieu, des patients.

Or, le PRS se doit avant tout de répondre aux besoins réels de la population des différents territoires, et non être une mise en œuvre technique des différentes réformes, notamment celle des autorisations.

Dans une région dont les indicateurs sanitaires et sociaux restent toujours désastreux, l'ARS doit être le régulateur d'une offre graduée et doit devenir, en lien avec les différents acteurs et collectivités territoriales, le garant d'une politique équitable et prospective d'accès à la santé et d'aménagement des territoires sanitaires et médico-sociaux.

Ainsi, la méthode employée dans le **calcul des seuils des nouvelles implantations d'activités de soins**, s'appuyant sur la consommation avant la crise sanitaire plutôt que sur la définition des besoins avérés, pose question. Les **difficultés de démographie médicale** étant connues de tous, la pénurie de ressource disponible ne doit également pas servir a priori de variable d'ajustement pour justifier une réduction de l'offre.

Les nouvelles autorisations d'implantation qui vont être délivrées se doivent de définir les devoirs de chacun des acteurs concernés, ceux-ci pouvant fortement différer d'un secteur à l'autre, et s'inscrire dans des projets de territoire. Ces autorisations doivent également pouvoir faire l'objet d'une ré-évaluation en cours de période, et la FHF Hauts-de-France demande que l'ARS Hauts-de-France respecte l'engagement pris en ce sens, à savoir, un réexamen des tableaux d'autorisations au regard des besoins à 2 ans de la publication du présent SRS.

En effet, la FHF Hauts-de-France constate que 26 projets d'établissements publics de santé n'ont pas été repris dans les propositions d'implantations de l'ARS.

... tout en reconnaissant la place essentielle et centrale des établissements publics

Il est pourtant essentiel que les habitants de la région Hauts-de-France puissent avoir accès à une offre de soins publique, et ce quel que soit leur territoire de résidence.

Au sein de l'organisation du système de santé, la place des établissements publics, tant sanitaires que médico-sociaux, reste essentielle. Garants des valeurs du service public, ils accueillent sans discrimination aucune, 365 jours par an, 24h/24, et **s'attachent à assurer continuité et qualité des soins, dans chaque territoire de la région.**

Au cœur de notre modèle républicain, cette place particulière et ce rôle qu'occupent les établissements publics sont pourtant toujours bien trop peu valorisés ou pris en compte.

L'Hôpital public résiste et répond toujours présent, face aux faiblesses de la médecine de ville, à la concurrence des cliniques privées dispensées d'obligations, à la multiplicité des crises : Covid-19, psychiatrie, tensions saisonnières... au prix de l'épuisement de son personnel et de ses finances, déjà tant sollicités depuis des années. **Il est parfois la seule réponse possible pour nos concitoyens**, et il est incongru de parler de désert médical lorsqu'il existe un hôpital public en proximité.

Un PRS dépourvu de certains volets pourtant impérieux

Un volet audacieux de développement des ressources humaines et de gestion de la démographie

Il ne peut y avoir d'offre sans professionnels. **La promotion et la valorisation des métiers, l'amélioration des conditions de travail, mais aussi bien sûr la formation**, doivent être des enjeux prioritaires pour envisager l'avenir.

Le constat du manque de moyens d'intervention dans ce domaine ne doit pas nous dispenser d'ambition, pour **rendre la région attractive en termes de préservation de l'offre soignante, et innovante en matière d'exercice, tout en favorisant la qualité de vie au travail.** Ce travail doit être mené en concertation avec les différentes collectivités territoriales, notamment le Conseil régional, mais aussi les organismes de formation, les Universités et les Facultés de médecine.

Chaque volet thématique du SRS devrait ainsi s'accompagner d'un bilan et d'une prospective des ressources humaines nécessaires à sa mise en œuvre.

Un volet de lisibilité des différents financements

Les différentes réformes du financement, passées, en cours ou prévues, répondraient aux demandes de la FHF en tenant compte de l'approche populationnelle ; elles sont cependant loin d'être stabilisées, et il pourra encore s'écouler quelques années avant qu'elles soient pleinement opérationnelles.

Le manque de visibilité budgétaire, en gestion courante comme en investissement, reste une constante tant sur le sanitaire que sur le médico-social, et empêche toute projection. A cela s'ajoutent depuis plusieurs années des difficultés financières toujours plus fortes et toujours plus nombreuses.

Les différents objectifs du PRS, pour assurer leur opérationnalité, se doivent donc d'être chiffrés, et leurs financements assurés et évalués. La distribution de crédits, qu'ils soient annuels ou plus ponctuels, doit également être réalisée avec un calendrier précis, des versements réguliers (trésorerie), afin de permettre aux établissements d'anticiper, et d'assurer plus sereinement leurs missions.

Un volet médico-social ambitieux pour adapter l'offre aux besoins futurs

Le secteur médico-social doit adapter son offre pour répondre à des besoins de plus en plus spécifiques et en constante augmentation, en anticipant le vieillissement démographique à venir d'ici 2050. Ainsi, si le virage domiciliaire est plébiscité, il n'est pas sans limite, et **la transformation de l'offre doit être envisagée et projetée dès à présent, en précisant les moyens opérationnels dédiés.**

Les dispositifs de coordination doivent être clarifiés et stabilisés pour fluidifier les parcours, et la reconnaissance de l'expertise des établissements médico-sociaux, tout comme l'accompagnement de leurs mutations, sont essentielles.

Un plan d'urgence pour la psychiatrie publique

Si l'un des objectifs généraux de la révision du Projet Régional de Santé s'attache bien à favoriser le parcours de vie en santé mentale, dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge, celui-ci est une reconduction de l'existant, et **ne prend en compte ni les besoins réels en soins, en très forte augmentation depuis la crise sanitaire, ni la situation de la psychiatrie publique**, qui nécessite aujourd'hui un véritable plan d'urgence, apportant des solutions tant immédiates que structurelles.

Un volet plus régulé sur la participation à la permanence des soins

Le partage de la permanence des soins reste une revendication essentielle des établissements publics. Bien que primordiale pour garantir l'accès de tous à des soins de qualité, celle-ci pèse pourtant sur un nombre de plus en plus réduit de professionnels, et elle devient un repoussoir pour l'hôpital public, qui en assure souvent seul la mission.

La permanence des soins nécessite d'être mieux valorisée, et ré-organisée, afin de répartir plus équitablement l'effort entre les différents professionnels des territoires ; c'est pourquoi la FHF Hauts-de-France souhaite que le SRS puisse affirmer l'engagement pris par l'ARS d'en assurer une plus grande participation des opérateurs de santé privés et libéraux.

RÉVISION DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Contribution de la FHF Hauts-de-France



Septembre 2023

Préambule

La contribution de la FHF Hauts-de-France aux travaux du Projet Régional de Santé (PRS) a été élaborée alors que la totalité des synthèses des travaux ne sont pas encore finalisées ni communiquées.

Il s'agit donc d'une contribution s'appuyant sur les réflexions des différents groupes de travail qui se sont déroulés sur environ 8 semaines, entre mars et mai 2023.

Elle est essentiellement centrée sur les problématiques des établissements de santé et médico-sociaux, adhérents de la FHF Hauts-de-France.

Cette contribution reprend pour une large part, des contributions récentes de la FHF Hauts-de-France validées par ses instances.

Introduction

Il nous faut tout d'abord souligner ici et mettre en avant le travail de l'ARS et de ses équipes sur la révision du PRS SRS2. L'exercice quinquennal du SRS est un exercice théorique, chronophage, et qui demande beaucoup de temps et d'énergie à tous les animateurs et participants.

Les politiques de santé impliquent par nature de raisonner à moyen terme, en évitant la dispersion des outils. Leurs transformations ou leurs évolutions passent par une **approche multidisciplinaire allant de la prévention à la régulation territoriale de l'offre de soins, en passant par les innovations technologiques, organisationnelles, le financement, la protection sociale, la formation, et l'éthique.**

Aujourd'hui, nous contribuons à un exercice de prospective régional quinquennal : la révision du Projet Régional de Santé et du Schéma Régional de Santé, qui doivent permettre de projeter à 5 ans l'offre de soins régionale : son maintien, son développement ou sa réduction.

Cependant, la FHF au niveau national, comme le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, mettent en avant depuis quelques années, compte-tenu du contexte général actuel, la nécessité de « *disposer d'un document unique qui unifie les textes existants* » (Conseil national de la refondation (CNR), Stratégie nationale de Santé [SNS], Ma Santé 2022, feuilles de route, pactes divers et variés, multiples plans, etc.) pour en favoriser la cohérence, tout en insistant sur la nécessité « *d'une trajectoire à cinq ans pour le système de Santé, reliant objectifs de Santé, transformation du système de soins et moyens humains, matériels et financiers pour atteindre ces objectifs* ».

Ainsi, la FHF défend depuis quelques années la **création d'une loi de programmation pour la Santé, visant plusieurs objectifs sur une période de cinq années**, tels que la **détermination des objectifs de la politique de Santé** et les transformations à réaliser, mais aussi la **définition des moyens humains et financiers permettant de les atteindre.**

Le PRS et la révision du SRS pourraient ainsi être la déclinaison au niveau régional de cet exercice de prospective, tout en tenant compte des spécificités régionales et territoriales.

Or, il y a lieu de constater, SRS après SRS, que tel n'est pas le cas actuellement, puisque tout un pan de l'analyse ne figure pas dans les documents soumis à concertation, à savoir l'évaluation des moyens humains, financiers, et techniques pour atteindre ces objectifs, ce qui limite l'intérêt d'un tel exercice à l'indicatif.

Méthodologie de révision du SRS : un calendrier très contraint et des découpages territoriaux multiples

Le calendrier d'élaboration de la révision du SRS est très contraint, chacun a pu le constater.

Certes, les débats territoriaux du CNR ont pu constituer un avant-goût de propositions. Ils ont fortement mobilisé les équipes de l'ARS et les acteurs de santé des territoires, et ont ainsi permis, outre l'engagement collectif, d'alimenter les objectifs du SRS.

Cependant compte-tenu des enjeux, la FHF considère que l'Agence Régionale de Santé a lancé la démarche de révision du SRS sous la pression d'un calendrier difficilement compatible avec la nécessité d'organiser un véritable débat et une réelle concertation.

La constitution des Groupes de travail du SRS

L'ARS a recouru pour certains des groupes de travail à une représentation institutionnelle, avec parfois la participation de certains membres désignés en leur qualité « d'expert institutionnel ».

La FHF est consciente de la difficulté à trouver les équilibres au sein de ces divers groupes, mais les différentes instances sont convoquées **sans qu'il soit possible pour la FHF de mener les concertations internes nécessaires**, compte-tenu des délais de retours, du nombre de groupes, et de la multitude des acteurs concernés.

Les formats des documents présentés dans les diverses instances

Le recours systématique aux diaporamas, s'il permet aux équipes des ARS d'aller à l'essentiel, devant un public toujours attentif - puisqu'en général il découvre les documents en séance, ou en visioconférence - ne permet pas toujours un véritable débat.

Les découpages des différents territoires répondant aux zonages des activités de soins et EML sont multiples :

- **2 ex-régions** regroupant plus de 6 millions d'habitants : Nord Pas-de-Calais et Picardie
- **5 départements** : l'Aisne (02), le Nord (59), l'Oise (60), le Pas-de-Calais (62), et la Somme (80)
- **6 territoires de démocratie sanitaire (TDS)**
- **7 territoires d'animation en santé (TAS)**
- **23 zones de proximité du zonage du SRS donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements et matériels lourds**
- **23 territoires de coordination des filières gériatriques** qui ne se recoupent pas forcément avec les 23 zones de proximité du SRS

- **12 Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC)**
- **sans oublier les secteurs, les inter-secteurs et les Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT) pour la santé mentale,**
- **et sans compter les territoires dits « de projets »** définis en fonction du projet qui s'y inscrit, à l'initiative des acteurs de santé, par exemple les contrats locaux de santé.
- **14 Groupements Hospitaliers de Territoire** (dont 13 pour des activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique et 1 psychiatrie), **peu cités dans les documents du SRS** alors qu'ils constituent un **nouveau mode de coopération obligatoire entre les établissements publics de santé** à l'échelle d'un territoire et, depuis quelques années maintenant, des **entités reconnues** avec des **projets médicaux soignants partagés**.

Tous les territoires cités ne se recoupent pas complètement, rendant difficile l'analyse territoriale comparée et le pointage des inégalités sociales et territoriales.

Dans le cadre du zonage des activités de soins et d'EML, l'ARS a défini 3 zonages gradués :

- **23 zones de proximité** (pour les activités suivantes : Médecine, Hospitalisation à domicile, Chirurgie, Gynécologie-obstétrique, néonatalogie réanimation néonatale, Psychiatrie, Soins médicaux et de réadaptation, Soins de longue durée, Médecine d'urgence, Soins critiques, Traitement de l'IRC, Traitement du cancer, Equipements matériels lourds d'imagerie, Activité de radiologie interventionnelle)
- **7 territoires de recours intermédiaire correspondant aux 7 Territoires d'Animation en Santé** (pour les activités suivantes : Cardiologie interventionnelle, AMP et DPN, Examen des caractéristiques génétiques, Médecine nucléaire)

Initiés dans le cadre du développement du numérique en santé dès 2018, ils ont ensuite été utilisés durant la crise Covid pour de nombreux aspects, tant liés à la prise en charge des patients qu'à la prévention avec la vaccination.

Progressivement, les 7 TAS des Hauts-de-France ont servi d'appui pour l'ARS, à **la mise en œuvre d'autres actions comme l'élaboration de la stratégie régionale des investissements en santé du Ségur et sa déclinaison territoriale**. Cette nouvelle animation territoriale est **aujourd'hui mobilisée pour coordonner des filières en tension** dont celle des urgences.

Les hôpitaux publics y jouent le rôle de coordonnateur dans le cadre d'une organisation territoriale concertée, sans que le rôle de coordination territoriale soit pour autant financièrement reconnu.

Ce travail est rendu possible grâce à la participation des établissements et fédérations du secteur privé non lucratif et lucratif, mais aussi des différentes

URPS, ainsi que des représentants des CPTS déjà constituées, selon les thématiques concernées.

- **Zonage de recours régional** (pour les activités suivantes : Neuroradiologie interventionnelle (NRI), Chirurgie cardiaque, Greffes d'organes et de cellules hématopoiétiques, Traitement des grands brûlés, Caisson hyperbare, Cyclotron à utilisation médicale)

De plus depuis le dernier SRS 2018, sur les 23 « domaines » d'activités de soins, **15 sont impactés par des décrets instaurant ou modifiant leurs conditions d'implantation** et leurs conditions techniques de fonctionnement.

La réforme des autorisations créé ou reconnaît ainsi **3 nouvelles activités de soins** (HAD, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire) et **rapatrie dans le SRS 5 activités gérées jusqu'alors dans le SIOS** (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, NRI, greffes d'organes et de cellules souches hématopoiétiques et traitement des grands brûlés).

La Fédération Hospitalière de France rappelle que l'ARS reste le régulateur d'une offre graduée et doit devenir, en lien avec les différentes collectivités territoriales, le garant d'une politique équitable et prospective d'accès à la santé et d'aménagement des territoires sanitaires et médico-sociaux.

La FHF Hauts-de-France constate également que ces différents niveaux de territoire restent pour les non-initiés, et notamment les patients, incompréhensibles et peu audibles sous cette forme de présentation.

Faire coïncider les besoins et les offres sur nos différents territoires

Interroger le besoin qui augmente d'année en année...

L'exercice quinquennal du SRS est un exercice théorique, pour un résultat qui pourrait paraître décevant. En effet, aucun territoire de la région ne présente de situation favorable pour son état de santé, rapporté à la France.

Il existe de façon non équivoque un lien entre état de santé et besoins de soins.

Le mauvais état de santé d'une région comme la nôtre, tel qu'il ressort des documents réalisés par l'OR2S pour le diagnostic du PRS 2017-2022, a de nombreuses conséquences, notamment celui d'accroître le nombre de maladies et de handicaps, plus lourds et plus graves, et **exige en retour une offre et une prise en charge adéquate, à la fois quantitativement et qualitativement.**

Notre région dispose, en effet, de spécificités : les six millions d'habitants qui la composent ont des besoins de soins et de santé particulièrement élevés, plus qu'ailleurs en France.

Deux facteurs déterminants se cumulent :

- des données socio-économiques dégradées, couplées à des inégalités sociales importantes
- des disparités territoriales croissantes, entre des milieux fortement urbains, marqués par une métropolisation croissante, et des milieux plus ruraux marqués par la désertification.

Toutes ces inégalités ont contribué à faire des Hauts-de-France une région aux indicateurs sanitaires particulièrement dégradés, dans laquelle la population souffre toujours d'un retard d'accès aux soins et de diagnostic plus important qu'ailleurs.

Les Hauts-de-France, une population défavorisée et des indicateurs sanitaires et sociaux dégradés

Le rapport de l'Institut Montaigne « *Santé : faire le pari des territoires* »¹, paru en mai 2022, **classe les cinq départements de la région Hauts-de-France dans une catégorie appelée « vulnérables »**. La définition de ce groupe est frappante : « une population socio-économiquement défavorisée, dont les besoins de santé sont en moyenne importants, en particulier dans le champ des maladies chroniques et du cancer, et où le tabagisme pèse sur l'état de santé de certains habitants. »

¹ <https://www.institutmontaigne.org/publications/sante-faire-le-pari-des-territoires>

Consciente de l'importance d'illustrer ces besoins particuliers pour la région, la FHF Hauts-de-France travaille chaque année à l'élaboration de chiffres clés permettant d'alerter sur ces constats, en lien notamment avec sa fédération nationale et les données statistiques qui lui sont fournies par le service FHF Data.

Une population plus précaire qu'ailleurs

Qu'il s'agisse de données socio-démographiques, ou de données économiques, les habitants de la région Hauts-de-France se situent toujours dans une situation défavorable, lorsqu'on les compare aux moyennes nationales².

Taux de pauvreté (2018) : 18%, contre 14,6% en France métropolitaine.

Taux de chômage (4^{ème} semestre 2021) : 8.9% contre 7.2% en France hors Mayotte

Population couverte par le RSA (2019) : 8% contre 5.8% en France métropolitaine

Population active couverte par la CMU-C (2019) : 11.2% contre 8.5% en France

Nombre de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de + de 75 ans (2018) : 25.7% contre 20.9% en France

Taux de bénéficiaires de l'Aide Sociale à l'Hébergement (2018) : 21.6% contre 15.8% en France

Des déterminants de santé très marqués

Les habitants des Hauts-de-France se situent également dans des moyennes bien supérieures aux moyennes nationales pour certains déterminants de santé, ainsi que pour les conduites addictives.

L'espérance de vie y est ainsi inférieure de deux années, tant pour les hommes (77.5 en région, 79.7 en France) que pour les femmes (83.8 contre 85.6)³.

Alors que l'espérance de vie en bonne santé devrait devenir un indicateur essentiel à prendre en compte, **les taux comparatifs de mortalité prématurée (avant 65 ans) y sont les plus inquiétants**³.

Pour les hommes, ce taux toutes causes confondues est de 317.9 pour 100 000 habitants, contre 243.5 en France, soit un taux supérieur de **32%**.

Pour les femmes, avec 146.2 décès prématurés pour 100 000 habitants en région contre 117.4 en France, il est également supérieur de **25%**.

Lorsque l'on compare **ces taux de mortalité prématurée sur certaines causes de décès spécifiques**, les chiffres sont tout aussi parlants⁴ :

² Sources : INSEE, DGFIP, CNAF, DREES

³ Sources : INSEE, Etat civil

⁴ Sources : DREES, Statiss

Tumeurs : +32% en région chez les hommes par rapport à la France métropolitaine, + 15% chez les femmes

Appareil circulatoire : + 38% chez les hommes, + 42% chez les femmes

Suicides : + 39% chez les hommes, + 17% chez les femmes

Alcool : +65% chez les hommes, + 111% chez les femmes

Les conduites addictives et leurs conséquences sont en effet fortes dans la région⁵.

Pour le tabagisme, 27% des femmes sont fumeuses quotidiennes dans la région contre 24.2% en France métropolitaine, et 35% des hommes, contre 29,8% au niveau national.

Pour l'alcool, si les habitudes de consommation dans les Hauts-de-France semblent relativement similaires à celles du reste du pays, celles-ci entraînent pourtant des **taux de passages aux urgences en lien direct supérieurs de plus de 20% aux moyennes nationales**, tant chez les hommes que chez les femmes.

Une prévalence régionale supérieure à la prévalence nationale pour de nombreuses pathologies

Les habitants de la région Hauts-de-France sont atteints plus qu'ailleurs en France de nombreuses pathologies.

FHF Data a ainsi analysé les données standardisées de prévalence régionale estimée de plusieurs maladies ou traitements, comparées à la prévalence nationale, à partir des indicateurs de l'Assurance maladie⁶. Les résultats sont éloquentes :

Pathologies cardio-vasculaires

Maladie coronaire chronique : +12.8% par rapport à la prévalence nationale

Insuffisance cardiaque chronique : + 19.8%

Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque : + 24%

Diabète : +25.6%

Dialyse chronique : + 29.1%

Pathologies du foie ou du pancréas : +12.5%

Cancers :

Cancer du sein de la femme sous surveillance : +14.1%

Cancer du côlon sous surveillance : + 13.2% Cancer du côlon actif : +12.6%

Cancer du poumon sous surveillance : + 16.9%

Pathologies neurologiques ou dégénératives

Démences dont maladie d'Alzheimer : +22%

Maladie de Parkinson : +19.1%

Sclérose en plaque : + 21.7%

⁵ Sources : OFDT Fiche territoriale 2020, Santé Publique France – bulletin janvier 2020

⁶ Sources : SNIIRAM / SNDS / régime général + sections locales mutualistes

Pathologies respiratoires chroniques hors mucoviscidose : + 18.7%

Maladies inflammatoires chroniques intestinales : + 34.7%

Pathologies psychiatriques

Déficience mentale : + 25.5%

Troubles addictifs : + 25.6%

Une population également vieillissante

Le vieillissement de la population est un enjeu majeur sur les années à venir, avec **+ 43% de séniors en 2050 par rapport à 2015** selon l'INSEE.

Par ailleurs, si les Hauts-de-France restent une des régions les plus jeunes de France métropolitaine, nos séniors sont en moins bonne santé qu'ailleurs. **D'ici 2050, le nombre de séniors dépendants augmenterait de 48% en Hauts-de-France.**

Toujours selon l'INSEE, dans son rapport de 2020 « Près de 110 000 séniors dépendants en plus d'ici 2050 », **le maintien à domicile des personnes âgées sera plus important dans notre région en raison des difficultés financières** rencontrées par nos séniors (taux de pauvreté des séniors supérieur et niveau de vie médian des ménages plus faible qu'en France métropolitaine). Il faut donc **dès à présent anticiper et prévenir cette évolution.**

Cette énumération connue permet de rappeler que l'offre doit pouvoir répondre aux besoins.

L'ambition des acteurs de la région, dont l'ARS doit se faire le relais et le porte-parole au niveau national, reste de placer la santé comme une action prioritaire dans une région qui peine à rattraper son retard.

Il est donc nécessaire de pouvoir y développer, plus qu'ailleurs, des politiques différenciées permettant d'assurer des diagnostics plus rapides et plus sûrs, et des prises en charge de qualité, au sein de parcours de soins et de santé définis et efficaces, au service des patients.

Portée par la FHF depuis 2017, la démarche de Responsabilité Populationnelle vise à faire travailler ensemble tous les acteurs d'un bassin de vie pour améliorer la santé de ses habitants. Elle entend poser les bases d'un nouveau système de santé, plus solidaire, plus efficace et plus humain. Un véritable changement de paradigme. A la clé : **une vision radicalement différente de notre système de santé, conçue non plus comme un modèle basé sur la prise en charge des malades, mais comme un modèle qui vise le maintien en bonne santé.**

Face à l'augmentation des besoins et à une offre de professionnels de santé en nombre limité, les acteurs du système de santé se doivent d'éviter la surcharge du système de santé territorial en :

- **Investissant massivement la prévention et la promotion de la santé**, auprès des populations à risque, vulnérables et auprès des patients en dehors des phases aiguës de leur pathologie. Cela permettra de mieux maîtriser le recours à l'offre hospitalière. L'offre de prévention mais aussi d'éducation des patients jouent un rôle majeur dans cet objectif.
L'hôpital public doit se positionner aujourd'hui comme un acteur de prévention primaire et pas seulement secondaire et tertiaire.
- **Améliorant la coordination de tous les acteurs de santé du territoire**, et notamment entre les acteurs de ville et hospitaliers. Un travail autour de parcours communs devra permettre de mieux prévenir, d'anticiper les phases aiguës et de retarder les altérations de l'état de santé des patients

Dans cette optique, les expérimentations autour de la Responsabilité Populationnelle comportent un ensemble d'outils intéressants pour réussir ce défi.

Ces derniers permettent de proposer aux populations des territoires des parcours de prévention et de soins adaptés à leurs besoins, tout en tenant compte de la disponibilité des ressources (humaines, financières, techniques et technologiques).

Interroger l'offre dans un cadre de plus en plus contraint

Les Objectifs Généraux du Schéma Régional de Santé (2023-2028)

Le Projet Régional de Santé (PRS3) sera publié au plus tard début novembre 2023. L'ARS a retenu 27 chantiers avec groupes de travail sur les différents objectifs généraux ciblés prévus

Concernant l'annexe offre de soins : 22 spécialités sont concernées.

Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé

OG1 Promouvoir un environnement favorable à la santé

OG2 Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète

OG3 Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge

OG4 Prévenir et agir face aux conduites addictives

OG5 Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères

OG6 Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer

OG7 Déployer la médiation et l'aller vers les populations les plus éloignées du système de santé

OG8 Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies

Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires

OG9 Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies

OG10 Se préparer à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Favoriser la santé tout au long de la vie

OG11 Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant

OG12 Promouvoir la santé des jeunes

OG13 Accompagner le vieillissement

OG14 Promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des PH

Assurer l'accès à la santé dans les territoires

OG15 Renforcer l'accès aux professionnels de santé dans les territoires

OG16 Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences

OG17 Soutenir et accompagner les aidants

OG18 Améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs

OG19 Transformer, adapter et organiser l'offre médico-sociale pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

OG20 Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux engagée dans le cadre du Ségur de l'investissement

OG21 Accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires

OG22 Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires

Mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé

OG23 Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation (Labelliser les actions cnr) OG24 Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers

OG25 Agir pour la santé dans les territoires les plus fragiles

OG26 Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité

OG27 Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé

Les priorités et les objectifs proposés dans les différents documents de l'ARS ne peuvent que recueillir l'aval de tous les acteurs et partenaires.

Pour la FHF Hauts de France, la politique de santé régionale doit répondre avant tout aux objectifs de couverture des besoins et de réduction des inégalités sociales et territoriales de prise en charge, ainsi que d'accessibilité aux différents services proposés pour la population de chaque territoire de la région.

Cette politique doit ainsi garantir à toutes et tous, **un parcours de soins fondé sur une**

accessibilité géographique et financière à des offres préventive, diagnostique, thérapeutique, de suivi et d'accompagnement, qui soient proches, continues, graduées, pertinentes, efficaces, innovantes et de qualité, et répondant aux nombreux enjeux de santé publique de notre région.

Parce qu'elle représente et promeut les établissements publics, premiers opérateurs de soins et porteurs dans leur ADN des missions et des valeurs du service public et de l'intérêt général des populations, **la FHF rappelle le maillon indispensable et en perpétuelle adaptation que représentent les établissements publics dans l'offre de soins.**

En effet, le service public est la garantie de soins et de prises en charge pour l'ensemble de la population, sans discrimination d'aucune sorte, ni géographique ni financière. Ce service public réalise la promesse républicaine que chacun puisse accéder à des soins d'excellence et à l'innovation, à la pertinence et à la plus grande qualité des soins possible. Les établissements publics incarnent par nature ce service public, du fait de leur permanence et de leur financement public.

La crise sanitaire a rappelé collectivement que nous avons un système de santé fort et adaptable, et que l'hôpital public en particulier y joue un rôle socle et prépondérant.

L'hôpital public a résisté et a, à chaque fois, répondu présent aussi bien face :

- aux faiblesses de la médecine de ville,
- à la concurrence de cliniques privées largement dispensées des obligations de service public,
- à la crise Covid, au prix de l'épuisement de son personnel et de ses finances, déjà fortement sollicités avant la crise
- à la crise des urgences de l'été 2022 et à celle de l'hiver 2022-23
- à la crise générée par la lutte contre l'intérim sur-rémunéré...

Mais à quel prix humain ? avec des professionnels épuisés et en perte de sens

Le nombre de postes vacants est en constante augmentation au sein des établissements publics :

- **99% des établissements déclarent des difficultés de recrutement**, d'ampleur variable selon les territoires, le type d'établissement et les spécialités.
- **Le nombre de postes médicaux vacants ne cesse de croître**, avec des tensions fortes voire très fortes dans une quinzaine de spécialités médicales, et près de 700 postes vacants au total (des chiffres souvent estimés, et donc en deçà de la réalité).

Cinq spécialités concentrent à elles seules près de 60% des postes vacants : psychiatrie, gériatrie, anesthésie-réanimation, médecine générale et médecine d'urgence.

Postes médicaux vacants

	2021 (sur 53% d'établissements répondants)			
	2018	2019	2021	2021 standardisé
Anesthésie-Réanimation	59	67	40	76
Cardiologie et maladies vasculaires	18	34	16	30
Gériatrie	6	13	42	79
Gynéco-obstétrique	10	18	9	17
Médecine d'urgence	54	68	33	62
Médecine Générale	6	12	35	66
Psychiatrie	51	64	54	102
Pédiatrie	18	23	7	13
Réanimation	11	10	10	19
Radiologie	40	55	21	40
Toutes spécialités confondues	323	418	356	672

Source : arrêtés ARS Hauts-de-France, 28 février 2018, 28 mai 2019
Enquête "Métiers en tension" ANFH Hauts-de-France - 2021

- Le nombre de postes non pourvus augmente désormais tant pour les métiers infirmiers qu'aides-soignants : 5 à 6% des postes d'infirmiers et 2,5% des postes d'aides-soignants sont vacants.

- Le taux d'absentéisme moyen est passé de 7,4% en 2012 à 9% en 2019 à plus de 10,53% en 2022 en région (et 12% pendant l'été 2022).

La pénibilité de la permanence des soins est toujours plus accrue, sans juste revalorisation, ni reconnaissance, ni partage.

De plus, **les formations initiales et continues sont désormais en fort décalage avec les besoins de recrutement** (effets de Parcoursup : 50 infirmiers diplômés sur 150 inscrits en première année).

Et avec un système de santé, et l'hôpital public en particulier, qui n'a pas encore tourné la page du Covid-19

Une dette de santé publique importante demeure (3,3M de séjours non-réalisés en cumulé depuis mars 2020 par rapport à une année d'avant crise) et les déficits ont doublé à l'hôpital public depuis 2019 (inflation, diminution contrainte de l'activité).

Trois ans après le premier confinement, **l'hôpital public**, qui a assuré 85 % des prises en charge Covid (quand il ne représente que 60 % de l'activité MCO hors crise), **continue de faire les frais de sa mobilisation exceptionnelle**. L'hiver 2022-2023 a ainsi par exemple été marqué par une triple épidémie qui a accru encore plus la charge de travail des hospitaliers : **la prise en charge de l'épidémie de bronchiolite s'est ainsi faite à 97 % à l'hôpital public.**

3 années de pandémie et d'épidémies vont de pair avec une dette de santé publique persistante, avec un total de **3,3 millions de séjours hospitaliers non réalisés depuis mars 2020, en comparaison de l'activité d'avant crise**. Au total, le **retard accumulé** depuis le premier confinement s'élève à l'équivalent de **10 semaines** d'activité.

Au-delà des enjeux pour la santé publique, cette sous-activité contrainte et l'insuffisante dynamique des recettes qui l'accompagne s'inscrit dans un contexte d'inflation qui génère un effet ciseau délétère pour les finances hospitalières. La FHF anticipe **un déficit structurel des hôpitaux publics de l'ordre de 1 à 1,3 milliards d'euros en 2022** (soit le double des niveaux d'avant crise).

De nombreuses ombres ternissent encore le tableau, à commencer par la "forte dynamique" des arrêts de travail, dont le coût "apparaît d'ores et déjà sous-estimé". Autre source d'inquiétude, "le contexte d'inflation élevée" risque de peser sur les hôpitaux, que ce soit à travers les factures d'énergie ou de revalorisations salariales, dont le financement semble difficile sans réévaluation de l'enveloppe budgétaire d'ici la fin de l'année 2023.

Ces difficultés sont les **symptômes des dysfonctionnements structurels de l'ensemble du système de santé** que la crise sanitaire a révélés. La dette de santé publique du Covid est la conséquence des déprogrammations principalement assumées par l'hôpital public pour faire face aux épidémies.

De fait, compte-tenu du contexte actuel très contraint de post-crise sanitaire Covid-19, de la crise démographique, et de la crise budgétaire dans lesquelles l'offre évolue, la FHF Hauts-de-France regrette que ne figurent pas dans les documents du SRS soumis à consultation les moyens humains, financiers, et techniques pour atteindre les objectifs qui seront déterminants à 5 ans.

Plusieurs volets manquants et pourtant impérieux,

1- Un volet plus ambitieux de préservation et de développement des ressources humaines et de la gestion de la démographie, y compris la répartition des professionnels de santé sur les territoires, essentiel aux yeux de la FHF Hauts-de-France, aurait dû figurer dans les orientations du SRS.

Il ne peut y avoir d'offre sans professionnels.

Le constat du manque de moyens d'observation et d'intervention sur cette thématique, ne nous dispense pas d'avoir des ambitions dans ce domaine, pour **rendre la région attractive en termes de préservation de l'offre soignante, et innovante en matière de mode d'exercice, tout en favorisant la qualité de vie au travail.**

Cette préservation doit se faire en concertation avec les collectivités territoriales, notamment le Conseil régional, ainsi que les organismes de formation, les Universités et la Faculté de médecine.

Chaque volet thématique du SRS devrait ainsi s'accompagner d'un bilan et d'une prospective des ressources humaines nécessaires à sa mise en œuvre.

Il faut également favoriser ici :

- **La formation des professionnels de santé comme enjeu primordial,**
- **L'amélioration de leurs conditions de travail pour attirer et fidéliser,**
- **La promotion, l'évolution, et la valorisation des métiers du soin et de l'accompagnement.**

Cette demande de la FHF Hauts-de-France est une constante à chaque révision de PRS.

Certes, l'objectif OG 12 du PRS « Améliorer la gestion des carrières et des compétences des professionnels de santé pour accroître l'attractivité des territoires » du PRS-SRS intègre un certain nombre d'objectifs opérationnels, mais il manque d'ambition et reste en réalité un constat et une déclinaison des outils déjà existants.

2- Un volet plus régulé sur la participation à la permanence de soins

L'ARS a certes précisé que le schéma de la permanence de soins serait reconduit en 2023 et ferait l'objet de discussion courant 2024, cependant, la FHF souhaite que le SRS puisse affirmer cet engagement de l'ARS d'assurer une plus grande participation des opérateurs de santé privé et libéraux à la permanence de soins et/ou de prise en charge des patients aux tarifs opposables.

L'article L 6122-7 du CSP **permet de conditionner la délivrance des autorisations et de questionner le maintien des autorisations** à des engagements précis des titulaires en matière de permanence de soins, sur les territoires/spécialités en tension.

3- Les financements

Actuellement le manque de visibilité budgétaire et financière, en gestion courante et en investissement, reste une constante tant sur le sanitaire que sur le médico-social.

... **Avec une Tarification à l'Activité qui ne répond pas à la l'organisation en parcours des prises en charge.**

La Tarification à l'Activité, qui ne devait être qu'un outil de gestion, est devenue un outil politique de régulation et d'économie. Elle survalorise les actes techniques, ne prend en compte ni la qualité des soins, ni la prévention, et incite finalement à la concurrence plutôt qu'à la coopération.

Depuis son introduction, la T2A a certes permis pour partie aux établissements publics d'accroître leur efficacité, et au secteur privé commercial de se réorienter vers des activités plus techniques et rentables, mais la régulation « prix-volume » mise en place avec la T2A a épuisé les hospitaliers, en condamnant les soignants à subir des choix de décision, et en les lançant dans une course à l'activité. **Elle n'a jamais permis d'apprécier les besoins de santé locaux, ni d'en déduire des prévisions d'évolution de l'offre, et encore moins de mettre en œuvre une régulation et une planification effective de l'offre de soins.**

Dans le contexte actuel des différentes réformes des financements, la T2A ne disparaît pas, mais elle sera **combinée à d'autres modes de rémunération forfaitaires**, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et du grand âge.

Cette réforme vise à mieux prendre en compte le suivi des malades, la prévention et les activités de coordination des soins. Le financement des soins hospitaliers devrait être modulé en fonction de **leur pertinence** (vérification de la pertinence d'actes médicaux) et de **leur qualité** (une dotation financière à partir d'indicateurs qualité).

Elle répond aux demandes de la FHF de mieux tenir compte de l'approche populationnelle.

Toutefois elles sont loin d'être stabilisées et nécessitent encore un travail de fond et d'analyse quant aux indicateurs et référentiels de base à faire évoluer, et il pourra encore s'écouler quelques années avant que les différentes réformes de financements soient opérationnelles.

Le « quoiqu'il en coûte » s'éloigne et le retour à l'orthodoxie budgétaire et aux politiques d'économies financières à répétition réapparaîtra rapidement.

A la baisse annuelle des tarifs, des gels, des mises en réserve et des économies imposées renaîtront lors de chaque début de campagne.

Or l'essence même d'un hôpital, d'un EPSM ou d'un ESMS public (EHPAD notamment), ce n'est pas une course à la rentabilité ou au profit, mais bien avant tout la prise en charge de l'humain : des femmes et des hommes, qui prodiguent ou reçoivent des soins et des attentions. Le bon soin, au bon moment, et au bon endroit.

Le système de santé doit rester fondé sur l'intérêt général au service de tous, et sa gestion et son financement doivent en tenir compte.

Comme précisé en introduction, la Fédération hospitalière de France défend depuis quelques années la création d'une loi de programmation pour la Santé, visant plusieurs objectifs sur une période de cinq années, tels que la détermination des objectifs de la politique de Santé et les transformations à réaliser, mais aussi la définition des moyens humains et financiers permettant de les atteindre.

Dans cette attente, les différents financements annuels comme plus ponctuels prévus doivent également **être distribués avec un calendrier précis**, afin de permettre aux établissements d'anticiper, et de ne pas accroître encore leurs difficultés.

Permettant de renforcer l'existant et conforter l'offre actuelle

Les propositions d'implantations et donc d'offres de soins de l'ARS figurant à l'annexe du SRS, ont été évoquées et discutées avec les offreurs de soins, au cours du premier trimestre 2023.

Ces discussions se superposent également avec la réforme des autorisations.

Il est à noter que toutes les demandes des Fédérations ou des établissements directement sollicités par l'ARS, exprimant les besoins d'un territoire, d'une zone de proximité ou de certains établissements, n'ont pas été forcément reprises dans les propositions de l'ARS soumises à la consultation officielle, notamment de la CRSA.

La FHF Hauts de France demande la constitution d'un comité de suivi du SRS2, et que des avenants, notamment sur les implantations, puissent être régulièrement revus en cas de décalage entre l'offre existante et le besoin.

La FHF Hauts-de-France souhaite également faire un focus sur un certain nombre d'activités, car compte-tenu de la situation sanitaire de la population, la question se pose du maintien, du développement ou de la réduction de certaines de ces activités (psychiatrie, oncologie, soins médicaux de réadaptation, et équipements lourds), d'autant qu'en raison du vieillissement de la population, les besoins à satisfaire seront plus importants dans les années à venir, et que la réforme des autorisations risque également d'impacter l'offre sur les territoires.

Les activités sanitaires constituent un secteur réglementé. Nul ne peut y exercer sans une autorisation administrative en bonne et due forme. Toute activité de soins listée par le code de la santé publique fait l'objet d'une **procédure d'autorisation préalable**.

Seules des personnalités juridiques peuvent se voir délivrer une autorisation sanitaire. Le GHT ne constitue pas un groupement disposant de la personnalité juridique.

L'autorisation est accordée à l'établissement par l'Agence régionale de santé, pour une durée de 7 ans lorsque le projet :

- répond aux **besoins de santé de la population identifiés par le schéma régional**,
- est compatible avec les **objectifs fixés par ce schéma ainsi qu'avec son annexe**,
- satisfait à des **conditions d'implantation et à des conditions techniques de fonctionnement**.

La pénurie de ressource médicale disponible ne doit pas a priori servir de variable d'ajustement pour justifier une réduction de l'offre.

Une **analyse approfondie de la démographie médicale**, accompagnée d'un **plan de renforcement et de développement des effectifs** médicaux et des autres professions de santé doivent être un préalable à toute réduction.

D'autant que la FHF ne manque pas de le souligner depuis de nombreuses années, les effets pervers des débauchages très actifs, et parfois agressifs, de praticiens par les structures privées commerciales, dont certaines proposent des rémunérations indécentes, bien que financées par le même assuré social, conduisant parfois à des situations de rupture dans des hôpitaux publics qui conservent pour autant leurs obligations.

La réglementation reste très largement insuffisante pour éviter les phénomènes de concurrence déloyale dans un même territoire.

Annexe spécifique au secteur médico-social : un volet ambitieux nécessaire pour adapter l'offre aux besoins futurs

Le secteur médico-social se doit d'adapter son offre pour répondre à des besoins de plus en plus spécifiques, en anticipant le vieillissement démographique à venir d'ici 2050, mais aussi l'aspiration des usagers à bénéficier de prestations de soins et d'accompagnement personnalisées en proximité, notamment au domicile, dans un contexte économique et financier défavorable (inflation, endettement des ES/ESMS, vétusté des installations existantes) et où le reste à charge des usagers reste important sur le secteur Personnes Agées.

Si le PRS 2 aborde beaucoup de ces enjeux, le manque de déclinaison opérationnelle, produisant des effets concrets sur le terrain, peut être regretté.

De plus, alors qu'un diagnostic de l'offre médico-sociale avait été réalisé en fin d'année 2022, **il aurait été intéressant de retrouver, en éléments introductifs**, les taux d'équipement en ESMS, secteur PA et PSH, ainsi qu'**un certain nombre d'indicateurs utiles à la réflexion sur l'offre.**

Sans revenir sur la totalité des éléments évoqués dans les objectifs stratégiques, la FHF Hauts-de-France souhaite souligner plusieurs points clés à ne pas négliger.

- La nécessaire projection pour accompagner la transformation de l'offre

La remise en place d'un PRIAC sera utile aux établissements pour les guider. Une **visibilité à moyen terme est indispensable**, et doit être corrélée avec la durée des CPOM.

Les investissements doivent être accélérés dans un contexte où, les EHPAD, en particulier arrivent **au bout de leurs capacités d'accueil** (refus d'entrées). Concernant les **Personnes Handicapées Vieillissantes**, l'adaptation des structures d'hébergement doit être une priorité, versant handicap (favoriser les EAM, EANM) ou gériatrique en ouvrant ou transformant des places EHPAD en unités PHV, FAM ou MAS (avec ou sans hébergement).

Le virage inclusif doit également être accompagné pour les ESAT, afin de disposer de locaux plus adaptés et de développer la qualité de vie au travail des travailleurs.

Toutefois, au regard des enjeux, les **moyens financiers et en ressources humaines** ne sont à ce jour pas suffisamment détaillés pour permettre une réflexion approfondie sur la transformation de l'offre.

- Un virage domiciliaire plébiscité mais non sans limites

Le maintien à domicile / inclusion en milieu ordinaire est une aspiration forte de la population, qui sous-tend une dynamique de « virage domiciliaire ». Il ne s'agit néanmoins pas de renoncer à la prise en charge en établissement qui devient indispensable lorsque le niveau de dépendance / la complexité est incompatible avec le **maintien à domicile** qui, en tout état de cause, **nécessite d'importantes ressources pour garantir le bien être des personnes âgées et personnes en situation de handicap**.

Afin de compléter l'offre, et de faciliter les transitions domicile/ établissement, les ESMS doivent être accompagnés afin de développer des **dispositifs d'accueil innovants, ainsi que les accueils de nuit en EHPAD**.

- Accueil, prise en charge et prévention des passages aux urgences

L'amélioration de la prise en charge de l'urgence doit être poursuivie. Celle-ci pourrait notamment passer par une **sensibilisation de tous les soignants à la gériatrie**, ou par la mise en place **d'accueil direct des usagers du secteur médico-social dans les services de soins**, notamment dans les hôpitaux de proximité.

Sur la **prévention**, un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre pour diminuer le recours aux urgences comme ASSURE pour les EHPAD et services à domicile. Mais les problématiques de démographie médicale (absence de médecin traitant) et paramédicales (difficulté de recrutement des IDE) doivent être mieux accompagnées pour limiter leur impact sur les urgences, notamment par le développement de **l'IPA en gériatrie** ou la **généralisation de l'astreinte IDE de nuit**.

- Rôle et place des filières gériatriques dans le territoire

Le renforcement des filières de soins gériatriques est souhaité et doit se faire en réaffirmant leur **rôle d'amélioration du Parcours des personnes âgées** par le prisme de l'expertise gériatrique médicale et par le biais d'un binôme médico administratif effectif. Portées par des établissements de santé, les filières sont un dispositif de coordination et de structuration très fort pour développer l'ouverture de l'Hôpital vers la Ville et les EHPAD, en entrée et en sortie. Indispensables dans un accompagnement de la personne âgée qui ne peut être pensé qu'au travers d'une **approche systémique** (entre Filière, CPTS, DAC) et d'une culture d'innovation.

- La fluidification des parcours en clarifiant et stabilisant les dispositifs de coordination

Il s'agit de rendre plus efficient les partenariats entre le domicile, les E.H.P.A.D., les services hospitaliers et les professionnels libéraux des territoires afin de fluidifier les

parcours des personnes âgées par la mise en place **d'outils parcours pratiques au service des usagers, des professionnels et des institutions.**

La multiplication des dispositifs de coordination a été relevé lors des débats sur le CNR, rendant complexe la lecture de l'offre par les usagers et les professionnels. **Leur maillage et rôle doivent être clarifiés et stabilisés.**

- L'adaptation de l'offre d'accompagnement aux parcours de vie

- **Le CRT, une réponse partielle**

L'EHPAD doit opérer sa mue pour devenir une **plateforme de services dans une logique territoriale de proximité**, proposant à la fois de l'hébergement, des activités diverses, et du soutien des soins à domicile. Par son implantation en proximité de la population et son **expertise**, l'EHPAD est une ressource précieuse pour son territoire. Il s'agit d'en faire **un lieu de vie ouvert sur son bassin de vie, où l'on est mieux soigné.**

Le développement des Centres de Ressources Territoriaux (CRT) est ainsi soutenu par la FHF Hauts-de-France. Néanmoins, avec seulement 15 CRT couvrant la totalité de la Région, et au regard de l'importance d'une réponse de proximité, ce projet expérimental ne permettra pas d'atteindre ses objectifs. **Une redéfinition moins large des bassins de population à couvrir est ainsi nécessaire.**

- **Le maillage des unités de vie protégée et des PASA**

L'offre des UVP et des PASA de jour, mais aussi de nuit, doit être repensée. Celle-ci mériterait d'être **déployée dans l'ensemble des EHPAD**, compte tenu de la prévalence des maladies neurodégénératives. Ces unités doivent bénéficier de crédits spécifiques, car elles accueillent des résidents requérant un ratio d'encadrement plus élevé.

- **Le renforcement et soutien à l'accueil de « publics spécifiques »**

Le virage domiciliaire/ inclusif engendre des besoins renforcés dans les structures d'accueil.

Le développement des unités d'accueil de personnes handicapées vieillissantes doit être accompagné sur tout le territoire (études et financements dédiés), permettant de **répondre au manque de places dans le secteur du handicap**. Plus spécifiquement, l'accueil de personnes avec des troubles psychiatriques en EHPAD doit nécessairement évoluer par rapport aux conditions d'accueil actuelles (unités dédiées, moyens humains, conventions).

- **Le renforcement de l'accompagnement des PSH avec des difficultés particulières**

Les enfants à double vulnérabilité (ASE et handicap) devraient pouvoir bénéficier d'une offre adaptée de proximité, avec un IME ouvert 365 jours dans chaque département. Leur suivi par les autorités doit être spécifique, et leur permettre, par exemple, de faire des stages, dès 16 ans, en ESAT.

D'autre part, les parents en situation de handicap sont, par manque d'accompagnement, en souffrance. Trop souvent, leurs enfants sont placés à l'ASE.

Enfin, l'identification du handicap dans le secteur pénitentiaire est inexistante. Un décloisonnement des prisons, de la MDPH et des ESMS doit être favorisé. Dans certaines régions, des prisons disposent d'un secteur ESAT ou d'entreprises adaptées.

- La reconnaissance de l'expertise des établissements médico-sociaux

Les métiers de l'accompagnement sont difficiles, et ils ont évolué en fonction des populations accueillies. **La montée en compétence est significative** et implique une adhésion à la culture médico-sociale. Cela concerne les métiers soignants comme non-soignants.

S'il s'agit d'un levier à saisir pour l'attractivité des métiers, c'est aussi un axe à développer pour assoir leur rôle d'expert et de ressource sur leur territoire. La **diversification des métiers** doit être accompagnée, notamment sur la prévention (renforcement des équipes EPSREVE).



FHF Hauts-de-France

03 20 44 57 24

fhf.hdf@chu-lille.fr

www.fhf-hdf.fr

