



PRS

Projet Régional De Santé Normandie

(Version Synthétique)

FHF Normandie

30 mai 2023

Table des matières

↔ Propositions pour le secteur sanitaire	4
⇒ Structurelles	4
➤ Restructuration de l'offre de soins.....	4
➤ Démographie médicale et régionale/sociologie médicale.....	6
➤ Prévention et Responsabilité populationnelle au service des maladies chroniques	9
➤ Hôpitaux de proximité	12
➤ Nouveaux Métiers du Soins (IPA, ...).....	15
➤ Qualité et sécurité des soins.....	17
➤ Transition écologique (TE).....	19
⇒ Par secteurs d'activité	23
➤ Psychiatrie et santé mentale	23
➤ Cancérologie.....	27
➤ Réanimations - Soins critiques.....	31
➤ Médecine d'urgence et permanence des soins (soins non programmés)	32
➤ Périnatalité.....	33
➤ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) – Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)- Médecine Polyvalente	35
➤ Unités de Soins de Longue Durée (USLD) - Unités de soins complexes (USC)	37
↔ Propositions pour le secteur médico-social :.....	39
➤ Offre MS : Adéquation des taux d'équipements aux perspectives démographiques.....	39
➤ Reconnaissance du secteur handicap public (communautés 360, ...).....	42
➤ Rôle des ESMS dans la prévention en santé pour les publics PA/PH.....	44
➤ Rôle des ESMS publics dans le maintien à domicile et auprès des aidants (offres de répit) :	46
➤ Ressources humaines /démographie des professionnels de santé : quantité, qualité, attractivité :	48
➤ Accompagnement économique et financier des ESMS :	50
➤ Transformation du bâti des établissements :	56
➤ Rôle des Etablissements sur l'étape de pré-admission : travailler les parcours en amont	59
➤ Transition écologique / politique de Responsabilité Sociétale et Environnementale en ESMS :61	
↔ Glossaire	65

La FHF Normandie a souhaité apporter sa contribution à l'élaboration du futur Projet Régional de Santé normand (PRS 3 : 2023-2028).

A ce titre, elle a réuni de novembre 2022 à avril 2023 :

- **14 groupes de travail pour le secteur sanitaire**
- **9 groupes pour le secteur médico-social**

Les **thématiques ont été choisies à partir des priorités identifiées par les établissements publics de santé et par les établissements médico-sociaux du territoire.**

Il est utile de rappeler que **le système de santé, tant national que normand, traverse actuellement une de ses périodes les plus critiques.**

En effet, nombreuses sont les difficultés qu'il doit surmonter :

- **Pénurie de ressources médicales et paramédicales**
- **Déficit d'attractivité** des métiers de la santé, en particulier dans le secteur public
- **Déséquilibres financiers majeurs** : les établissements sanitaires publics normands connaissent le plus fort taux d'endettement social et fiscal de France. Les déficits en 2022 de quasiment tous les ESMS publics les confrontent à la même problématique.
- Un **retard d'investissement** que malheureusement le « Ségur Investissement et les financements de la Région Normandie » ne sauront compenser, du fait des besoins supérieurs à ces financements, des délais de mise en œuvre nécessaires pour chaque opération et de l'inflation tant des coûts de la construction que des taux d'intérêt bancaires

Il en résulte une situation d'accès aux soins de qualité critique au niveau de la Normandie.

Le futur PRS souhaité par la FHF se doit donc d'être :

- **Priorisé** : si l'on veut des résultats, seules les grandes priorités doivent figurer au PRS
- **Coordonné** : tous les acteurs de la santé et du secteur médico-social sont concernés et doivent agir de concert
- **Financé** : sans moyens, humains, financiers (autofinancement compris quand c'est possible) ou organisationnels, toutes ces propositions resteront des vœux pieux
- **Rapidement mis en œuvre**

C'est dans cet esprit que nous formulons nos propositions.

⇒ Structurelles

➤ Restructuration de l'offre de soins

Le maillage actuel du territoire normand par les établissements de santé devient de plus en plus difficile :

- La **démographie médicale et la taille moyenne** des établissements sanitaires **ne permettent plus d'assurer sereinement les autorisations d'activités**
- Les **situations budgétaires deviennent intenable**s avec des niveaux d'investissement trop bas qui remettent en cause la qualité et la sécurité des soins
- La **surenchère de l'intérim** clive et divise les communautés médicales
- Les **relations avec le secteur privé sont hétérogènes et conduisent régulièrement à réorienter ce qui n'est pas rentable ou compliqué vers le secteur public** (notamment les activités avec permanence des soins (PDS)).
- Dans les territoires où l'offre libérale est fragile (généralistes, spécialistes), la **pression sur l'offre publique contribue à l'enrayement des circuits hospitaliers** déjà soumis au choc des maladies chroniques, du vieillissement et des situations sociales sans autres solutions que l'hôpital.

1. Problématiques régionales

Démographie médicale vieillissante à l'hôpital et en ville.

Beaucoup de **structures de taille moyenne dans des bassins de population de petite taille** avec un vieillissement de la population.

Un **secteur privé lucratif lui aussi en difficulté** et qui ferme ses activités sans concertation.

2. Bilan du PRS précédent sur la thématique

Peu de restructurations ont été menées lors du précédent PRS. Le maillage territorial est fondamentalement le même. La seule restructuration significative et connue est la fermeture de la maternité de Bernay, non pas en raison du précédent PRS, mais d'une non certification de la Haute Autorité de Santé.

Globalement, le précédent PRS n'a pas eu de conséquence sur la restructuration de l'offre de soins.

3. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique

Réflexion à avoir sur les seuils d'activités :

- Des **maternités**
- Des **sites d'urgences la nuit**
- Sur la **cancérologie**

Mise en place des Services d'Accès aux Soins (SAS) dans tous les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de Normandie et renforcer l'efficacité de leur activité là où ils sont déployés pour une réelle mise en relation entre l'offre et le besoin de soins non programmés.

Améliorer les synergies entre les SAMU et les Services d'Accueil des Urgences (SAU) et la qualité de l'orientation dans un contexte de tension.

Réflexion par Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) sur l'organisation commune des lignes de PDS publique et privée et soutien au rapprochement entre les établissements publics là où cela est pertinent, notamment pour les spécialités en tension.

La restructuration de l'offre doit être couplée avec la disponibilité des transports sanitaires.

Mise en place d'une télé-imagerie publique en promouvant les Plateaux d'Imagerie Médicale Mutualisés (PIMM) afin de sauver la radiologie publique

Regroupement des activités d'anatomopathologie autour de grandes plateformes qui permettront d'investir dans l'automatisation et la numérisation.

Regroupement des activités de laboratoire avec des plateformes de GHT voire même inter GHT.

Ne pas négliger l'offre d'**Hospitalisation A Domicile (HAD) publique** qui doit impérativement être dynamisée à la fois comme une **piste de renforcement du lien à la ville** (comme l'Hospitalisation De Jour (HDJ) et le renforcement de la structuration des parcours), comme **alternative à l'hospitalisation complète** et en **accompagnement des restructurations.**

4. Plans d'actions pour atteindre ces objectifs

- Mise en place d'un **diagnostic territorial de l'offre de soins (publique et privée) avec ses forces et ses faiblesses sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé (ARS)**. Présentation aux parties prenantes (dans le cadre des Conseils Territoriaux de Santé (CTS)) et **mise en place d'un plan d'actions de restructuration visant à simplifier l'accès à des filières plus lisibles**. Il faut avoir le courage et la responsabilité de s'interroger sur la pertinence du maintien de certaines activités (maternité, urgences en nuit profonde, autorisation de cancérologie n'atteignant pas les seuils). Les restructurations doivent aussi permettre de **mieux répartir les ressources de certaines spécialités médicales et ou chirurgicales en tension autour d'une organisation territoriale graduée des soins (sans doute au niveau hémi-régional).**

- **Ouvrir les SAS dans les SAMU normands non encore équipés d'ici le 1^{er} janvier 2024** afin d'améliorer les synergies et la qualité de l'orientation, systématiser la participation des urgentistes des SAU au SAMU départemental.

- **Ouvrir des discussions par territoire sur l'organisation et le financement de la PDS** avec comme objectif **une simplification et une contribution significative des opérateurs privés** qui doivent participer au tour de garde du public.

- **Ouverture par l'ARS, d'un Appel à Projet (AAP) sur la création de PIMM pour sauver l'imagerie publique** peu attractive sur les rémunérations et l'obligation de garde ou astreinte.

- **Soutenir les projets de regroupement de laboratoire et d'activités d'anatomopathologie en lançant aussi des appels à projets**

➤ Démographie médicale et régionale/sociologie médicale/mobilité médicale

Les questions de démographie, et donc d'attractivité médicale, prennent de plus en plus de place dans la gestion hospitalière, qu'elle soit économique, financière ou managériale.

L'évolution du numerus clausus, le changement des pratiques de soins, le développement des surspécialités, le souhait des médecins de travailler différemment, rend cette question incontournable.

Pour rester performant, pour assurer une offre de soins adaptée, il est essentiel de nous pencher sur ces questions. **L'ensemble des problématiques du futur PRS passe par un équipement médical suffisant.** Il faut assurer dans les années à venir **non seulement le renouvellement générationnel** des médecins, mais aussi **l'augmentation du nombre de médecins** car le taux de remplacement nécessaire aujourd'hui est largement supérieur à 1 pour 1.

1. Problématiques normandes

1- Celles qui dépendent d'une action nationale, mais dont les effets impactent notre territoire

Frein à l'attractivité lié à la permanence des soins (gardes et astreintes) : facteur de rejet de l'hôpital public dans de nombreuses spécialités

Ecarts salariaux importants au sein de l'hôpital, au sein d'un même établissement, entre les établissements de la FPH, et aussi avec l'exercice libéral

Pratiques professionnelles qui vont dans le sens de l'hyper spécialisation alors que les besoins des hôpitaux sont, aussi, et de manière majoritaire, **autour de postes de médecine polyvalente**

Qualité de vie au travail devient un facteur d'attractivité prépondérante

Temps de travail médical phagocyté par des missions non médicales

2- Celles spécifiques à la Normandie avec des leviers régionaux possibles à mobiliser

Un **tissu de médecins généralistes, acteurs de première ligne, en forte diminution**, en particulier dans certains territoires ruraux

Une **désaffection croissante pour les statuts Universitaires**, marquée en Normandie (se vérifie ailleurs en France)

Des **tensions principalement sur deux spécialités à l'hôpital : la médecine polyvalente et la gériatrie**

Une **insuffisance de développement et d'utilisation des HAD**

Une trop faible politique interne **d'intégration des nouveaux arrivants médicaux** ; une absence **d'accompagnement à la carrière et aux changements** de plus en plus fréquents souhaités

Un **recours aux médecins d'origine étrangère de plus en plus massif sans politique d'accueil, de formation et d'accompagnement**

2. Bilan du PRS précédent sur la thématique

POSITIF	NEGATIF
Une politique d'attractivité en développant les postes d'ASR	Absence de réflexion sur le recrutement des médecins étrangers
Soutien à l'installation des MG (zones sous denses, primes diverses, « 4000 MG »...)	Des autorisations d'HAD trop restreintes
	Délégations de tâches trop peu promues, trop complexes et donc peu utilisées

3. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique

- **Trouver des modèles originaux pour renforcer l'attractivité médicale sur le territoire** (en particulier des postes partagés ville-hôpital ou inter-établissements)
- **Redensifier impérativement et prioritairement : les MG en ville, les médecins polyvalents et les gériatres à l'hôpital**
- **Augmenter les financements dédiés à la Permanence des Soins (gardes et astreintes),** prendre en compte la pénibilité de celle-ci en terme de retraite. **Développer une réflexion territoriale sur la PdS en promouvant les temps partagés, la téléconsultation**
- Revaloriser les postes de Chefs de Clinique Assistants (CCA)
- **Repenser la carte des autorisations d'HAD**

4. Plans d'actions pour atteindre ces objectifs

- Permanence des soins : **Revoir la répartition de la PdS sur les territoires** (partage public/privé) et **les montants alloués (revaloriser gardes ET astreintes) ; tenir compte de la pénibilité de certains secteurs et de certaines zones excentrées, développer les équipes territoriales :**
 - **GHT tests pour une participation des libéraux à la PdS sous forme d'une « grande garde » autour du plateau technique de l'établissement support**
 - **Astreintes : rémunération proportionnée à la pénibilité** avec divers niveaux d'astreinte (exemples du CHU de Rouen et du GHH)

Une réflexion différente entre :

- La PdS intra établissement de santé : gradation des niveaux de PdS et donc de rémunération
 - La PdS inter établissements : logique territoriale, des temps partagés, utilisation et valorisation de la téléconsultation, attractivité financière (utiliser par exemple le modèle de l'Activité d'Intérêt Général - AIG)
- **Formaliser un plan d'accueil :**
 - **Des internes :** politique de logement (internats) adaptée et valorisée
 - **Des jeunes praticiens (français ou étrangers) dans nos établissements :** procédure d'accueil, offre de services (logement, crèche, adresses, bureau unique d'information...), projet pédagogique partagé, « sac à dos » garanti à l'arrivée, frais de transport payés (temps partagés), accès parking, annuaire des principales coordonnées, ...

- **Pour les médecins étrangers :**
 - Coordonner de façon nationale les procédures administratives de plus en plus complexes et rigides afin de les homogénéiser en copiant les plus efficaces
 - Fluidifier les parcours d'équivalence : réponses rapides et effectives à tous les niveaux (organisation des EVC, procédure d'autorisation du CNG, ...)

- **Pour les médecins de Médecine Générale :**
 - **Faciliter l'accès aux plateaux techniques des Etablissements de Santé, les stages d'internes partagés ville-hôpital** (existent mais trop rares) et l'exercice partagé ville-hôpital des praticiens
 - **Promouvoir l'universitarisation des territoires en matière de médecine générale**, au sein des CPTS en particulier, comme facteur d'attractivité majeur
 - **Développer les services de soins non programmés avec activité salariée des MG retraités** (poursuite de suivis de patients sans contrainte administrative). Promouvoir et développer des actions type « médico-bus » en particulier dans les territoires ruraux

- **Plan régional de développement des aides à la pratique médicale hospitalière**

- **Soutenir et renforcer la place de l'université et des coordonnateurs de filières sur l'irrigation des territoires et l'analyse prospective des besoins**

➤ Prévention et Responsabilité populationnelle au service des maladies chroniques

Notre système de santé se concentre sur la prise en charge des pathologies dans leur phase aiguë. Ce type de prise en charge est simple et bien valorisé, ce qui explique que le secteur lucratif se concentre sur les segments qui répondent le mieux à cette définition. Or, **l'allongement de la vie et les conditions de vie** (comportements à risques) **conduisent à l'explosion des maladies chroniques induisant des prises en charge longues et souvent une perte d'autonomie.**

Le monde hospitalier peine à répondre à cette évolution majeure malgré l'affichage du développement de la prévention.

Privé de modèle de développement, de financement, dans le contexte de cloisonnement des disciplines, des établissements, entre ville et hôpital, la prévention des maladies chroniques est le sujet d'institutions séparées du monde sanitaire qui demeure fondamentalement étranger à cette culture de la prévention.

1. Problématiques de santé régionales

- Une surmortalité liée aux cardiopathies ischémiques, à la consommation excessive de tabac et d'alcool et aux suicides, notamment concernant les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardio-neurovasculaires avec des disparités territoriales marquées.
- Des inégalités d'espérance de vie et pertes résiduelles d'espérance de vie.
- La souffrance psychique traitée, à travers la consommation d'anxiolytiques est en corrélation avec les tentatives de suicide plus importantes sur certains territoires de santé.
- Des décès prématurés liés à la consommation excessive d'alcool plus importants en Normandie. Une mortalité liée au tabac plus importante en Normandie orientale.
- Une obésité plus marquée en Ex-Haute –Normandie

2. Bilan du PRS précédent sur la thématique :

En lien avec l'objectif : Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés.

- ✓ *Bilan Santé Sud Manche : initiative locale de concertation des usagers et des acteurs du territoire pour se recentrer sur les besoins de la population du territoire, et qui a contribué notamment au diagnostic initial pour la rédaction du Contrat Local de Santé (CLS).*

En lien avec l'objectif : Impulser une approche et une démarche globale de santé des acteurs publics et définir des objectifs communs et partagés entre les acteurs publics tout en assurant la complémentarité des actions

- ✓ *HDJ et éducation thérapeutique : La mise en place d'HDJ pluridisciplinaires, d'ETP individuelles ou collectives depuis 2 ans au sein des différents programmes ETP de Diabétologie/Cardiologie et Asthme enfant du C.H de Falaise a permis de répondre à différentes problématiques*
- ✓ *Parcours BPCO : Mise en place d'un parcours BPCO sud manche (expérience depuis 3 ans), basé sur le guide HAS de prise en charge de la BPCO. Formations, outil de communication, outils opérationnels. Indicateurs désormais disponibles. Collaboration GHT-CPTS sud manche. Soutien CPAM.*
- ✓ *Parcours gériatrique : PEG plateforme d'expertise gériatrique. Permet de travailler le lien ville-hôpital, agit dans le cadre du dispositif de gestion des parcours (cellule de gestion des parcours du GHT Mont Saint Michel).*
- ✓ *ASSUM : Création de l'association « Ambition santé Sud Manche » pour approche collective des problématiques, favoriser, soutenir, et développer des synergies ; ASSUM s'est donné 4 objectifs : agir*

sur la prévention, la mobilité en santé, la communication et la création d'espaces santé en ville (projet aidé par le Ségur de la santé).

- ✓ **Mise en place des CLS** des EPCI Avranches et Granville (la CPTS du sud Manche est membre du COPIL CLS).

SUR D'AUTRES THEMATIQUES :

- ✓ **En termes d'innovation** : soutien ARS pendant la pandémie pour maintenir l'accès aux plateformes en ligne sécurisées notamment dans le cadre de la prise en charge du diabète gestationnel
- ✓ **Certificat de patient expert**
- ✓ **Plateforme de répit pour les aidants**

3. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique

Focus sur les leviers importants pour une action globale et coordonnée en matière de prise en charge des maladies chroniques. Il faut à la fois avoir des cibles précises qui répondent aux besoins réels de la population normande, dans ses composantes locales, et à la fois optimiser l'action en se dotant d'une vision territoriale, alignée sur les priorités régionales ou nationales et coordonnée localement avec l'ensemble des acteurs, avec des méthodes adaptées.

Nous proposons donc les objectifs prioritaires suivants :

- « *Penser globalement, agir localement* » : sur la base du PRS, il est indispensable de **décloisonner et de fédérer tous les acteurs pour une *gouvernance partagée au niveau d'un bassin de vie.***
- *La promotion et le soutien à la mise en place d'une démarche « **Responsabilité populationnelle** », reconnue par la loi et expérimentée par la FHF nationale, par la communication, la formation des acteurs, l'accompagnement, le partage d'expérience.*
- *Il est prioritaire de mettre à la disposition des acteurs de la **DATA structurée et adaptée** à la maille du bassin de vie (et non pas seulement régionale ou départementale).*

Sur cette base :

- **Porter et déployer des parcours territoriaux de santé** en soutenant les acteurs motivés, en partageant les méthodes, outils et retours d'expérience entre les acteurs, entre les territoires de Normandie.
- Pour chaque parcours et pour chaque étape des parcours de santé (information, sensibilisation, éducation, prévention, dépistage, suivi, hospitalisation, retour à domicile...) : **mutualiser** les réflexions, les actions, les outils, les méthodes, les ressources, collaborer, apprendre les uns des autres.
- Mettre en œuvre des **modalités de financement adaptées** à la logique des parcours de santé, en valorisant la prévention.
- **Faire un effort conséquent pour porter la promotion de la santé et la prévention primaire**, ces étapes d'un parcours étant déterminantes pour les suivantes.
- Au niveau des GHT : **valoriser les nouveaux formats d'hospitalisation** (ambulatoire, HDJ, HAD, ...), travailler l'adressage, faciliter le lien ville-hôpital en explicitant l'offre et en proposant des outils adaptés (télé-expertise, messageries sécurisées, DMP ...)
- Dans toutes ces démarches : **se mettre à la place du patient**, l'accompagner dans sa prise en charge, mieux prendre en compte sa parole, l'associer aux réflexions et aux travaux, accompagner les proches aidants, développer les compétences psychosociales et la pair-aidance, encourager le « aller vers » dans toutes les actions de santé et faciliter la mobilité en santé.

4. Plans d'actions pour atteindre ces objectifs :

- ❖ Poursuivre et **développer les démarches de production de données de santé sur les territoires de proximité pertinents au cas par cas** (bassin de vie, GHT...)
- ❖ **Soutenir les démarches de gouvernance territoriales** (bassin de vie, GHT...)
- ❖ **Soutenir les expérimentations en cours** en lien avec les équipes support de la fédération hospitalière de France **et permettre aux acteurs volontaires d'amorcer de nouvelles expérimentations.**
- ❖ Soutenir les démarches d'**évaluation de ces différents processus.**
- ❖ Structurer et soutenir les démarches de **partage d'expérience.**

➤ Hôpitaux de proximité

Rappel du rôle structurant des hôpitaux de proximité dans l'offre de soins d'une Région :

Les hôpitaux de proximité portent une offre étendue de services de soins/santé sur leur bassin de vie au service de la population, favorisant la qualité des parcours

- Entrées directes : par réseau Médecin Traitant et/ou après régulation SAMU ; elles constituent un marqueur du bon travail avec la médecine de ville qui fait le travail d'orientation
- Consultations avancées de spécialités
- Actions de prévention et de promotion de la santé
- Consultations non programmées (voire centre de santé - éventuellement mobile - quand absence locale de médecin traitant)
- SSIAD
- Pharmacie à usage intérieur portant une offre de rétrocession en proximité
- Visites à domicile pour organiser le retour du patient chez lui
- ...

Pour l'exercice de leurs missions, ils ont accès à un **plateau technique minimum** (imagerie et laboratoire d'analyse biomédicale) en propre ou par convention.

Ils ont également su apporter leur **soutien pour les besoins gériatriques lors des tensions hospitalières** des derniers mois.

- ⇒ Les Hôpitaux de proximité sont des **lieux d'amélioration des parcours, de structuration des prises en charge**. Ils permettent d'éviter les ruptures de parcours.
- ⇒ Les hôpitaux de proximité sont des **vecteurs d'ancrage territorial de la santé**.

Les hôpitaux de proximité présentent de nombreux atouts :

- Ancrage dans leur GHT
- Habitude de travail avec la ville ; à ce titre, la présence d'une CPTS est un catalyseur
- Participation ou portage d'un réseau de santé
- Solidité organisationnelle et d'équipements par la sécurité financière que leur apporte leur statut protecteur (qui comprend une garantie de financement)
- ...

La présence d'un hôpital de proximité est par ailleurs perçue comme un **facteur d'attractivité pour l'installation de jeunes professionnels de santé** car elle témoigne d'une dynamique locale, donne accès à une possibilité d'hospitalisation directe, ...

L'hôpital de proximité peut être le relai d'institutions de promotion de la santé auprès de certains publics, voire porter ses propres actions (service sanitaire, éducation thérapeutique, ...)

La réglementation prévoit la formalisation conventionnelle des collaborations entre l'hôpital de proximité et CPTS ainsi qu'entre l'hôpital de proximité et son GHT de référence.

1. Problématiques régionales et normandes

Les Hôpitaux de proximité ne doivent pas être considérés comme une réminiscence des anciens hôpitaux locaux.

Ils constituent un maillon essentiel de l'offre de soins primaires et de réponse aux besoins de soins non-programmés en lien avec la ville.

Leurs missions les engagent ainsi à collaborer avec les CPTS ce qui implique un **maillage territorial par des CPTS et des établissements labellisés, cohérent et suffisant, ainsi que des partenariats trouvant pleinement leur opérationnalité.**

Dans des contextes locaux où l'offre de soins est globalement fragilisée notamment par les tensions sur la démographie médicale (et parfois même pharmaceutique), les établissements de santé de proximité peuvent permettre de stabiliser ou conforter une réponse médico- soignante coordonnée.

Les établissements de santé de proximité peuvent apporter leur support pour des équipes à vocation territoriale.

Attention, **pour le recours à la télémédecine, l'existence de plateformes différentes entre établissements et opérateurs libéraux peut être un frein à certaines collaborations.**

2. Bilan du PRS précédent sur la thématique

La place de l'hôpital de proximité n'était pas une thématique du précédent PRS, pas plus qu'il n'est à ce jour prévu d'en faire une thématique spécifique du prochain PRS.

On peut noter toutefois que sur la base de la Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, instaurant notamment la notion d'établissements de santé de proximité, **15 établissements publics normands ont été labellisés à partir du 1er janvier 2022 en Normandie.**

La présente réflexion sur l'hôpital de proximité sous-tend la **question transversale de l'accès aux soins primaires qui a vocation à irradier plusieurs des thématiques inscrites au PRS via les notions de gradation des soins, d'accès aux plateaux techniques, de promotion de la santé...**

3. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique

• Développer des politiques de coopérations basées sur les parcours et les ressources :

- Développer une politique de **postes partagés, y compris internes entre CH et Ville-Hôpital**
- Développer les **délégations de tâches, les protocoles de coopérations** : place des IPA, ...
- Favoriser les **interventions d'équipes territoriales** (Exemple IPA)
- Développer la **télémédecine** (télé urgences, télé expertise, téléconsultations, ...)

• Faciliter l'agilité et les initiatives innovantes

• S'appuyer sur les hôpitaux de proximité pour structurer l'offre hospitalière :

- **Créer des équipes de MG salariés (nécessité de traiter la question statutaire) qui serait en charge des soins non programmés**, au sein de maisons de santé ou de maisons de garde au sein des HP ou héberger des consultations libérales non programmées
- Outil favorisant les recombinaisons : **statut protecteur financièrement et qui confère une vocation/dimension sanitaire structurante et lisible**
- **Inscrire les hôpitaux de proximité au sein de leur GHT : spécifier leur rôle dans le projet médico-soignant partagé du GHT**, en particulier en termes de gradation de l'offre, de définition des parcours, de qualité des prises en charge ou des accompagnements, ...

- Favoriser l'implantation de CPTS et favoriser les projets conjoints au regard de la complémentarité des missions
- Dans le cadre de la Réforme des services autonomie, qui est structurante pour le maillage de l'offre et qui emporte de forts enjeux de formation des auxiliaires, **s'appuyer sur l'hôpital de proximité**

4. Plans d'actions pour atteindre ces objectifs

- **Développer le maillage** en établissement de santé de proximité, intégrant l'accès aux plateaux techniques
- **Développer de nouveaux modes d'exercices sur les territoires de proximité : IPA, protocole de coopération, équipes mobiles, pharmacie ville et PUI, astreintes territorialisée ...**
- Favoriser le **développement de la télémédecine** :
 - Uniformiser les outils ou développer l'interopérabilité entre les outils de télémédecine.
 - Faire des hôpitaux de proximité des lieux identifiés sur le territoire pour l'accès à la télé-expertise
- **Favoriser les modalités d'exercice partagé (ville-hôpital, ou entre CH) dès la formation des professionnels**
- **Structurer une gouvernance locale** des projets territoriaux de proximité (CPTS, HP, CLS, ...)

➤ Nouveaux Métiers du Soins (IPA, ...)

Dans un contexte marqué par une raréfaction des ressources médicales tant en ville qu'à l'hôpital, alors même que les besoins de santé sont en croissance exponentielle en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, le développement de nouvelles compétences paramédicales peut constituer une réponse aux besoins en santé publique en même temps qu'une manière d'attirer et de fidéliser des personnels non médicaux.

Il convient de rappeler **qu'au niveau national environ 11% de la population se trouve sans médecin traitant et qu'il faut 2,2 ETP de médecins généralistes pour remplacer un médecin partant à la retraite.** La fin du numerus clausus ne règle pas la question des capacités de formation des facultés de médecine. **Cette situation** alarmante en ville, **est également très préoccupante à l'hôpital avec des disciplines sinistrées dans lesquelles les sorties en spécialité ne comblent pas les départs.** Même les CHU ne sont pas épargnés. Les centres hospitaliers généraux, les hôpitaux de proximité et les EHPAD sont très dépendants des médecins remplaçants.

Conscients de cette situation préoccupante, **les pouvoirs publics ont décidé de confier des compétences élargies aux professions paramédicales au premier rang desquelles les infirmiers.**

Le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 a créé le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, en application de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le conseil international des infirmiers (CII) indique que « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession ».

Concrètement, le décret précise que **la pratique avancée recouvre :**

- **Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage**
- **Des actes d'évaluation et de conclusion clinique,**
- **Des actes techniques**
- **Et des actes de surveillance clinique et paraclinique**
- **Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.**

C'est un nouveau diplôme d'Etat reconnu au grade de master qui est délivré à l'issue d'une formation universitaire de deux ans. Les premiers étudiants ont été diplômés en 2019.

Les mentions proposées sont limitées à 5 à ce jour :

- Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et polypathologies courantes en soins primaires
- Oncologie et hémato-oncologie
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale
- Psychiatrie et santé mentale
- Urgences

Le bilan réalisé par l'IGAS souligne les **freins au développement du dispositif** :

- **L'autonomie de l'IPA :**
 - Actuellement les patients sont dans l'impossibilité de consulter directement les IPA ; ils sont confiés par le médecin, avec un protocole d'organisation
 - Actuellement l'IPA ne peut que renouveler des traitements déjà initiés par le médecin
- **Un modèle économique inadapté et sous dimensionné**
- **L'accès restreint à la formation universitaire**
- **L'insuffisance de l'accompagnement de l'implantation / installation**
- Des problèmes d'identification des professionnels dans les différents systèmes d'information (CNAM, Pharmacies)
- **Des domaines d'intervention limités aux 5 mentions citées**, qui doivent être étendus à d'autres disciplines : la gériatrie, la douleur, la pédiatrie...

On peut noter que **la totalité des établissements de santé de Normandie se sont lancés dans le dispositif avec soit des IPA en poste soit en formation, signe de l'intérêt porté.**

27 IPA diplômées en Normandie. 38 IPA en formation à la rentrée de septembre 2022.

Le positionnement à titre expérimental d'une IPA aux urgences du CH de Flers en qualité d'IAO gériatrique est aujourd'hui plébiscité par les urgentistes.

S'agissant des **propositions** :

- La première consisterait à demander la **levée des restrictions réglementaires**,
- La deuxième **l'extension des domaines de couverture y compris en ville** (renouvellement d'ordonnances etc.) ... Le sujet pourrait se poser également pour l'imagerie avec les **manipulateurs radio dont les compétences pourraient s'étendre.**
- Enfin, sans vouloir donner l'impression de généraliser les modes dégradés, il conviendrait de **réfléchir sur la mise en place d'EPMU (équipe paramédicale d'urgence) sur chacun des GHT afin de faire face à la mise en indisponibilité des SMURs.**

➤ Qualité et sécurité des soins

La gouvernance des établissements de santé joue un rôle clé en veillant à ce que la qualité et la sécurité des soins soient intégrées dans toutes les décisions et politiques de l'établissement. Les professionnels de santé sont également responsables de la mise en œuvre de ces politiques et de l'application de pratiques exemplaires.

1. Choix des axes prioritaires

Il a été décidé de ne retenir qu'un nombre limité de choix stratégiques, orientés par :

- Les résultats de la première évaluation de la certification par l'HAS « V 2014 » dans la région Normandie,
- Les résultats de l'analyse nationale des événements indésirables graves associés aux soins,
- Les axes de travail conjoints de la CNAM et de l'HAS sur la pertinence des parcours de soins.

4 axes sont proposés :

- La **sécurité du circuit du médicament et la pertinence des prescriptions médicamenteuses**
- Le **soutien à l'engagement des patients** (recueil et prise en compte de leur expérience, partenariats) et le respect de leurs droits
- La **coordination des parcours de soins**
- Le **déploiement de la culture de qualité et de sécurité au sein des établissements de santé**, notamment par l'incitation à la mise en œuvre des programmes volontaires de travail en équipe ou d'accréditation des équipes.

2. Objectifs et plan d'actions des axes prioritaires

A. *La coordination des parcours de soins*

➤ **Les objectifs poursuivis**

- Rendre lisible l'offre de parcours en Normandie
- Favoriser la communication entre les professionnels de la région
- Favoriser les partages d'expériences

➤ **Les plans d'actions**

- **Développer un répertoire des parcours proposés en Normandie** pour mettre à disposition des professionnels la liste des filières et les outils correspondants dont les référentiels régionaux.
- **Créer une plateforme unique « Parcours Normandie » pour les professionnels** sur le modèle de Via Trajectoire.
- **Harmoniser les systèmes d'information entre les établissements de santé et les établissements médicosociaux**, avec leur correspondants médicaux et paramédicaux.
Intégrer l'accompagnement des parcours dans les **missions de la Structure Régionale d'Appui de l'ARS**.
Proposer des **rencontres régionales des partenaires impliqués dans les parcours** du PAPRAPS 2022- 2026.
- **Généraliser l'usage du DMP** par tous les professionnels de santé.
- **Développer les usages de la télémédecine** pour faciliter l'intégration des patients dans leur parcours de soins

B. *L'accréditation pluri professionnelle – la culture sécurité*

➤ **Les objectifs poursuivis**

- Garantir la sécurité des soins
- Assurer la compétence collective des équipes
- Promouvoir la qualité de vie au travail
- **Associer les représentants des usagers et les patients** aux démarches d'amélioration de la culture qualité et sécurité des soins.

➤ **Les plans d'actions**

- Définir une **politique active et volontariste de formation continue à la qualité et à la sécurité des soins** pour tous les professionnels médicaux et paramédicaux.
- Généraliser la promotion de l'accréditation en équipe et en accompagner les actions dans tous les établissements de santé des GHT.
- **Contractualiser entre les pôles/services et la direction des ES sur des actions de qualité** et de gestion des risques, notamment sur leur engagement dans le travail en équipe.
- Développer la **formation des équipes pluri professionnelles par la simulation**.
- Promouvoir l'attestation **d'accréditation en équipe fournie par l'HAS** pour valoriser les professionnels et informer les patients.

C. Droit et engagement des patients

➤ **Les objectifs poursuivis :**

- Garantir la démocratie sanitaire dans les établissements de santé
- Favoriser l'engagement des patients dans les établissements de santé

➤ **Les plans d'actions**

- Développer les partenariats patients au niveau du soin (éducation thérapeutique, traceurs...) et dans la gouvernance (instances, CDU...).
- Généraliser le recueil de l'expérience patient et son exploitation
- Promouvoir le recueil des indicateurs nationaux et internes liés à la prise en charge des patients

D. Management et pertinence des prescriptions médicamenteuses

➤ **Les objectifs poursuivis :**

- Promouvoir la pertinence et la justification des traitements
- Harmoniser les pratiques entre la ville et l'hôpital
- Promouvoir la sécurité du circuit du médicament
- Assurer la prise en compte des priorités régionales définies de l'OMEDIT
-

➤ **Les plans d'actions**

- Promouvoir la pharmacie clinique au travers des revues de prescription et de conciliation médicamenteuse
- Encourager le signalement et les revues régulières d'erreur médicamenteuse à toutes les étapes du circuit du médicament
- Formaliser la concertation entre les médecins et pharmaciens de ville et des établissements de santé

➤ Transition écologique (TE)

La situation environnementale de la Normandie est décrite dans le **Plan Régional Santé Environnement 2017-2022**. Les conséquences accélérées du réchauffement climatique et de notre modèle productif y sont soulignées, en particulier sur les ressources hydriques, l'érosion des côtes, la qualité de l'air, la pollution des sols et de l'eau, le développement de certaines pathologies, les épidémies.

Les conséquences sur la santé des normands sont significatives avec des taux de maladies évitables et de cancers supérieurs à la moyenne nationale. L'espérance de vie est inférieure d'un point à la moyenne française.

Le système de santé est donc interpellé :

- **En tant qu'acteur de santé** pour :
 - Informer sur les conséquences sur la santé de la pollution et du réchauffement climatique
 - Accompagner les habitants en matière de prévention
 - Prodiguer des soins écoresponsables
- **En tant qu'acteur économique** (souvent premier employeur) :
 - Acheteur et prescripteur de produits à forte émission de carbone
 - Générateur de flux de déplacements
 - Employeur important, il doit agir pour la qualité de vie au travail et l'impact sociétal

La FHF Normandie fait des propositions pour que les établissements de santé et médico-sociaux publics puissent, accompagnés par l'Etat et les collectivités territoriales, améliorer la situation normande.

I. Une politique régionale de TE volontariste et structurée :

L'Etat (ARS, Préfecture) et les collectivités territoriales (Région, département et EPCI) doivent définir un plan à 5, 10 et 15 ans de réduction des gaz à effet de serre et dégager les moyens nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Les moyens dégagés pourront prendre plusieurs formes :

- **Aide au financement de l'ingénierie de transition écologique**
- **Aide à l'investissement écologique**
- **Formation, en mobilisant les réseaux nationaux** : ANAP, ADEME, Banque des territoires, Comité transition écologique de la FHF (webinaires, prix, colloques, salons, ...), MOOC, ANFH...

Un montant de FIR (Fonds d'Investissement Régional) d'au moins 10M € par an sera consacré aux investissements en faveur de la Transition Ecologique.

Le réseau des Conseillers Techniques Energies et Environnement en Santé (CTEES) doit se déployer et s'enrichir au bon niveau.

Les établissements sanitaires et médico-sociaux inscriront dans leurs projets d'établissement et médicaux, leurs priorités et plan d'action en matière de TE, en conformité avec les orientations régionales et en les adaptant à leurs territoires.

Un référent transition écologique sera nommé dans chaque établissement. La FHF Normandie se chargera de constituer le ou les réseaux pour le partage de connaissances et d'expériences, et favoriser des actions partagées.

La formation initiale des professionnels du secteur de la santé, avec des formations spécifiques tenant compte des priorités régionales en matière de Transition Ecologique, sera renforcée.

II. Des priorités d'action déclinées selon 5 axes :

A. Des soins écoresponsables

La pertinence des soins

Il est estimé qu'environ 20% des dépenses totales de santé seraient gaspillées.

Un soin pertinent doit désormais être défini comme un soin :

- Répondant aux Règles de Bonnes Pratiques
- Ecoresponsable (Intègre le risque environnemental/énergie-climat : écoconception des produits ou des services)
- Juste.

Il convient dès lors d'éviter certains écueils :

- **La surutilisation** : des soins inutiles car réalisés en doublons ou inadéquats (mésusage)
- **La sous-utilisation** : soins, pourtant bénéfiques pour le patient, mais non prodigués
- **Le gaspillage opérationnel** : soins appropriés mais pouvant être dispensés à moindre coût (financier et/ou carbone).

L'Ecoconception consiste à **maîtriser l'empreinte écologique et énergétique dans toutes les étapes du cycle de vie d'un produit ou d'un service** : la conception, la fabrication, la distribution, l'utilisation et la valorisation en fin de vie. Elle se réfléchit en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle, à la fois soignante mais également achat et logistique.

L'alimentation comme soin

Selon les estimations, **l'alimentation est responsable d'environ 6 % des EGES des établissements de santé** (c'est plus que les EGES liés aux déplacements professionnels).

L'alimentation est un soin à part entière, préventif ou curatif. Cet aspect est structuré dans les établissements de santé avec l'aide des **Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) qui devront prendre part au travail de décarbonation de l'alimentation hospitalière.**

L'enjeu est de :

- **Moins polluer :**
- **Moins polluer et mieux manger :**
- **Mieux manger et moins gaspiller :**

B. Des achats écoresponsables

- Intégrant des dispositions de protection ou de mise en valeur de l'environnement, du progrès social, et favorisant le développement économique ;
- Prenant en compte l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes de l'acte d'achat ;
- Permettant de réaliser des économies au plus près du besoin et incitant à la sobriété (énergie et ressources) ;
- Et qui prennent en compte toutes les étapes du marché et de la vie du produit ou de la prestation.

① Réduction de l'empreinte carbone et de l'empreinte environnementale

Dans le bilan carbone, **les émissions externes issues des éléments entrants à l'hôpital (matériels, consommables, médicaments, prestations de services) représentent environ 70% du bilan des émissions de GES d'un hôpital.** Les achats jouent donc un rôle déterminant dans la réduction de l'empreinte carbone.

- ② **Performance sociale et loyauté des pratiques**
- ③ **Labéliser la démarche Achats Responsables**
- ④ **Faciliter l'accès des PME et des entreprises locales**
- ⑤ **Sensibiliser et former les acteurs**
- ⑥ **Renforcer l'évaluation de l'impact de la politique Achats Responsables**

La mise en œuvre d'une démarche Achats responsables est source de bénéfices multiples :

- **Maîtrise des coûts** (grâce à l'analyse renforcée sur le cycle de vie du produit),
- **Maîtrise des risques sociaux, environnementaux et économiques,**
- **Amélioration de l'image** auprès des partenaires et des fournisseurs,
- **Vecteur d'innovation et de création de valeur** (synergies avec les fournisseurs et prestataires et le tissu économique local).

C. Des mobilités « vertes »

En 2019, l'usage des voitures particulières a émis 69,5 millions de tonnes de CO2, soit 16 % des émissions nationales. Les établissements normands doivent tendre vers une mobilité durable encourageant l'usage des transports en communs, du vélo, des véhicules partagés ou de la marche pour se rendre sur le lieu de travail. **Des actions sont déjà menées dans de nombreux établissements tel que le forfait mobilités durables (remboursement annuel forfaitaire des déplacements domicile-travail effectués à vélo ou en covoiturage en tant que conducteur ou passager).**

De nombreuses autres actions peuvent être engagées :

Limiter les déplacements à la source : Ex. Continuer à appliquer le télétravail lorsque cela est possible

Promouvoir les modes de déplacement actifs : Ex. Renforcer le maillage des pistes cyclables en relation avec les acteurs du territoire

Inciter à l'utilisation des transports en commun : Ex. Poursuivre les partenariats avec les acteurs du territoire en vue d'améliorer la desserte des établissements et d'adapter les horaires de passage des transports

Encourager l'usage de la voiture autrement : Ex. Créer des plateformes en ligne de mise en relation pour faciliter la pratique du covoiturage.

D. Une sobriété énergétique

La sobriété énergétique implique une **utilisation efficace et rationnelle de l'énergie pour répondre aux besoins de la société tout en minimisant les impacts négatifs sur l'environnement.** Cela implique de concevoir des systèmes énergétiques durables, d'adopter des pratiques énergétiques efficaces, de sensibiliser les usagers à la nécessité d'utiliser l'énergie de manière responsable, et d'adopter des politiques énergétiques durables.

Les problématiques liées à la sobriété énergétique sont entre autres :

1. **La dépendance aux sources d'énergie non renouvelables** telles que : Pétrole, Gaz, Charbon
2. **L'inefficacité énergétique dans les bâtiments, les transports, les équipements et les industries** (qui fournissent nos besoins en équipements, médicaments, consommables, etc...).
3. **Les émissions de gaz à effet de serre associées à la production et à l'utilisation d'énergie** sont un des facteurs les plus importants du changement climatique. La transition vers une économie plus sobre en énergie est donc cruciale.

Les leviers d'action à utiliser :

1. **Favoriser le développement des énergies renouvelables**
2. **Améliorer l'efficacité énergétique dans les bâtiments, les transports et les productions hospitalières.**
3. **Organiser et promouvoir la sobriété**
4. **Favoriser la rénovation**
5. **Sensibiliser et éduquer les personnels et les usagers**

E. Une gestion des déchets optimisée

Les émissions de gaz à effet de serre des déchets sont estimées à 0,3 Millions de Tonnes équivalent CO₂, soit moins de 2%, de l'ensemble des émissions du secteur de la santé. La diminution des déchets comporte toutefois de nombreux bénéfices sur le plan environnemental.

Les trois principaux leviers d'actions sont les suivants :

1. **Réduction des déchets à la source.**
 - Le meilleur déchet est **celui qu'on ne produit pas**
 - Recyclage = solution avec un **impact écologique** notable
2. **Application de la réglementation en vigueur concernant le flux des déchets, avec un focus sur la filière DASRI et sur la filière biodéchets.**
 1. Obligation de **tri et de collecte séparée de 6 flux de déchets** : verre, plastiques, cartons/papiers, bois, métal, biodéchets.
 2. Filière biodéchets, obligatoire mais non encore en place dans de nombreux établissements.
 3. Filière DASRI : surcoût environnemental et financier
3. **Intégration de nouvelles filières pour améliorer le tri à la source.**

D'autres filières sont à développer, notamment les filières de recyclage des dispositifs à usage unique, la collecte de médicaments, le polystyrène, les masques usagés, le verre médicamenteux, la collecte des tissus (qui sera obligatoire en 2025) ...

Il s'agit de favoriser en premier lieu le réemploi, la valorisation matière, puis la valorisation organique et enfin énergétique.

⇒ Par secteurs d'activité

➤ Psychiatrie et santé mentale

1- Pénuries médicale et paramédicale inquiétantes

En psychiatrie, la pénurie médicale est prégnante sur l'ensemble de la région posant des difficultés tant structurelles que fonctionnelles. Elle est un trait commun à tous les établissements publics de la région même si elle est souvent encore plus déstructurante sur les établissements périphériques.

De plus, il faut signaler la situation extrêmement difficile de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à ce sujet, et ce à l'échelle de toute la région.

Ces dernières années, la crise globale de l'hôpital apporte un élément aggravant avec une forte pénurie paramédicale, notamment en IDE.

L'importance quantitative de ce cumul de pénurie médicale et soignante entraine certains établissements vers des situations fortement dégradées.

La FHF Normandie souhaite souligner à quel point le fonctionnement d'hôpitaux en mono-spécialité est très altéré par ces pénuries.

2- La psychiatrie à la croisée d'importantes réformes

La réforme du financement en cours, la réforme des autorisations à venir et la réforme de l'isolement-contention mise en place modifient et vont modifier de nombreux éléments de contexte tout au long du PRS 2023-2028.

Aujourd'hui, il est encore difficile de mesurer les effets réels de la réforme du financement en Normandie. Il est clair, par contre, que les années proches seront lissées avec des conséquences plus visibles à compter de 2026.

Concernant la réforme des autorisations, il sera particulièrement intéressant de caler l'installation d'unités dites mixtes protocolées afin de pouvoir avoir une approche souple et fluide des parcours grands adolescents et jeunes adultes.

La FHF Normandie sera attentive concernant la mise en application de la nouvelle autorisation spécifique concernant les soins sans consentement.

Enfin, si l'objectif majeur consistant en une réduction des mesures et durées concernant l'isolement-contention est accepté par tous, l'effet pervers déclencheur de quelques départs au sein de la communauté médicale ne doit pas être totalement négligé.

3- Quelques enjeux et objectifs opérationnels

L'approche prévisionnelle pluriannuelle du PRS doit, aussi, se préoccuper du maintien de ce qui fonctionne actuellement, de la finalisation de ce qui a été entamé lors du dernier PRS et de la projection de nouveaux objectifs à venir en fonction des potentialités futures.

Pour la FHF, il est important de souligner qu'actuellement, les équipes hospitalières médicales et soignantes sont fatiguées, voire pour certaines épuisées.

Dans ces conditions, la projection en terme de projet doit tenir compte de ce contexte fragilisé, notamment par l'activité croissante en post Covid.

→ Finalisation d'objectifs annoncés du PRS 2018-2023

○ **Equipes mobiles**

Développée sur l'ensemble des territoires, l'opérationnalité des équipes mobiles sur différents domaines doit s'affirmer : Personnes âgées, Personnes handicapées, Enfants et adolescents, Périnatalité, Précarité.

Concernant l'articulation du sanitaire et du médico-social, ces équipes mobiles jouent un rôle primordial au sein du territoire de santé mentale.

○ **Réhabilitation psychosociale territorialisée**

Une offre territoriale de réhabilitation psychosociale doit permettre une évaluation pluri professionnelle et des soins spécifiques de réhabilitation sur les structures extra-hospitalières notamment les hôpitaux de jour.

Il est primordial de pouvoir développer cette offre sur l'ensemble du territoire de santé mentale.

○ **Maison des Adolescents : MDA**

Finaliser les objectifs du PRS précédent par une meilleure territorialisation avec l'installation d'antennes et une évolution du modèle de gouvernance.

→ Quelques objectifs réalistes en fonction du contexte pour le PRS 2023-2028

○ **Alternatives à l'hospitalisation**

Au vu de l'activité croissante des établissements, tant le travail de préparation à la sortie que l'optimisation de l'aval sont primordiaux.

Si les équipes mobiles réalisent le travail auprès des structures médico-sociales, il reste important de pouvoir développer significativement les appartements thérapeutiques et les services d'accueil familial thérapeutique. Un effort réel en la matière est nécessaire en Normandie.

○ **Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) - Centre hospitalier le Rouvray**

Concernant la prise en charge des détenus, l'ouverture à venir de l'UHSA du CHR sera une évolution très positive par rapport à la situation actuelle normande.

○ **Télépsychiatrie**

Au sein des établissements, notamment concernant l'articulation intra-extra, la télépsychiatrie peut se développer utilement. De même, concernant la liaison avec les hôpitaux MCO et le lien avec les structures médico-sociales, nos établissements disposent d'une marge de progression certaine. Suite à la crise Covid et aux confinements, la perception de la télépsychiatrie a évolué et son développement pourrait se poser de façon mesurée et adaptée.

○ **Troubles des comportements alimentaires : TCA**

En terme de troubles du comportement alimentaire, l'activité sur la région est en très forte augmentation, notamment concernant les adolescents.

Il est nécessaire de former un réseau et de structurer l'activité régionale par niveau de 3 à 1 en proximité.

○ **Infirmiers en pratique avancée : IPA**

L'importance du champ de compétence élargi, protocolisé médicalement, peut présenter une attractivité pour la communauté infirmière au sein de nos établissements.

En lien étroit avec la communauté médicale, les pratiques avancées infirmières peuvent être une chance pour un secteur frappé d'une double pénurie médicale et soignante.
Aujourd'hui, le process est trop faible, il paraît important de pouvoir le développer à l'avenir.

○ **Soins-Etudes**

De nombreuses structures Soins-Etudes se sont implantées en France ces dernières années. Elles n'ont plus à démontrer leur intérêt et leur efficacité. La spécificité de la prise en charge alliant accompagnement thérapeutique et projet pédagogique permet aux patients de poursuivre, reprendre ou adapter leur cursus scolaire.

L'enjeu est majeur, permettant d'éviter des hospitalisations à répétition ainsi que de nombreux décrochages scolaires.

La FHF Normandie soutient fortement la création d'une structure Soins-Etudes dans le cadre du PRS à venir.

○ **Unités dédiées mixtes (grands adolescents et jeunes adultes)**

La récente réforme des autorisations tout en clarifiant le périmètre de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à 18 ans permet d'apporter une fluidification de la prise en charge en hospitalisation complète des grands adolescents et des jeunes adultes.

Au regard des problématiques spécifiques pouvant toucher cette tranche d'âge (15 - 25 - 30 ans), il semble pertinent de pouvoir proposer une prise en charge spécifique au sein d'unités dédiées.

Ce chaînon actuellement manquant au sein de nombreux établissements en Normandie pourrait apporter une amélioration certaine à la prise en charge des grands adolescents et des jeunes adultes.

○ **Prise en charge des syndromes psychotraumatiques**

L'évaluation, le diagnostic et la prise en charge du psychotraumatisme lié aux violences chez l'enfant et l'adulte, notamment les femmes, ont besoin de pouvoir progresser au vu de l'augmentation du besoin et de la demande.

La souffrance psychique, associée aux syndromes psychotraumatiques, peut être considérable avec des conséquences très lourdes.

En l'occurrence, la constitution d'un réseau et la structuration de l'activité par niveau 3 à 1 en proximité s'avèrent nécessaires pour la région.

○ **Centres Ressources**

En terme de réseau et de structuration de l'activité par niveau, il est nécessaire de souligner l'importance du niveau 3 en tant qu'aide à la structuration des niveaux 2 et 1 en territoires.

C'est particulièrement vrai en Normandie concernant :

- Périnatalité niveau 3 le Havre
- Psychotraumatisme niveau 3 Caen
- Troubles comportements alimentaires niveau 3 Rouen

Cette mission structurante régionale nécessite les moyens afférents pour le niveau 3.

○ **Réseau Recherche**

Il est important de pouvoir mieux structurer un Réseau Recherche entre CHU et EPSM en équité tant pour le champ adulte que pour le champ enfant et adolescent.

L'exemple de la Fédération Recherche BB-Enfant-Ado est intéressant, notamment concernant le lien avec les établissements.

De plus, cette dimension Recherche en lien avec les structures hospitalières, y compris périphériques, peut être un élément réel d'attractivité médicale.

- **Réflexion sur les Urgences**

Au vu des difficultés actuelles, la fonction de régulation apparaît utile et une véritable réflexion doit pouvoir s'engager rapidement afin de dégager les différents apports que pourrait caler la psychiatrie en filière Urgences.

- **Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) Régionale**

La création d'une USIP régionale, chaînon manquant entre l'Unité Malades Difficiles (UMD) et les unités d'admission, permettrait une amélioration du parcours patient.

La continuité des soins avec l'unité d'origine sera essentielle dans le cadre d'une hospitalisation en USIP limitée dans le temps (environ 2 mois).

Afin de pouvoir remplir sa mission, cette unité se devra d'être dotée de moyens médicaux et paramédicaux significatifs.

- **Transports**

Les difficultés sur cette thématique touchent de nombreuses activités bien au-delà de la seule santé mentale. Le lien non négligeable entre psychiatrie et précarité vient impacter les carences de transport.

Cette problématique est particulièrement lourde pour les territoires ruraux normands, notamment concernant la population enfant et adolescent.

4- Projet territorial santé mentale (PTSM) - Contrat territorial de santé mentale (CTSM)

Les 7 PTSM de Normandie et les 7 CTSM afférents sont une réussite en tant qu'engagement collectif de première génération.

Appropriés de manière volontariste par les acteurs territoriaux et soutenu par l'ARS, les PTSM constituent un véritable levier d'amélioration des réponses en santé mentale.

Les CTSM avec leurs engagements contractualisés et financés et les coordonnateurs présents sur tous les territoires de santé mentale apportent une approche terrain, une réelle exécution et une évaluation continue du programmatif pluriannuel PTSM.

L'outil PTSM-CTSM doit donc rester un élément porteur de la filière santé mentale au sein du PRS.

La deuxième génération de PTSM-CTSM devra permettre de renforcer le passage d'une logique amont-aval à une logique de parcours coordonné sanitaire, médico-social et social.

Conclusion

En terme de conclusion prospective, la réforme du financement de la psychiatrie à moyens constants n'est pas à la hauteur de la dégradation historique de la situation.

L'ONDAM Psychiatrie doit voir son assiette augmenter afin de donner du sens et de la réalité à une réforme calée sur le rattrapage.

Autrement, certes, l'équité s'améliorera entre les régions et les établissements mais au final, une équité du dénuement pour tous.

➤ Cancérologie

Avant-propos :

Les activités de cancérologie doivent s'exercer conformément à la réglementation : réforme des autorisations (décrets et arrêtés concernant les conditions d'implantation des activités de soins dans le traitement du cancer, décret concernant les conditions techniques de fonctionnement des activités de soins et arrêté concernant les seuils d'activités minimales annuelles) et être aussi en accord avec les axes déclinés dans la feuille de route de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. A noter aussi le référentiel organisationnel des RCP actuellement en cours de relecture nationale.

La cancérologie est dans les établissements publics normands une activité importante. 383.522 séjours (354.130 séjours médicaux et 29.392 séjours chirurgicaux) ont été réalisés dans les établissements autorisés à exercer la cancérologie. A noter 157.576 séjours réalisés avec chimiothérapie et 114.749 séjours avec radiothérapie. **Les séjours pédiatriques ont été presque exclusivement réalisés dans les établissements publics de la région.**

La cancérologie est un secteur reconnu dans les évaluations du Haut Conseil de l'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur (HCERES) et ce dans les deux CHU de la Normandie : axe génomique pour le CHU de Rouen Normandie et axe cancérologie pour le CHU de Caen Normandie. Cette reconnaissance souligne **l'importance qu'accordent les deux CHU de la région normande à la prise en charge globale de tous les patients atteints de cancer**. La Normandie occidentale dispose d'outil et de registres labellisés permettant de suivre les variations temporelles et spatiales d'incidence et de survie : deux registres généraux pour les cancers dans les départements du Calvados et la Manche, un registre spécialisé digestif dans le Calvados et le registre des hémopathies malignes pour l'ensemble de la Normandie occidentale.

Le modèle d'un pôle de cancérologie de qualité, doit intégrer une approche pluri-professionnelle et pluridisciplinaire, globale, personnalisée, et territoriale, quantitative et qualitative, 24 heures sur 24, intégrant l'ensemble des activités de soins, de formation et de recherche, des activités allant de la prévention jusqu'aux soins palliatifs ou à la prise en charge à long terme des séquelles, du diagnostic jusqu'à la gestion des complications incluant l'accès aux soins palliatifs. Il s'agit d'un programme ambitieux mais nécessaire à l'amélioration globale de la prise en charge du patient.

1. Un contexte à différencier entre Normandie occidentale et orientale

De nombreuses structures publiques et privées autorisées à exercer des activités de cancérologie existent en Normandie. A noter aussi la présence de deux Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), qui devraient permettre un maillage territorial de qualité et d'excellence.

Le contexte est néanmoins différent entre la Normandie Orientale et la Normandie Occidentale.

- **Normandie Orientale : contexte concurrentiel très important avec les établissements privés** (Vivalto, structures privées historiques du territoire) **et une complémentarité avec le centre H. Becquerel** se traduisant par une répartition d'activités entre les deux structures, même s'il existe des redondances.
- **Normandie Occidentale : concurrence importante avec le secteur privé mais aussi avec le centre François Baclesse** dans de nombreuses spécialités (pneumologie, digestif, gynéco, ORL, dermato, CMF). L'offre privée est aussi importante sur le territoire caennais. Cette concurrence, même si elle peut être positive, ne favorise pas, de par la dispersion, l'accès aux innovations thérapeutiques pour les patients.

2. Problématiques régionales

➤ OFFRE DE SOINS

- **L'ambition d'une prise en charge globale au sein d'un même établissement** : La prise en charge perçue par le patient atteint de cancer doit être une prise en charge globale. Elle doit se réaliser au mieux dans le même établissement, ou si cela n'est pas possible, par l'intermédiaire de conventions renouvelables et évaluées avec le temps avec les établissements associés. L'objectif visé est de **permettre un parcours fluide et de qualité**.
- **Développer le dépistage précoce** : Déficit important constaté notamment au Nord de la Normandie orientale (ex : imagerie de la femme) ou dans les campagnes de vaccination.
Endoscopie de dépistage réalisée majoritairement par le privé, avec parfois un accès aux soins difficile en raison de dépassements d'honoraires difficiles à prendre en charge pour les patients les moins favorisés.
Implication importante des établissements publics dans la lutte contre le tabac et l'obésité, l'incitation à l'activité sportive adaptée.
- **Délais d'accessibilité** à des spécialistes en oncologie et à l'imagerie cancérologique (IRM, PET scans) indispensables au diagnostic et au suivi des patients avec cancer. **Certains territoires normands ne disposent pas suffisamment d'équipements lourds (IRM, PET scan).**
- **Formaliser et évaluer les conventions entre établissements** : Les conventions entre établissements sont à renouveler en raison de la modification des seuils (cahier des charges relatif à la convention prévue à l'article R.6123-90-1 du code de la santé publique). Ces conventions doivent être d'une durée limitée, flexibles mais doivent être évaluées dans un souci de qualité.
- **Dispersion des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP) avec un manque parfois d'experts suffisant**. Le référentiel organisationnel des différentes RCP va permettre de structurer les RCP à l'échelle du territoire : elles vont néanmoins se multiplier et doivent être valorisées.
- **Manque de SSR spécialisés en oncologie.**
- **Accès aux soins palliatifs insuffisamment anticipé et structuré.**
- **Système de financement par la T2A inadapté dans certains secteurs ou insuffisamment valorisé**. Les CHU, notamment, ne sont pas seulement des établissements de recours au sommet de la gradation des soins, mais aussi des établissements de proximité.
La charge de la permanence des soins avec des flux de patients aux urgences insuffisamment adaptés aux structures existantes, le flux torrentiel, en cas de crise sanitaire, principalement dans les établissements publics, ne doit pas faire oublier aux tutelles **le besoin du maintien d'un équilibre entre les activités de recours et les activités de routine, et entre les activités programmées et les activités non programmées**.
La situation, parfois paradoxale, impose aux CHU de disposer d'un spectre complet d'activités pour former les professionnels à l'ensemble des soins. **Les différentes contraintes doivent être partagées de façon conventionnelle entre les différents établissements**.
Intérêt financier pour chaque établissement de conserver une valorisation des activités en oncologie posant parfois pour des centres de petite taille la question d'une prise en charge de qualité des soins délivrés aux patients. Les établissements de taille modeste font appel à de l'intérim médical pour assurer tant bien que mal une activité en oncologie, sans solution pérenne.

La situation serait plus marquée en Normandie occidentale. En Normandie orientale, l'activité en oncologie est plus concentrée sur des pôles d'activités importants (Evreux, Le Havre, Dieppe et Rouen/Elbeuf) limitant la dispersion des activités et des professionnels. Des équipes médicales d'oncologie spécialisée pourraient être mises en place dans des territoires prioritaires.

➤ FORMATION

- **Vers une augmentation des effectifs en oncologues en Normandie.** Manque d'oncologues expliqué par une organisation du DES qui regroupe l'oncologie et la radiothérapie et par des FST, dont l'accès est parfois très difficile. Une orientation préférentielle vers la radiothérapie plus lucrative au détriment de l'oncologie médicale pourrait avoir lieu. Par ailleurs, une diminution des effectifs en oncologues est liée au droit aux remords. Une augmentation des effectifs en oncologues est nécessaire en Normandie.
- **Universitarisation insuffisante.** Elle est actuellement en cours au CH du Havre. Le besoin d'universitarisation doit aussi inclure les soins palliatifs **L'absence ou l'insuffisance d'oncologues dans certains établissements doit nous inciter à hiérarchiser les besoins dans les différents territoires et à constituer des équipes territoriales spécialisées en cancérologie au-delà des simples consultations avancées.**

➤ RECHERCHE

- **Taux d'inclusion dans les essais thérapeutiques en oncologie trop faible** dans l'ensemble des établissements publics, privés ou les CLCC. L'inclusion dans un essai clinique est cependant un très bon indicateur de qualité de la prise en charge : il est aussi dépendant des ressources humaines (ARC, techniciens de laboratoire) et techniques (plateformes accréditées et certifiées, facilité de gestion) et du nombre d'oncologues dans les territoires concernés. **Le développement d'applications sécurisées de type *Résilience mieux vivre avec le cancer*, est à développer et harmoniser sur l'ensemble de la région.**

3. Objectifs proposés par la FHF Normandie

➤ OFFRE DE SOINS

- Repérer les patients les plus fragiles en créant une **meilleure articulation avec les structures médicosociales.**
- **Renforcer l'offre de prévention** dans les établissements publics (sport-santé, addictologie, tabagisme etc.) et disposer d'un **pack prévention structuré et financé à sa juste valeur**
- Mise en place dans les centres de référence d'un **circuit « fast track » dans les cancers de mauvais pronostics.**
- **Améliorer et quantifier les délais et les accès aux plateaux techniques.**
- Evaluer la **pertinence des actes, notamment des examens en imagerie**
- **Répartir la charge de travail relevant de l'urgence et de la permanence des soins entre public/public et public/privé.** La permanence des soins et le traitement des urgences cancérologiques incombe en grand partie aux établissements publics qui ne peuvent de fait mobiliser leurs forces vives sur des activités programmées –favorisant ainsi les établissements privés sur ce secteur très concurrentiel. Il s'agit pour le groupe de travail d'identifier la formulation d'un objectif permettant la résolution de cette problématique.
- **Créer des postes de coordination (secrétaire, IPA, etc.)** devant améliorer la coordination entre les différents établissements et structures de santé. Les établissements publics sont aujourd'hui

confrontés au dilemme de la mobilisation d'ETP soignants sur de la coordination au détriment de leur mobilisation sur des activités de soins.

- Rendre dès que possible et de façon organisée après la primo prescription dans le centre de référence, la **poursuite du traitement du patient à son domicile ou au plus proche de son domicile en HAD**.
- **Structurer et valoriser l'ensemble des RCP**, en évitant de les disperser et de les formater sans le nombre nécessaire d'experts présents.
- **Anticiper l'accès aux soins palliatifs**.

➤ FORMATION

- **Augmenter de façon significative le nombre d'oncologues** en favorisant notamment en Normandie l'accès à la Formation Spécialisée Transversale Cancérologie.
- Accélérer la **formation paramédicale dans le domaine du cancer et la coordination entre les professionnels de santé** impliqués dans la prise en charge des patients.

➤ RECHERCHE

- **Augmenter le nombre de patients inclus dans les essais cliniques** (mise en place d'une plateforme des essais disponibles accessible à l'ensemble des professionnels), financer des professionnels avec des objectifs quantifiés impliqués dans les projets de recherche (doctorants, ARC, ingénieurs, chef de projet), développer et favoriser les algorithmes d'aide à la décision.

➤ Réanimations - Soins critiques

La Normandie se distingue par un **nombre de lits de réanimation et de soins critiques en-deçà de la moyenne nationale** ainsi que par une **densité médicale la plus défavorable de France métropolitaine**. Le contexte de forte tension en matière de ressources humaines risque de s'accroître davantage, compte-tenu de l'entrée en vigueur du plafonnement des tarifs de recours à l'intérim médical et de la mise en conformité aux exigences de la réforme des autorisations, qui captera 45% des sorties d'écoles IDE.

L'ouverture de nouvelles autorisations (notamment dans le secteur privé) **fragiliserait les centres publics** dans un contexte démographique très tendu et ne permettrait pas de couvrir les besoins en termes d'activité non programmée.

La priorité est de **soutenir les projets d'agrandissement capacitaire** portés par Rouen, Caen, Elbeuf et Evreux pour répondre aux besoins de la population, d'autant plus que les services de ces établissements participent à la prise en charge non programmée et à la permanence des soins.

La **gestion territorialisée des ressources humaines** (notion d'équipe territoriale de soins critiques reposant sur des postes partagés) constitue une réponse aux enjeux démographiques.

Orientations proposées pour le PRS 2023-2028

Dans le contexte de forte tension démographique majoré par l'application de la loi Rist, il convient de promouvoir une organisation graduée des soins, capable d'organiser des synergies et de ne pas disperser les ressources.

C'est pourquoi les orientations suivantes sont proposées :

- **Maintenir le nombre actuel d'implantations**, sans autorisations nouvelles.
- **Poursuivre le rééquilibrage capacitaire dans le sens d'une meilleure adéquation aux besoins de la population**, en accompagnant les projets d'agrandissement des plateaux techniques portés par les établissements publics.
- **Centraliser les lits de réanimation et de soins critiques dans les établissements publics**, dans une logique de gradation des soins.

Il s'agit de maintenir une activité polyvalente dans les centres hospitaliers et de consolider les plateaux techniques répondant aux activités de recours et de référence (chirurgie cardiaque, traumatologie, neurochirurgie) dans les CHU.

- **Encourager une gestion territorialisée des ressources humaines pour soutenir les centres de recours publics**, en favorisant les équipes territoriales, les postes partagés et la participation des réanimateurs privés à la permanence des soins.

➤ Médecine d'urgence et permanence des soins (soins non programmés)

➔ **Constats actuels** : résultats de notre enquête récente sur les intérimaires dépassant les tarifs réglementaires, montrant la sensibilité extrême des services d'urgence et des SMUR normands à un retour à la règle le 3 avril 2023.

SERVICES	FERMETURE TOTALE	FERMETURE PARTIELLE	Total	% du Total
URGENCES	6	13	19	19%
ANESTHESIE REANIMATION	3	11	14	14%
SMUR	5	4	9	9%
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	0	9	9	9%
IMAGERIE RADIOLOGIE	3	3	6	6%
MEDECINE POLYVALENTE	2	6	8	8%
GERIATRIE	2	3	5	5%
SOIN DE SUITE ET READAPTATION	1	4	5	5%
EHPAD	1	2	3	3%
CHIRURGIE	1	2	3	3%
HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE	1	2	3	3%
PEDIATRIE	1	3	4	4%
PSYCHIATRIE	0	1	1	1%
PNEUMOLOGIE	0	1	1	1%
CARDIOLOGIE	1	1	2	2%
HAD	1	0	1	1%
NEPHROLOGIE	0	1	1	1%
MATERNITE	1	0	1	1%
USLD	0	1	1	1%
UNITE DE SOINS PALLIATIFS	0	1	1	1%
HOPITAL DE JOUR	0	1	1	1%
Total	29	69	98	100%

➔ **Pistes de propositions à l'étude** (outre celles évoquées dans les chapitres restructuration de l'offre et démographie médicale et attractivité), pour pallier ce problème d'effectifs médicaux au sein des services d'urgences que la loi Rist ne va pas régler mais dont elle va précipiter les besoins de refonte du système, tout en mettant fin à la solution délétère de l'intérim surpayé :

- **Revoir les conditions de travail des spécialités à PDS** et pas seulement les rémunérations (doubler les gardes, temps de travail réaménagé, ...),
- Une **meilleure répartition de la formation entre CH et CHU**.
- La mise en place de la **régulation 24h/24** et de la **réorientation au sein des services d'urgences (adulte, pédiatrique et gynécologie)**,
- renforcer l'attractivité des services d'urgence pas la **modernisation des outils (transports, télé-médecine et centre de santé délocalisés)**,
- **rénover le régime d'autorisation des services de soins non programmés**.

➤ Périnatalité

Constat général : affaiblissement des pôles femmes/mères/enfants principalement du fait d'un manque de médecins ; aucun niveau d'établissement n'est épargné

Problématique : comment éviter un effritement général de ce secteur d'activité au détriment des patients et de leurs sécurité (les distances sont toujours un facteur de risque) ?

Facteurs de cette crise :

Facteurs principaux :

- Forte charge de travail et forte charge mentale dans ce secteur d'activité dominé par les soins non programmés et où la permanence des soins est particulièrement lourde (notamment dans les structures cumulant une activité de néonatalogie et un accueil des urgences pédiatriques),
- Phénomène accentué par le mouvement de concentration de l'offre (fermetures de la majorité des maternités < 1000 accouchements/an ces dernières années)
- Une moindre tolérance de la génération montante face à cette charge + risque médico-légal important et accru en obstétrique
- Pédiatrie : un double phénomène de surspécialisation et de fuite vers l'exercice ambulatoire libéral épargné par la PDS (ces deux phénomènes jouant contre les CH de taille intermédiaire, ni CHU, ni « petites » maternités)
- → beaucoup d'établissements ayant une taille critique connaissent ces dernières années des cercles vicieux avec un manque d'attractivité croissant au fur et à mesure des départs de praticiens

Facteurs secondaires :

- La baisse du capacitaire à Paris en néonatalogie (par manque de RH) retentit fortement sur la Normandie orientale
- Les transferts néonataux sont régulés et organisés par les services de néonatalogie

Solutions possibles :

Nationales :

- Répartir la charge de la permanence des soins sur l'ensemble des praticiens, quel que soit leur statut (salarié ou libéral),

Pédiatres libéraux → Gardes en néonatalogie ou réa 2 x / mois ?

Gynécologues libéraux → Gardes en maternité 2 x / mois ?
- Faciliter l'embauche de médecins à diplôme hors UE (ex PADHUE, stagiaires associés, ... fondus dans le nouveau statut de praticien associé) qui assurent, de fait, une majorité des gardes dans la région aujourd'hui,
- Favoriser et accélérer partage et délégations de tâches GO/SF, Pédiatres/IDE puer, ...

Régionales :

- Doubler la garde dans les maternités les plus importantes (> 2000/2500 naissances par an)
- La mise sous régulation des urgences pédiatriques (réalisée à Saint-Lô depuis le mois de juin 2022) est un moyen d'alléger la charge de la PDS mais ne règle rien pour les urgences vitales et les soins critiques de l'enfant
- Risque médico-légal : favoriser les revues de dossiers inter établissements pour que les praticiens soient moins seuls face à ce stress

- **Locales :**

- Trouver des complémentarités sur chaque territoire de façon à éviter le grand écart entre : salle de naissance, néonatalogie, hospitalisations et urgences pédiatriques (syndrome de « l'homme-orchestre »)

C'est un fait : la France régresse dans le classement des nations en matière de mortalité maternelle et infantile. En dépit de la recomposition opérée en matière d'obstétrique ces dernières années avec la fermeture d'un nombre significatif de « petites » maternités, l'offre reste sous optimale.

En écho au rapport de l'Académie Nationale de Médecine récemment paru : « **Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence** », le groupe de travail ne préconise pas de fermer toutes les maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an, mais de viser un maillage de l'offre de soins en périnatalité qui concilie :

- 1. Sécurité de la mère et de l'enfant**
- 2. Accès au service public de santé**
- 3. Attractivité des structures de soins proposant des activités de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie (au regard notamment de la charge liée à la permanence des soins)**

Le groupe de travail plaide pour un regroupement plus important des maternités dans le but de servir ces trois objectifs et afin de limiter la dilution des ressources humaines et des compétences.

Ce maillage prendrait la forme d'un réseau de maternités articulé autour des maternités de niveau 2 et 3, disposant de compétences en néonatalogie. Il ne s'agit pas de condamner toutes les maternités de niveau 1 dont certaines doivent être maintenues en fonction de la géographie et des temps d'accès aux plateaux d'obstétrique.

L'organisation territoriale s'appuierait sur le réseau des sages-femmes libérales et sur une structuration renforcée de l'offre de premier niveau comprenant :

- Des Centres Périnataux de Proximité (CPP) avec hébergements (modèle de Tournon dans le Rhône)
- Des hôtels hospitaliers pouvant accueillir les parturientes arrivant à terme
- Un réseau de transports sanitaires et une offre en SMUR pédiatriques adaptés

➤ Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) – Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)- Médecine Polyvalente

1. Quelques constats d'ordre général

- **Forces**

Présence d'une offre diversifiée complète sur l'ensemble des territoires malgré des contextes géographiques différents (densité de population).

Un taux d'équipement qui semble facialement cohérent :

Activité	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places au 31/12 (HP)	Nombre de lits installés au 31/12 (HC)	Nombre de places au 31/12 (HP)
	EURE	EURE	MANCHE	MANCHE	ORNE	ORNE	SEINE-MARITIME	SEINE-MARITIME	CALVADOS	CALVADOS	REGION	REGION
Total SSR (champ calculé)	921	75	1 069	209	584	62	1 941	329	789	190	5 304	865
POPULATION TOTALE (projetée 2023)	596 710		492 642		272 872		1 254 204		700 595		3 317 023	
Poids population Région	18%		15%		8%		38%		21%		100%	
Proportion de lits et place SMR par rapport au total de la Région	16%		21%		10%		37%		16%		100%	

- **Faiblesses**

Des inégalités territoriales : une répartition de l'offre non corrélée à l'ensemble des besoins et des profils de populations : des zones plus ou moins peuplées, des zones balnéaires, des zones fortement peuplées. Les modalités de répartition sur le territoire n'ont pas été étudiées en fonction des moyens de communication et de la densité de population. Il est probable que certains départements à faible densité de population (Orne), malgré un taux d'équipement satisfaisant, ne trouvent pas l'ensemble des solutions adaptées aux souhaits des patients en terme de proximité.

Des évolutions immobilières + ou – envisageables pour faire évoluer l'offre : certains établissements sont accompagnés par des crédits SEGUR investissement, d'autres non, avec des contraintes bâtimentaires non résolues pour faire évoluer l'offre de soins SMR.

- **Menaces**

Le manque en ressources humaines PM et PNM sur l'ensemble des structures avec l'impossibilité (au vu des compétences spécifiques et de l'éloignement des structures entre elles) de pouvoir systématiquement mutualiser les compétences.

- **Opportunités**

- a) Développement de l'offre ambulatoire (places HP obligatoire si HC), développer une offre d'aval **plus réactive, plus spécialisée** en ambulatoire

- b) **Collaborations publiques / privées** à conforter ou engager : Articulation avec les praticiens libéraux médicaux et non médicaux sur des plateaux techniques partagés
- c) Développement de **la télémédecine** SMR (proche de l'éducation thérapeutique mais avec des modules spécifiques). Modalité complémentaire à l'HDJ SMR.
- d) Point de vigilance : ne pas centrer l'offre polyvalente uniquement sur les structures publiques...

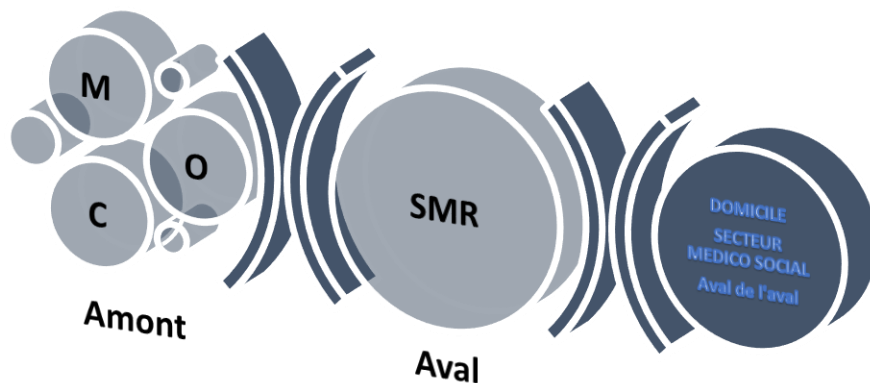
2. Des modalités d'ordonnancement partagées à clarifier

Instaurer des cellules départementales, voire régionales, d'ordonnancement en lien avec les besoins en lits d'aval des secteurs MCO. Le périmètre du GHT n'est pas la taille critique pour assurer la fluidité des parcours du fait de l'hétérogénéité de l'offre SMR sur les GHT normands.

Disposer d'outils communs de programmation sur un parcours et non cantonnés à l'établissement.

L'outil via Trajectoire a déjà engagé des décloisonnements, il faudrait à présent pouvoir enrichir cette démarche d'une réelle programmation des hospitalisations SSR dès l'entrée en MCO.

3. La frontière avec le secteur médico-social à conserver en point de vigilance majeur : le phénomène du « bed blocker »



De nombreux lits de SMR en HC sont occupés par des profils patients en fin d'hospitalisation n'ayant pas de retour à domicile possible ni de structures médico-sociales d'accueil.

L'articulation de l'offre SMR doit être pensée en lien avec les manques relevés de places d'hébergement médico-social (Dépendance, Handicap), en articulation également avec l'offre de suivi psychiatrique.

Le secteur SMR est à la croisée de l'ensemble des offres de santé tant en amont sur le MCO, qu'en aval sur le secteur médico-social, l'offre d'accompagnement au domicile, le suivi ambulatoire SMR ou l'HDJ. Si la jonction de l'offre SMR n'est pas pertinente, fluide et coordonnée, les rouages d'amont et d'aval ne peuvent jouer pleinement leur rôle. Le MCO est engorgé de profils patients SMR et le SMR est engorgé de profils résidents n'ayant pas trouvé leur structure d'accueil.

➤ Unités de Soins de Longue Durée (USLD) - Unités de soins complexes (USC)

Le 17 mars 2022, le gouvernement a présenté une feuille de route proposant quinze mesures. Il est notamment **prévu de créer des unités de soins prolongés complexes en lieu et place des USLD**. Cette proposition du rapport Jeandel-Guérin est reprise telle quelle dans la Feuille de route « EHPAD-USLD 2021-2023 ». Si à ce jour le travail n'a pas avancé sur le sujet, cela pose un certain nombre de questions sur les orientations à prendre au niveau régional. A noter que **plusieurs établissements ont des projets de reconstruction/réhabilitation qui nécessitent d'avoir une vision plus claire**.

Les grandes lignes du bilan régional :

TAUX OCCUPATION :

- **Les taux d'occupation des USLD sont variables d'un territoire à l'autre** : certains établissements peinent à remplir leurs lits, d'autres au contraire ont des listes d'attente
- Dépend notamment de l'offre du territoire. Une distinction des orientations doit donc s'effectuer au regard de ces disparités
- Le COVID a eu un impact sur certains établissements
- Des disparités sur le territoire concernant les recrutements des résidents

PROFILS DES RESIDENTS :

- **Profil majoritairement gériatriques** mais pas de limite d'âge, aussi on constate la présence de résidents jeunes dans certaines USLD de la région (pas toutes)

LES OPPORTUNITES DANS LE SECTEUR :

- Plusieurs reconstructions/réhabilitations possibles suite au Ségur : il s'agit d'un besoin important au sein du secteur public
- Une spécialité qui peut être attractive pour les soignants au regard de la valence sanitaire (soins techniques et résidentiels) : **communication positive sur le volet sanitaire qui doit être conservé mais tournant résidentiel à prendre**

Les Constats actuels :

- De **nombreuses inconnues liées aux discussions nationales** (quel financement, quel contour pour ces USPC, quel maintien de l'offre, quelle répartition EHPAD/USLD, ... ?)
- Au travers de **15 mesures et axes de travail, feuille de route qui propose de faire évoluer les réponses sanitaires et médico-sociales aux PA dès lors que le maintien à domicile n'est plus possible**

Les objectifs/plan d'action retenus par le groupe de travail FHF :

- **Définir la stratégie régionale de recombinaison de l'offre en cohérence avec les orientations nationales et en adéquation avec les besoins du territoire**. Parmi les actions identifiées, la création d'une cartographie claire est nécessaire ;

- **Faire évoluer le modèle financement** (financement actuel n'est plus adapté // Revoir les dotations soins// Réviser les conventions tripartites), faire évoluer la coupe PATHOS (adapter l'outil au secteur), de même, le GMP (Groupe iso-ressource Moyen Pondéré) est à adapter (+ permettre l'évaluation des jeunes). Pour autant, la priorité n'est pas d'augmenter le GMP ;
- **Mettre en valeur les spécificités de l'USLD, son niveau de soins** : travailler l'identité des USLD/USPC et la formation, au sein de nos CH ;
- **Reconstruire les unités qui le nécessitent**
- **Inclure des nouveaux métiers** (valence résidentielle à ne pas oublier)
- **Proposer des AAP spécifiques pour ce secteur** (valence résidentielle, besoin similaire aux EHPAD)

➤ Offre MS : Adéquation des taux d'équipements aux perspectives démographiques

Bilan commun secteur PA (Personnes Agées) et PH (Personnes en situation de Handicap) :

- Beaucoup de dispositifs disponibles mais dont la lisibilité, l'accès et le recours sont difficiles.
- Financement de campagnes (via l'Appel A Projet (AAP) Conférence Des Financeurs (CDF)) pour favoriser les dépistages (buccodentaire, ouïe, podologie) et les ateliers Activités Physiques Adaptées (APA), avec une orientation insuffisante sur le secteur Personnes Handicapées.
- Accès aux consultations de soins non programmés fortement contraints par les problématiques de transport inégales sur les territoires.

Bilan spécifique au secteur PA :

- Développement de l'offre fortement axé sur le répit à domicile (PFR) et la transformation de la capacité historique en Hébergement Permanent (HP) vers de l'Hébergement Temporaire (HT).
- Expérimentation d'Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental (HTUD) (27 en 2016) et d'Hébergement Temporaire Sortie d'Hospitalisation (HTSH) (à compter de 2020) avec des résultats mitigés par méconnaissance des dispositifs par les adresseurs (notamment hospitaliers) et le poids du reste à charge (RAC) imposé lors de la sortie du sanitaire.
- Peu de création de lits d'Hébergement Permanent (HP) en prévision des enjeux démographiques à venir mais incitation à l'adaptation des lits existants dans les programmes de modernisation (UVP, PHV, lits bariatriques...) sans forcément donner de moyens complémentaires.
- Développement des PASA au fur et à mesure des projets de modernisation
- Faible création de places de Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) (15 places depuis 8 ans) dans un contexte où le virage domiciliaire devrait favoriser le développement de ces services et dont la fusion en Services A Domicile (SAD) est attendue d'ici 2025.

Bilan spécifique au secteur PH :

L'offre s'est principalement développée en réponse aux **troubles du spectre de l'autisme (TSA)** via :

- Les unités d'enseignement en maternelle et les équipes MS d'appui à la scolarisation
- Les interventions précoces
- Les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD)
- Les services d'accompagnement MS pour adultes handicapés (SAMSAH)
- Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et quelques Foyers d'accueil médicalisés (FAM)
- Les offres de répit du Réseau de Services pour une Vie Autonome (RSVA)

Autres accompagnements :

- Les pôles de compétences et de prestations externalisées – polyhandicap
- **1 centre de ressource régional** « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » ;
- Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;

- Les **Dispositifs d'Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** pour sans-abri majeurs, atteints de pathologies mentales sévères ;
- Les lits d'accueil médicalisés (**LAM**) pour SDF atteints de pathologies et ne pouvant être prises en charge dans d'autres ESMS ;
- Les lits de halte soins santé (**LHSS**) pour SDF ne pouvant être pris en charge dans d'autres ESMS et dont l'état ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ;
- Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (**CAARUD**).

On observe également sur les **Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT)** :

- Une valorisation des actions réalisées dans les ESAT sur les travaux en matière d'estime de soi, d'accès au sport et des actions en matière d'affectivité et de sexualité ;
- Une **contrainte forte des places contingentées** alors que le support travail constitue un levier d'insertion, d'accès à la santé dans toutes ses composantes et à la citoyenneté très important.

Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur l'offre Médico-Sociale :

Objectifs transversaux aux 2 secteurs

- Améliorer la visibilité et la transparence de l'offre
- Favoriser une mise en réseau des ESMS avec une vision complémentaire
- Développer/renforcer les collaborations entre soins de ville/Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) et structures médico-sociales
- Positionner les ESMS comme des « centres avancés » de ressources entre la ville et l'hôpital
- Poursuivre les campagnes de dépistage

Objectifs propres au secteur PA

- **Evolution de l'offre portée par les EHPAD/SSIAD**
 - Anticiper l'évolution démographique en adaptant les taux d'équipement en lits d'EHPAD médicalisés et en Résidences autonomie et en priorisant les territoires sous-équipés ;
 - Adapter le dimensionnement des unités de vie aux nouveaux besoins des usagers
 - Développer les PASA dans chaque EHPAD ;
 - Proposer au moins 20% de lits en Unité de Vie Protégée (UVP) dans les EHPAD avec les moyens humains équivalent aux Unités d'Hébergement Renforcé (UHR) ;
 - Adapter les programmes architecturaux pour anticiper la prévalence de l'obésité
 - Accompagner le virage domiciliaire en renforçant l'offre en places de SSIAD/SAD

En favorisant notamment la **fluidité des accompagnements séquentiels** :

- Limiter la transformation définitive des lits d'HP et autoriser l'hébergement temporaire alternatif en fonction de besoins ponctuels
- Expérimenter les lits d'HT en UVP pour accueillir les Personnes Agées Dépendantes (PAD) présentant des troubles modérés du comportement dont le séjour en HT conventionnel n'est pas adapté ;
- Développer les lits d'Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental (HTUD)

- **Evolution de l'offre en lien avec les partenaires des secteurs sanitaires et MS**

Avec le sanitaire

- Poursuivre le développement de l'HTSH en fonction des taux d'occupation observés
- Poursuivre le développement des Unités Cognitivo-comportementales (UCC) dans les SSR (par transformation ou création de lits Médecine Physique et Réadaptation - MPR)
- Revoir les besoins en Unités de Soins Longue Durée (USLD) en spécialisant les services et réfléchir à adosser les USLD à certains EHPAD hospitaliers pour garantir la présence médicale.
- Renforcer les unités de gérontopsychiatrie (sous réserve de l'analyse de leur activité) ;
- Renforcer/créer des équipes mobiles psychiatrie pour Personnes âgées (EMPPA), addictologie
- Créer des équipes mobiles pour développer l'éducation thérapeutique dans les Résidences Autonomie (RA), résidences services et/ou via ateliers en lien avec les PFR ;
- Favoriser la réalisation de consultations mémoire et de consultation de suivi tous les 2 ans à compter de 75 ans pour les PA au domicile dans les EHPAD en lien avec les CH de référence
- Favoriser le transport vers les centres de référence via un forfait transport annuel versé aux EHPAD.

Avec le secteur MS et d'autres partenaires

- Favoriser l'accueil des populations précaires (marginaux...) dans des structures adaptées (LAM) ;
- Favoriser la création d'une unité spécialisée par département (au sein d'un LAM ou d'un EHPAD) autorisant l'accueil des animaux des populations marginalisées.

Objectifs propres au secteur PH

- Développer l'intervention précoce
- Développer les actions à destination des parents disposant d'un Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail (CSAT)
- Autoriser des séjours d'adaptation pour favoriser la réussite des entrées en hébergement permanent (accueil sur une journée/nuit, pour un repas ou une activité)
- Expérimenter dans les établissements de travail protégé (ETP) des places pour favoriser la resocialisation par le travail
- Expérimenter des dispositifs d'accueil de jour pour personnes handicapées vieillissantes
- Développer des services sociaux de territoire (Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) par exemple...) pour accompagner les ESMS PH dans une visée inclusive.
- Simplifier les organisations pour favoriser les transferts entre les ESMS et le milieu ordinaire
- Poursuivre les Appel à Projet (AAP) prévention du bien vieillir en étendant au secteur PH.

➤ Reconnaissance du secteur handicap public (communautés 360, ...)

Contexte :

- Une grande **disparité des acteurs** agissant dans le secteur du Handicap
- **Manque de lisibilité** des dispositifs existants en région et besoin de rationalisation des dispositifs de coordination
- Une absence de réponse satisfaisante et adaptées aux **situations complexes** même si la situation pourrait s'améliorer grâce à la mise en place des communautés 360
- Un **manque évident de places** en établissements
- La politique départementale portée dans le champ du Handicap, les différentes orientations prises par les pouvoirs publics et les autorités de tarification seraient plus efficaces si elles étaient **davantage partagées et travaillées** avec les professionnels
- Importantes **évolutions sociétales** dans les publics à accompagner (à compiler avec les évolutions en matière de santé et de besoin des personnes)
- Un accès aux soins et à son parcours encore difficile (stigmatisation du « Handicap », compréhension des usagers etc) ; **l'accès à l'éducation, à l'emploi** demeurent aussi des enjeux à travailler (absence de politique publique identifiée par tous)
- La notion d'insertion sociale, de **démarche inclusive doit être affichée de manière plus mesurée** en fonction des éléments de contexte concernés (situation géographique, territoire de santé concerné, bassin de population, problématique de santé rencontrée, démographie médicale et paramédicale du secteur, ...)
- Réelle nécessité de travailler à la **déstigmatisation** des publics en situation de Handicap (professionnels et particuliers)
- Nécessité **d'appréhender la notion de parcours dans son ensemble** (tout âge / tout profil)

1. Problématiques régionales

- Une **inégalité** d'équipements de l'offre sur le territoire avec un niveau d'accès aux services et dispositifs de soins et d'accompagnement non homogènes en fonction du contexte géographique
- Des compétences disparates appelant à une **coordination importante** entre les acteurs pour réalisation des projets
- Des **difficultés d'accès aux dispositifs de droit commun** :
 - Difficultés d'accès aux accompagnements spécifiques et spécialisés dès lors que les personnes bénéficient déjà d'une prestation par un ESMS
 - Accès aux dispositifs de droit commun par manque d'informations/ de formations des professionnels qui les portent
- Problématique de **l'identification des personnes demandant un accompagnement** (accès au diagnostic ; distorsion de temps dans le parcours ; manque d'agilité).
- Des **accompagnements des aidants insuffisants** avec des absences de moyens dédiés à leur organisation et leur soutien.

2. Bilan du PRS précédent sur cette thématique

- **Absence/insuffisance d'appropriation du document PRS** par les professionnels du secteur et du territoire et des actions conduites dans sa mise en œuvre
- Des actions portées dans le cadre du précédent PRS, apparaissant **positives** dans leurs résultats, qui demanderaient à être **évaluées pour les déployer** sur d'autres territoires/ESMS

- Parmi les points positifs relevés, l'ensemble des **actions de déploiement des dispositifs de soins orientés vers le « aller vers » est salué** et il semble nécessaire de les reconduire
- Les actions orientées autour des pratiques de **Télésanté/ télémédecine demandent à être approchées avec prudence** (réponse médicale absente et inadaptation de l'outil de télémédecine au public concerné notamment).

3. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie

- **Consolidation avant tout, des démarches engagées.**
- Poursuivre les actions et démarches appelant à **coordonner et mailler les propositions territoriales** et l'offre médico-sociale handicap sur le territoire.
- Engager un travail de **mise en relation entre les acteurs du territoire** via notamment des acteurs de la coordination tels que les DAC, les communautés 360, par exemple.
- **Poursuivre les actions et projets portant les démarches « aller vers »** en réponse adaptées aux besoins des territoires, de leurs usagers et promouvant l'accès aux soins (développement des unités mobiles et des équipes mobiles spécialisées).
- Porter et renforcer les **actions de prévention et de dépistage** (question du repérage des personnes jusqu'alors non accompagnées).
- **Former les professionnels** intervenant auprès des publics spécifiques en fonction de ces spécificités et au service d'une **déstigmatisation** des populations concernées (ex : action à conduire auprès des acteurs de droit commun, des professionnels médico-sociaux et de santé)
- **Promouvoir les initiatives et actions à destination des aidants** pour participer à l'absence de rupture de parcours du couple. *Ex : Promouvoir les actions inscrites autour de la pair-aidance.*

4. Plans d'actions pour atteindre ces objectifs

- Les enjeux de **communication** autour de l'outil du PRS ont été fléchés comme essentiels pour permettre en plus de l'identification des priorités de santé identifiées sur le territoire, de pouvoir s'inscrire dans des démarches d'appropriation permettant aux professionnels de s'inscrire dans des dynamiques proactives.
- Le **développement d'actions/projets à conduire afin d'améliorer la prévention et le dépistage des publics vulnérables** semble à renforcer
- Un travail important et incontournable est à conduire sur la **mobilité**
- Les retours d'expérience démontrent également les **freins portés à la mise en œuvre des projets** en lien avec un manque d'agilité entre les acteurs gravitant autour des personnes notamment quand se confrontent les sujets dits de droit commun et les problématiques de santé.

➤ Rôle des ESMS dans la prévention en santé pour les publics PA/PH

Pour les personnes vieillissantes, les **objectifs prioritaires** sont :

- Améliorer la qualité de vie des personnes vieillissantes (prévention de la perte d'autonomie, lutte contre l'isolement, désinsertion sociale, soutien aux aidants) ;
- Préserver les capacités (ex : ateliers mémoire) ;
- Mieux connaître et prendre en compte les inégalités territoriales de santé
- Améliorer l'accessibilité
- Réduire les risques de chutes (plan triennal de prévention des chutes) ;
- Éviter l'apparition de complications des maladies chroniques ou les réduire (cancer) ;
- Prévenir les risques de malnutrition ou de dénutrition ;
- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse
- Comme pour l'ensemble de la population : prévention des addictions, de la dépression, de la crise suicidaire ...

Le sujet est donc vaste et la politique de prévention un enjeu majeur de santé public tout au long du parcours de l'usagers dans tous les secteurs. Les actions et les liens existent mais ils ne sont pas toujours faciles à identifier, à valoriser et à mettre en œuvre.

Les grandes lignes du bilan régional :

Constats :

- La prévention par les ESMS : tous concernés et ce peu importe la taille de l'établissement...
- ... mais à adapter au regard des moyens de chacun, du contexte local
- Ouverture nécessaire : lien ville hôpital
- Pose la question du public ciblé/périmètre d'action ?
- Multitude d'acteurs : risque de confusion, d'actions peu efficaces
- EHPAD : rôle d'expertise mais si besoin d'expertise plus poussée : plateforme, Hopital de Jour (HDJ), Consultation de soins
- La prévention à mener est à la fois interne et externe : des priorisations sont donc à effectuer
- Les moyens attribués à la prévention questionnent ? Quel modèle ?
- Des actions intéressantes menées par les acteurs de terrains qui doivent être valorisées
- Dans le pathos, il y a une part de prévention. A valoriser également.
- Des besoins de formation des professionnels identifiés au sein de tous les territoires : comment repérer, utiliser et valoriser les ressources existantes ?

Enjeu : le maintien d'une offre de proximité

Des opportunités :

- La mise en place d'action de prévention ont un impact sur l'image du grand public concernant le secteur médico-social
- Une opportunité de s'ouvrir sur son environnement via la mise en place d'actions de prévention
- Des actions fédératrices

- Des financements possibles pour la mise en œuvre d'actions ponctuelles : plan antichute, AAP aidants, Conférence des financeurs...

Les thématiques retenues et toujours d'actualité dans le cadre du prochain PRS :

- Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- Prévenir la perte d'autonomie dans une stratégie de bien vieillir
- Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, prévention de la santé
- Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- Accompagner les aidants
- Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services
- Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers.

Les objectifs/plan d'action retenus par le groupe de travail

- Définir le périmètre d'action de chaque acteur, public ciblé : travailler dans le cadre des parcours de soins : Tout le monde ne peut pas tout faire
- Travail en lien étroit avec ARS et département à mener pour définir les priorités
- Développer les actions de prévention interne dans un premier temps, externe dans un second temps
- S'ouvrir vers l'extérieur : ouverture sur les acteurs du territoire, ouverture à la population, développement des partenariats avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (ex : conventionner avec les CPTS et les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC))
- Mettre en œuvre une politique cohérente de financement (la prévention en interne n'est pas valorisée)
- Conserver la notion de proximité, définir des portes d'entrée puis passage de relais
- Des actions à adapter au regard des ressources du territoire
- Consolider les dispositifs qui fonctionnent avant d'en créer de nouveaux
- Faire de la formation un axe prioritaire : financement des formations à prévoir

➤ Rôle des ESMS publics dans le maintien à domicile et auprès des aidants (offres de répit) :

1. Objectifs proposés par la FHF Normandie

CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION (CLIC)

- Confirmer la place des CLIC dont l'efficacité est reconnue, mais dont la présence sur le territoire et les organisations sont disparates.
- Homogénéiser le fonctionnement des CLIC sur tout le territoire à partir d'une charte commune à tous les CLICS (exemple de la charte en cours d'élaboration par le CD de La Manche).

CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAUX

- Créer une mallette à outils à mettre à disposition de tous les CRT lors de leur création, sur les dispositifs de prévention d'ores et déjà existants qu'ils pourraient ainsi s'approprier rapidement sans à nouveau repenser les choses.

REPERAGE DE LA FRAGILITE

- Créer un outil unique de repérage et d'orientation vers les filières gériatriques à utiliser par tous, sur tout le territoire. Partir d'un outil existant : une demande via trajectoire depuis les lieux de repérage de la fragilité (service des urgences, services à domicile, SDIS, IDEL, portage de repas) pour solliciter le suivi par l'Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile (EMED).

Constat :

- Perte de la fonction de coordination des acteurs du territoire par le pilote MAIA.
- Absence de lieu de rencontre et de partage des acteurs sur l'offre d'accompagnement, le partage d'expérience ;

Nouveaux objectifs : rétablir ce temps de partage

Actions :

- Confier ce rôle aux coordinateurs des futurs CRT (doit systématiquement être dans le socle obligatoire des missions des CRT)
- Les CRT pourraient être également positionnés comme des structures ressources pour mutualiser les réponses aux appels à projet groupés. Nécessité de leur octroyer les moyens pour faire cela.
- Nécessaire définition d'un bassin de population maximum pour un CRT.
- Création d'un annuaire en ligne des initiatives locales existantes sur chaque thématique (missionnée par l'ANAP ?)

ACCOMPAGNER LES AIDANTS

- Avoir des maisons des aidants et plateformes de répit de façon uniforme et couvrant l'ensemble du territoire.
- Créer des familles d'accueil de jour permettrait des micro accueils de jour sur des territoires où il n'y a pas d'EHPAD.
- Généraliser les « Aidants bus » : dispositif du sud manche consistant en la présence d'un bus destiné aux aidants, coordonné avec les jours d'ouverture de l'accueil de jour itinérant.
- Besoin de temps complémentaire en psychologues et ergothérapeutes de façon pérenne dans les dispositifs destinés aux aidants.
- Donner les moyens supplémentaires à TOUS les accueils de jour d'étoffer le service proposé :

- Accompagnement de l'aidant (soutien psychologique, formation à la gestion de la chute au domicile, formation à la communication avec une personne ayant des troubles cognitifs, ...). Les accueils de jour pourraient s'appuyer sur les professionnels des futurs Centres Ressources Territoriaux (CRT) pour proposer cet accompagnement à l'aidant.
- La prestation gratuite de transport.
- Identifier et doter les zones blanches d'accueil de jour.

GARANTIR A L'USAGER L'ACCES A UNE OFFRE DE SERVICES EN SANTE DE PROXIMITE A CHAQUE ETAPE DE SON PARCOURS DE VIE, TOUT EN CONCILIANT QUALITE ET SECURITE

Constat : une politique de prévention en ESMS largement financée mais non pérenne. Entraînant une succession de petites actions sans continuité.

Actions :

- Renforcer les temps de rééducation, kiné notamment, dans les ehpad pour désengorger les SSR, ou bien prévoir des accueils supplémentaires en SSR pour les résidents d'ehpad.
- Prévoir des temps supplémentaires d'orthophoniste dans les ESMS pour réduire les troubles de l'élocution ou troubles de la parole et évaluer les troubles de la déglutition pour réduire les risques de fausses routes, les pneumopathies d'inhalation et adapter l'alimentation au bon moment (ni trop tôt, ni trop tard).
- Prévoir du temps supplémentaire d'Activités Physiques Adaptées (APA) dans les ESMS visant à prévenir les chutes et conserver la mobilité.

➔ Pérenniser ces temps et ne plus fonctionner en appel à projet.

PROMOUVOIR DES LIEUX DE VIE FAVORABLES A LA SANTE ET CONTRIBUER A RENFORCER L'INCLUSION ET LE MAINTIEN EN MILIEU ORDINAIRE

Constat : Pas d'évaluation systématique de toutes les personnes âgées à compter de 60 ans et repérage tardif des situations de fragilité.

Actions :

- Créer des consultations incitatives à partir de 75 ans en consultation de gériatrie, sur le même schéma que les dépistages systématiques des cancers (cancer du sein, prostate, ...)
- Communiquer mieux et davantage sur les aides financières possibles pour les aménagements à domicile sur les aides à domicile pour les sorties d'hospitalisation ou en cas de perte d'autonomie
- Accélérer la mise en œuvre des CRT et les déployer sur l'ensemble du territoire.
- Poursuivre l'incitation au déploiement des tiers lieux dans les EHPAD et l'ouverture des ESMS sur l'extérieur.
- Poursuivre l'incitation au déploiement des projets d'habitats innovants : maison Carpe Diem, habitat inclusif/participatif
- Réserver une place au cœur de la ville pour les EHPAD
- Déployer la prescription d'activité physique adaptée
- Former davantage les services à domicile aux techniques de prendre soin en douceur et aux approches non médicamenteuses et à la conservation de l'autonomie des personnes (« tout ce que je fais à sa place alors qu'il peut encore le faire, nuit à son intégrité, sa santé et son autonomie »).

➤ Ressources humaines /démographie des professionnels de santé : quantité, qualité, attractivité :

L'enquête FHF Normandie du 2 mars 2022 faisait ressortir :

- Des besoins en termes de ressources humaines (sur des professions différentes), en termes de médicalisation et le besoin de plus de vie sociale et d'inclusion dans la société dans les établissements pour **personnes âgées**

- Le besoin de reconnaissance du service public, de valorisation des métiers, et d'accompagnement sur le virage inclusif et dans le déploiement du numérique sur le secteur des **personnes handicapées**

NB : 2 enquêtes menées en février 2022 auprès des adhérents FHFN : 110 EHPAD publics et 124 sites (64% de réponses) et 16 Etablissements publics accueillant des personnes en situation de handicap (44% de réponses)

1. Bilan du PRS précédent sur la thématique

- Manque de **communication et de formation** auprès des acteurs de santé et des usagers sur leurs droits
- **Taux d'occupation** des Instituts de Formation des Aides-Soignants en baisse (87%) et arrêts en cours de formation
- **Manque de médecins** généralistes, surtout en zone rurale, de médecins coordonnateurs, et des **formations soignantes très sanitaires peu adaptées** au secteur médico-social.
- **Mise en tension des salariés** par les difficultés de recrutement : absence de candidatures, nécessité de débaucher les personnes, plus de possibilité de remplaçants ;
- La **télé médecine** en établissement profite peu au grand public, et importantes difficultés d'avoir du temps médical et infirmier disponible pour effectuer les téléconsultations dans nos ESMS.
- **Disponibilité réduite des transports de secours** (nécessité de passer par la régulation du fait de l'immobilisation d'unités de transport) y compris en jours ouvrés notamment suite à la fusion des sociétés de transport.
- **Limite de réponses aux appels à projet** : temps important de constitution des dossiers et délais trop courts pour y répondre et enveloppes à plus long termes nécessaires.

2. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique et plan d'actions

1. Renforcer l'attention à la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels :

- Réévaluer les **ratios** afin qu'ils soient suffisants dans les professions AS (1 pour 1) et IDE ;
- Avoir des **ratios compensatoires** pour la formation, le maintien dans l'emploi et l'absence ;
- Faire en sorte que le **Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** soit aussi un moment de discussion stratégique sur les ratios et l'accompagnement du projet d'établissement ;
- **Inform**er les acteurs de santé des évolutions et causes explicatives de la modification du marché de l'emploi

2. Renforcer les ressources territoriales pour l'exercice des professions de santé :

- **Evaluer** les plateformes des métiers et **créer une application numérique** avec le GRADES Normand'E Santé (NeS) de rencontre de l'offre et la demande,
- Faire bénéficier les **contrats d'assistantat** aux territoires les plus en difficulté (territoire rural) en partenariat avec les médecins libéraux,
- Favoriser **l'implantation de cabinets au sein des ESMS**,
- Favoriser les réseaux de santé et **liens entre ESMS et les professionnels libéraux**
- Partenariat avec **pôle emploi** pour identifier les professionnels de santé en recherche d'emploi

- Favoriser le **financement des études promotionnelles**

3. Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers :

- Favoriser les **rencontres offres et demandes** (ARS et Association des médecins-coordonnateur) ;
- Proposer des **formations courtes** type webinaires aux généralistes sur la fin de vie, la douleur, les troubles de la déglutition, l'incontinence, le risque iatrogène par la capacité à nettoyer les ordonnances
- Développer la spécialité **Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en gériatrie** ;
- **Engagement de servir** des professionnels formés pour éviter le départ des agents ;
- Développer **l'apprentissage** dans les établissements et au sein des instituts de formation (l'alternance, contrats de professionnalisation, ...) pour fidéliser et augmenter les ressources ;
- **Augmenter le nombre de places** dans les centres de formation et filières médicales sur tout le territoire en travaillant à avoir des lieux de stage suffisants (notamment Soins de Suites et Réadaptations (SSR), Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO)) ;
- Faire **évoluer les formations trop sanitaires pour répondre aux besoins des personnes âgées**.

4. Renforcer la communication et la formation auprès des acteurs de santé et des usagers sur les droits :

- Créer des **inter Conseils de Vie Sociale (CVS)** départementaux pour dynamiser les CVS
- Favoriser la participation des représentants des **Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) dans les CVS**
- Favoriser la **participation des personnes aux décisions et la vie des établissements**
- **Intégrer les personnes accompagnées en domicile** individuel dans ces instances de décisions.

5. Assurer le déploiement de l'innovation technique et technologique :

- Favoriser la disponibilité de **spécialistes** pour des consultations de télémédecine ;
- Ouvrir la télémédecine **aux habitants de la ville** ;
- Déploiement de temps **infirmier** pour effectuer les téléconsultations et l'évaluation clinique ;
- Déployer le temps de **secrétariat** pour gérer la programmation des téléconsultations ;
- Développer les téléconsultations **de nuit** pour gérer l'urgence
- Favoriser l'intervention de **l'HAD** en établissement comme en domicile individuel.

6. Favoriser l'innovation à la fois en termes d'organisation et de pratiques professionnelles :

- Utiliser les **EHPAD** et établissements novateurs médicaux sociaux comme des **ressources pour les services de santé ou services à domicile**
- Favoriser l'utilisation de **techniques innovantes** (Humanitude, Montessori, Naomi Feil, Makaton, science de l'ABA (Analyse appliquée du comportement) ...) ;
- S'appuyer sur les expériences innovantes des établissements et **essayer les bonnes pratiques** ;
- **Allonger les délais de réponses aux appels à projet**, faire des AAP **pluriannuels** avec du temps humain **pérenne** et réduire la part établissement exigée trop importante dans les appels à projet.

➤ Accompagnement économique et financier des ESMS :

- Le secteur est confronté à des contraintes diverses de financement et à des **iniquités territoriales** découlant de la répartition tarifaire entre l'ARS et les CD.
- La **compensation inégale et insuffisante des revalorisations salariales** issues du SEGUR et du dégel du point d'indice aggravent les difficultés des ESMS qui subissent de plein fouet les conséquences de **l'inflation**, remettant d'ailleurs en cause leurs projets d'investissements immobiliers, et ce, dans un contexte de limitation des tarifs imposés par les CD pour garantir l'accessibilité, limiter le **reste à charge (RAC)** des usagers et les dépenses d'aide-sociale dont ils assurent le financement.
- Les nouveaux besoins orientés vers le maintien à domicile amènent les ESMS à **diversifier leur offre** de prestations dont les modèles tarifaires, peu harmonisés et accessibles, manquent par ailleurs de lisibilité et de souplesse. Pour exemple, l'Hébergement Temporaire connaît d'une tarification équivalente voire inférieure à l'Hébergement Permanent, alors qu'il entraîne plus de dépenses et de mobilisation des ressources administratives et sociales.
- Si la fusion annoncée des sections dépendance et soin des EHPAD devrait contribuer à réduire les iniquités territoriales en favorisant la convergence des dotations dépendance et soins des ESMS, la **tarification hébergement et de l'ASH**, qui dépend des politiques sociales et fiscales propres à chaque CD, **ne favorise pas la réduction des iniquités** entre les territoires.
- Enfin, la **lourdeur du suivi de certaines subventions (CDF)** est souvent disproportionnée par rapport au montant attribué, ce qui pousse les porteurs à renoncer à déposer des dossiers et laisse des entreprises privées partenaires capter ces crédits.

1. Bilan du PRS précédent sur la thématique

➤ Secteur Personnes âgées :

○ Hébergement Permanent (HP) :

- Concernant le forfait **soin**, constat en 2022 d'une compensation seulement partielle de l'inflation et d'une compensation totale de la hausse du point d'indice. Les coupes Pathos (évaluation des besoins en soins des usagers de l'EHPAD) avancent en pratique au fur et à mesure des disponibilités des autorités tarifaires, de l'historique des coupes et des opportunités des ESMS (restructuration en cours ou non). Les nouvelles coupes sont censées lancer le démarrage de la négociation des CPOM qui s'accompagnent rarement en pratique de crédits complémentaires.

N.B. : Les pouvoirs publics ont précisé les conditions de **changement d'option tarifaire** (partiel ou global) des EHPAD en 2014. Le changement se fait à l'initiative des ESMS mais reste soumis à l'accord du DG ARS dont la validation tient compte de la disponibilité des crédits, des objectifs régionaux fixés dans le PRS et de la programmation des CPOM. Ce soutien vise principalement les EHPAD en tarif partiel avec Pharmacie à Usage Interne (PUI) ayant opté pour le tarif global.

- Concernant le forfait **dépendance**, financé par les conseils départementaux, nous constatons une vraie disparité dans la tarification de la dépendance entre départements en Région

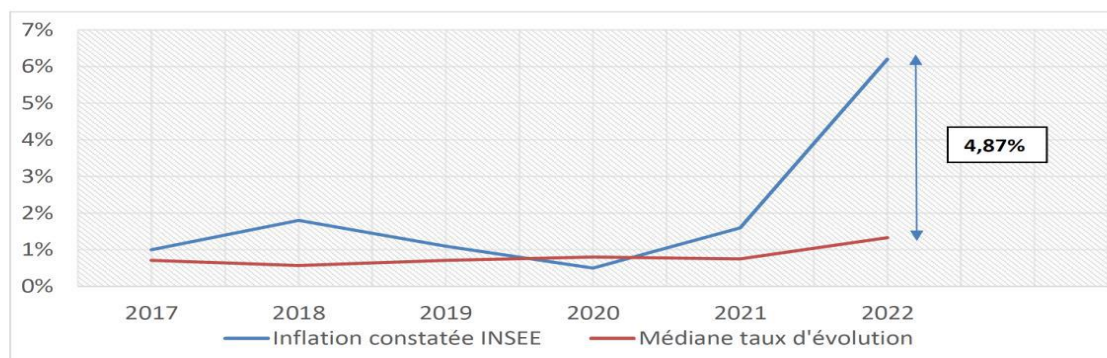
Tarif Gir moyen depondance/Département	Eure	Orne	Calvados	Manche	Seine Maritime	Ecart Max/Min
2017	6,65	6,70	6,79	7,27	7,37	0,72
2018	6,65	6,73	6,82	7,27	7,50	0,85
2019	6,76	6,79	6,82	7,27	7,51	0,75
2020	6,76	6,79	6,90	7,27	7,58	0,82
2021	6,79	6,92	7,20	7,27	7,64	0,85
2022	6,99	6,99	7,27	7,28	7,74	0,75
2023	7,10	7,00	7,27	7,33	7,98	0,98
Evolution 22/23	1,57%	0,14%	0,00%	0,70%	3,10%	30,67%
Projection forfait base 100 lits GMP 720	600 802	592 340	615 187	620 265	675 268	
Ecart /76	-74 466	-82 928	-60 080	-55 003	0	
Equivalent AS	-1,8	-2,0	-1,4	-1,3	0	
Ecart Tarif 2023/moy métropole 2022	-0,20	-0,30	-0,03	0,03	0,68	

- Les conseils départementaux ont proposé une revalorisation des tarifs 2023 pour prendre en compte la hausse du point indice (en sachant que l'impact 2022 n'a pas été compensé, ni l'inflation). Mais ces revalorisations ne semblent pas suffire (impact de +3.5% en année pleine).
- Concernant le forfait **Hébergement**, les EHPAD font face à une **déconnexion réglementaire des modalités de tarification entre secteurs public et privé** nuisant à la lisibilité du coût de fonctionnement des activités et aggravant la pression sur les équilibres budgétaires des ESMS publics devant supporter un plafonnement tarifaire plus contraignant. Les **taux directeurs 2023 des tarifs hébergements** sont variables selon le département :

Taux directeurs hébergement PA/PH /Département	Eure	Orne	Calvados	Manche	Seine Maritime
TH PAD	3%	+4% si TH>59,48 ; +6% sinon	3,35% moy (modula tion de 2,35 à 4,35%)	+1% sur personnel; +0,7% autres	+1,5% sauf G3 + aide inflation de 420€/place
TH PH	3,50%				

Hormis l'Orne, ces taux ne permettront qu'une **compensation partielle de la revalorisation du point indice** (impact de 3.5% en année pleine) en sachant que l'impact 2022 (1.5%) n'a pas été compensé. Par ailleurs, **pas ou peu de compensation de l'inflation** hormis sur la Seine-Maritime (Crédits Non Reconductibles (CNR) de 420€/place) et l'Orne (où le taux directeur global est supérieur à l'impact du point indice).

Pour 2022, le taux moyen national d'évolution observé par les EHPAD répondants est de : **1,33% pour une inflation à 6,2%**. Le graphique ci-dessous illustre bien la totale désindexation entre le niveau des dépenses observées par les établissements (courbe bleue) et l'augmentation des tarifs (rouge).



○ **Hébergement Temporaire Conventionnel (HTC) :**

- Concernant le forfait **soin**, le forfait annuel par place en 2022 s'élevait à un montant de **12 100€** environ (vs 17 406€ pour l'hébergement permanent). Des disparités sont toutefois constatées entre forfaits HT de différents ESMS sur un même département (environ 100€).
- Concernant les forfaits **dépendance** et **hébergement**, les constats sont les mêmes que sur l'HP.

○ **Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental (HTUD) :**

- Concernant les **forfaits soin** et **dépendance**, mêmes constats que sur l'HTC.
- Sur le forfait **hébergement**, constat d'un **tarif inférieur de 1.33€** au tarif de l'HP.

○ **Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HTSH) :**

- Sur le forfait **soin**, l'ARS prévoit une revalorisation du forfait soin (en plus du forfait place d'HT classique) à hauteur de **15 000 euros par place**. Ce montant défini sur la base d'un taux d'occupation moyen de 80% pour ces places d'HTSH, permet de diminuer le reste à charge du résident de 50 euros par jour.

Attention à l'avance de trésorerie car ce forfait est versé en fin d'année via des crédits du Fond d'Indemnisation Régional et non via la dotation globale versée au 1/12ème.

○ **Plateforme de Répit (PFR) :**

- **Sur le forfait soin**, le montant est variable selon l'historique, le contenu de la prestation, etc. Par ailleurs, il existe des disparités selon le territoire d'intervention pour le même forfait.
- Le forfait **initial** s'élève à **120 000 euros** par plateforme de répit. Le PRIAC actuel fixe toutefois un forfait cible à 140 000 euros.
- **Le Reste à charge** pour l'usager est variable (en moyenne 50 jours par an à 32 euros par jour) selon le contenu des prestations de la PFR et le niveau de charges de personnels.

○ **Accueil de Jour (AJ) :**

- **Le forfait soin** annuel s'élève à **11 568 euros** par place pour 2022. Ce montant ne comprend pas les revalorisations salariales SEGUR, la prime grand âge et l'évolution du forfait n'a pas non plus pris en compte l'augmentation significative des frais de transport depuis 2 ans (essence, entretien assurance) et ne permet pas de couvrir un accompagnement aide-soignant en sus du chauffeur. Des disparités sont par ailleurs constatées entre les forfaits de différents EHPAD (environ 200€).
- **Sur les forfaits dépendance et hébergement**, la tarification est variable selon les locaux, l'organisation et le niveau de charges de personnels.

○ **Pôle d'Activité et de Soins Adaptés (PASA) :**

- Le forfait initial PASA s'élève à un montant de **65 000€** pour un PASA de 14 places. Ce montant permet à peine de financer 2 Assistantes en Soins Gériatriques (AS spécialisé) car ne couvre pas les récentes revalorisations SEGUR/Prime Grand Âge/point indice. Il est versé à l'ouverture du PASA.

- **Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) :**
 - Le forfait annuel moyen à la place est de **17 205€** (241 000€ pour 14 places, hors SEGUR et Prime Grand Âge) et ne permet pas de couvrir les coûts réels d'une UHR, notamment l'encadrement important requis pour ce type de structure.
- **Centre territorial de Ressources (CRT) :**
 - Une enveloppe de **1.2 M€ est prévue au PRIAC pour 3 CRT en région** (même si l'ARS prévoit d'en financer 1 par département d'ici la fin de l'année 2023) avec un objectif de proposer à terme un CRT par GHT.
- **Secteur Personnes en situation de handicap**

Les tarifs constatés sont :

- **SAMSAH** (services d'accompagnement MS pour adultes handicapés) : forfait de **22 000 euros** par place dont 17 500 euros versé par l'ARS.
- **SESSAD** (service d'éducation spécialisée et de soins à domicile) : **25 000 euros** par place.
- **UEMA** (unité d'enseignement en maternelle pour enfants avec TSA) : **40 000 euros** par place.
- **EMAS** (équipe médico-sociale d'appui à la scolarisation) – **ULIS** (avec TSA) : **100 000 euros** par équipe.
- **PCPE** (pôle de compétences et de prestations externalisées – polyhandicap) : **385 000 euros**.
- **Centre de ressource régional** « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » : **85 000 euros**.
- **GEM** (groupes d'entraide mutuelle) : **78 000 euros** par groupe.
- **Dispositifs d'ACT** « Un chez-soi d'abord » pour les personnes sans-abri, majeures, atteintes de pathologies mentales sévères » : **14 000 euros** par place (dont 7 000 euros sur le programme BOP 177 pour la prévention de l'exclusion et l'insertion des personnes vulnérables).
- **LAM** (Lits d'accueil médicalisés) pour personnes SDF atteintes de pathologies et ne pouvant être prises en charge dans d'autres ESMS : **74 500 euros** par place.
- **LFSS** (lits de halte soins santé) pour SDF ne pouvant être prises en charge dans d'autres ESMS et dont l'état ne nécessite pas une prise en charge hospitalière : **42 000 euros** par place.
- **CAARUD** (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) : **150 000 euros**.
- **MAS** (Maison d'Accueil Spécialisée) : **61 430 euros** par place en base (hors financement spécifique).
- **ESAT** (établissements et services d'aide par le travail) : gel de la dotation dont le coût à la place se situe au-dessus des tarifs plafonds. Les plafonds 2022 sont les suivants :
 - **13 811 euros** correspond au Tarif plafond de référence par place autorisée ;
 - **17 263 euros** pour les ESAT accueillant au moins 70% de personnes handicapées infirmes moteurs cérébraux.
 - **15 571 euros** pour les ESAT accueillant au moins 70% de PH avec TSA.

- **14 501** euros pour les ESAT accueillant au moins 70% de PH résultant d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale ou d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physiques.

2. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique

1. Favoriser la fluidité des accompagnements séquentiels / des parcours :

- **Simplifier l'instruction des demandes d'entrée** en HT et en PFR pour faciliter le recours au droit au répit (APA complémentaire) et éviter les renoncements aux prestations et les prises en charges délétères en urgence.

- **Revalorisation automatique du forfait HTSH si Taux d'Occupation supérieur à 80%** pour éviter que les EHPAD ne limitent leurs admissions faute de financement du différentiel entre le prix de journée et le reste à charge de 20€, notamment en fin d'année.

- **Revaloriser les forfaits et la tarification hébergement de l'HT** (à déconnecter budgétairement de l'HP) pour favoriser la transformation souhaitée de l'offre HP vers ces dispositifs de répit qui consomment en fait davantage de ressources, notamment administratives (accompagnement social, facturation). Augmenter en contrepartie les plans d'aide APA et inciter les mutuelles à contribuer à la réduction du reste à charge.

- **Lever les obstacles administratifs entre les séjours d'HT et HP** pour éviter d'imposer un retour à domicile inutile dans certains cas et de mettre en difficultés les aidants.

- **Expérimenter la transformation de quelques places d'HP en Unités de Vie Protégée (UVP)** pour accueillir en HT une personne âgée dépendante présentant des troubles modérés du comportement.

- **Développer les lits HTUD** sur chaque département (1 à 2 EHPAD référents) : *Cf. travaux sur l'offre.*

- **Autoriser des séjours d'adaptation pour favoriser la réussite des entrées en hébergement permanent** (accueil sur une journée/nuit, pour un repas ou une activité) avec une tarification variable locale (via une délibération du Conseil d'administration des ESMS) et non uniquement à la journée (compétence du CD). Difficulté rencontrée sur les résidents porteurs de handicap psychique qui nécessitent un temps d'adaptation plus long et une connaissance des équipes pour vaincre les sources d'angoisse qui peuvent provoquer une décompensation.

2. Adapter les financements aux besoins et réduire les iniquités territoriales

- **Adapter les dotations des Plateformes de Répit au périmètre des territoires couverts et des prestations proposées** (coordination). Harmoniser les forfaits sur la cible de 140 000 euros.

- Revaloriser des dotations soins ou apporter des crédits non reconductibles pour **favoriser l'investissement dans les locaux et du matériel bariatrique.**

- Expérimenter des **équipes mobiles spécialisées en addiction** portées par les CH et CHS.

- Expérimenter des équipes mobiles, en lien avec le sanitaire, pour **développer l'éducation thérapeutique** avec du temps Infirmier en Pratique Avancée (IPA) en appui des PFR.

- **Elargir le périmètre des AAP prévention au secteur PH** sans réduire les moyens du secteur PA

- **Renforcer le temps des ergothérapeutes pour adapter les domiciles** en lien avec les SSIAD/SAD et PFR et rationaliser les territoires d'intervention.

- Avancer une réflexion sur la **convergence tarifaire hébergement** : *cf. expérimentation du CD49*

- Financer un forfait **transport** par EHPAD pour favoriser l'accès aux spécialités lorsque qu'un transport ne peut être couvert par la Sécurité Sociale et en dehors de la Télémédecine. Faciliter la délivrance du bon de transport par un autre professionnel que le médecin.

- Financer un **temps de qualicien** dans chaque ESMS (temps mutualisé entre plusieurs ESMS ou temps d'un agent dédié avec la prise en charge de sa formation).

- Renforcer **l'accompagnement de la numérisation et de la sécurité informatique** dont les dépenses sont insuffisamment financées dans les tarifs : à la fois en investissement mais également en fonctionnement (Le coût des maintenances est très important pour nos structures).

3. Communication/formation

- Financement **d'outils de communication pour améliorer la connaissance des urgentistes et Médecins Traitants** sur les missions des ESMS et leurs limites.

- Création d'un **outil de vulgarisation de la tarification des ESMS à destination des usagers et des adresseurs** (notamment hospitaliers) pour mieux comprendre le poids du RAC par rapport à l'ensemble du financement d'une prestation.

- Favoriser le **développement de l'utilisation des techniques « humanitude »** pour améliorer les pratiques, réduire les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), les absences et les Risques Socio-professionnels.

➤ Transformation du bâti des établissements :

1. Problématiques régionales/constats

➤ *Des problématiques cruciales de vétusté*

- **Vétusté** d'un grand nombre de structures existantes ne répondant plus aux évolutions attendues de la prise en charge (indicateur : nombre de chambres doubles encore très élevé) et qui peinent donc à remplir leurs places. Ils se retrouvent à accueillir les publics les plus difficiles (personnes en fin de vie ou avec des troubles sévères), et ce, dans des conditions d'accueil architecturales déplorables.
- La ghettoïsation, le repli et les conditions d'accueil des structures, en font quelquefois des lieux « mortifères » qui rajoutent au **climat de démotivation des personnels**, aux situations de burn-out et au **rejet de cette solution d'accueil par les personnes âgées** elles-mêmes (cercle vicieux).

➤ *Des besoins nouveaux et en croissance*

- **Pic démographique** dans les 30 ans
- **Faible développement** de solutions d'hébergement alternatives à l'EHPAD
- **Disparités** des besoins en ville et en milieu rural
- **Constructions assez récentes qui restent peu ambitieuses** au regard des attentes des personnes âgées actuellement
- La vision des établissements reste très calquée sur le **modèle hospitalier**

➤ *Des problématiques financières*

- De nombreux établissements ont un projet d'amélioration architecturale ou de reconstruction mais leur situation financière ne leur permet pas de le porter. Les établissements sont pour certains régulièrement en **déficit** et **n'arrivent pas à générer de l'autofinancement**. La réalisation de leur projet repose donc essentiellement sur des recherches de **subvention et de l'emprunt** ; ainsi des projets végètent depuis des années sans aboutir.
- Le **Ségur de la Santé** volet investissement a ouvert de nombreux espoirs mais la répartition de l'enveloppe a été très diffuse et peu transparente. En voulant soutenir tous les projets avec l'enveloppe restreinte, le montant finalement attribué est insuffisant pour équilibrer un plan pluriannuel de financement et ces projets n'aboutissent pas.
- Les soutiens des **conseils départementaux** restent très **disparates** selon les départements.
- Les établissements qui proposent des projets plus qualitatifs et proches des nouveaux standards se voient contraints de **réduire leurs ambitions** pour finalement reconstruire à minima.

➤ *Des opérations de regroupement de structures par fusion ou direction commune ont été opérées*

- Ces regroupements ont quelquefois généré des **projets immobiliers de regroupement** avec une capacité au-delà de 200 places sur un même site, créant des lieux de **ghettoïsation** et pouvant majorer les problématiques de fonctionnement et entacher le climat social.

➤ *Le développement de modèles d'hébergement alternatifs à l'EHPAD reste très rare dans la FPH*

- Les porteurs se saisissent **rarement de projets innovants**

- Les autorités de tarification soutiennent l'innovation dans l'idée mais il existe **peu de souplesse** en réalité dans la pratique dès que de nouveaux projets émergent.

2. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie sur cette thématique : 7 axes :

- 1 : Travailler sur **l'offre de soutien à domicile** des personnes lorsque celui-ci est encore compatible avec l'autonomie et s'appuyer sur les EHPAD pour développer ou soutenir cette offre.
- 2 : Développer des **solutions de parcours résidentiel** pour les personnes afin de répondre aux besoins et attentes les plus diverses selon l'âge et les handicaps.
- 3 : Veiller à ce que les nouveaux projets de rénovation ou de reconstruction soient réalisés dans une **dimension domestique** et que les **espaces de travail** des salariés y soient facilités
- 4 : Veiller à ce que les nouvelles conceptions architecturales soient **bioclimatiques**.
- 5 : Veiller à l'ouverture des établissements et à **l'inclusion sociale**.
- 6 : Développer la **domotique** dans les domiciles et structures médico-sociales, en conciliant la liberté et la sécurité.
- 7 : Accompagner les projets sur le plan de **l'investissement**.

3. Plans d'actions pour atteindre les objectifs

Axe 1 : Travailler sur l'offre de soutien à domicile des personnes lorsque celui-ci est encore compatible avec l'autonomie et s'appuyer sur les EHPAD pour développer ou soutenir cette offre

1. Développer les **Plateformes de Répit**
2. Développer les **Centres de Ressources Territoriales**
3. Renforcer l'offre d'accompagnement médico-sociale et sanitaire en milieu de vie ordinaire (**équipes mobiles pluridisciplinaires**)

Axe 2 : Développer des solutions de parcours résidentiel pour les personnes afin de répondre aux besoins et attentes les plus diverses selon l'âge et les handicaps

4. Réaliser un **audit territorial** en lien avec les départements du bâti et du foncier potentiellement existant, à restaurer et/ou à transformer et/ou reconstruire
5. Développer des **résidences inclusives avec projet d'aide à la vie partagée** en lien avec la conférence des financeurs, qui peuvent venir compléter l'offre des EHPAD
6. Développer des **petites unités dédiées aux personnes en fin de vie** avec une architecture et un projet dédié et les moyens financiers adéquats
7. Impulser la créativité des porteurs de projets pour que les réponses soient **diverses et innovantes et en interaction avec l'environnement local**
8. **Assouplir les régimes d'autorisation** pour favoriser l'innovation

Axe 3 : Veiller à ce que les nouveaux projets de rénovation ou de reconstruction soient réalisés dans une dimension domestique et que les espaces de travail des salariés y soient facilités

9. Créer des **résidences avec des espaces de dimension et d'ambiance domestique** : superficie des logement **d'au moins 26 m2** avec un espace jour et un espace nuit, prévoir un espace « kitchenette » avec un petit réfrigérateur à minima, favoriser l'apport de mobilier et décoration personnelle, favoriser les balcons, prévoir des espaces de vie partagée, créer des espaces pour les invités (salle de restauration, chambre d'hôte...), prévoir des jardins et terrasses, veiller à l'esthétique des espaces, salle de bain PMR, ...

10. Equiper les logements des résidents de **matériel facilitant le travail des personnels**, tout en veillant à leur **discrétion** (ex : rails de transfert)
11. Penser les espaces de manière à **faciliter les déplacements des salariés** et à **rendre les lieux accueillants** : prévoir de nombreux espaces de rangements pour les charriots, le matériel divers et placés aux bons endroits pour l'ergonomie
12. **Augmenter la largeur des lits** pour éviter les barrières de lit en systématique et améliorer le confort des résidents
13. Prévoir l'accueil des couples avec des **logements communicants** et prévoir des lits médicalisés doubles
14. **Associer des designers** aux projets
15. Développer les **voyages apprenants** regroupant les porteurs, les autorités de tarification, des professionnels et des usagers
16. Créer des nouveaux métiers garants de la citoyenneté des personnes et de la domiciliation, comme des **coordonnateurs de la citoyenneté de de la domiciliation** (en lien avec les métiers)

Axe 4 : **Veiller à ce que les nouvelles conceptions architecturales soient bioclimatiques**

17. Agir pour la reconstruction en lien avec la **transition énergétique**.
18. Soutenir financièrement les démarches de reconstruction ou réhabilitation en **label BBC**

Axe 5 : **Veiller à l'ouverture des établissements et à l'inclusion sociale**

19. **Interdire** de reconstruire les nouvelles structures dans des lieux **isolés et/ou stigmatisant**
20. Favoriser les **tiers lieux** avec des projets de vie partagée
21. Soutenir **financièrement** le développement et l'animation de ces projets de vie partagée

Axe 6 : **Développer la domotique dans les domiciles et structures médico-sociales, favorisant le soutien de l'autonomie et conciliant la liberté et la sécurité**

22. Développer des **alternatives domotiques** pour éviter les portes fermées et les lieux enfermant (dispositif anti égarement, systèmes de géolocalisation...)
23. **Chemins lumineux** pour éviter les chutes nocturnes
24. Volets roulants **électriques**
25. **WC lavant/séchant**

Axe 7 : **Accompagner les projets sur le plan de l'investissement**

26. Une **programmation régionale de soutien des projets** par bassin de vie s'appuyant sur l'audit territorial
27. Un **accompagnement financier mieux dimensionné** garantissant des projets qualitatifs et attractifs et entrer dans un cercle vertueux qui propose des espaces valorisants pour les habitants et leurs familles et pour les salariés (éviter le saupoudrage financier qui produit au mieux des projets désuets à leur sortie et peu attirants pour les publics).

➤ Rôle des Etablissements sur l'étape de pré-admission : travailler les parcours en amont

La fluidité des parcours est au cœur des enjeux des politiques publiques tant sur le secteur des personnes handicapées qu'âgées. Il s'agit de pouvoir mieux anticiper les changements, de désengorger les services hospitaliers, de réduire les délais d'attente et d'éviter les situations de rupture.

Tant sur le versant personnes âgées qu'en situation de handicap, le maillage territorial est un enjeu majeur pour que chaque acteur puisse trouver sa place dans le parcours des personnes. L'interconnaissance des compétences, organisations et spécificités des acteurs, tant sanitaires, médico-sociaux et sociaux (ESMS) ou libéraux doit permettre d'améliorer l'accès aux services.

1. Problématiques régionales

- Le vieillissement de la population induit un **besoin d'accompagnement diversifié** pour sécuriser les parcours en respectant le choix des personnes et/ou des aidants.
- Sur le versant personnes âgées, si les modalités d'accueil se sont **diversifiées** en EHPAD avec la création de places d'urgences (HT d'urgence, HTSH) ayant vocation à retarder l'institutionnalisation des résidents en favorisant le maintien à domicile ou à familiariser le résident et sa famille avec l'EHPAD et ainsi permettre de désengorger le sanitaire ainsi que la création d'équipes mobiles d'EHPAD ayant pour objet de mieux préparer les entrées, les **financements de telles mesures ne sont pas toujours pérennes et ne permettent pas de se projeter**, ou alors les **appels à projet sont très contraignants** en termes d'immobilier, ce qui ne permet pas toujours aux EHPAD d'y répondre pour diversifier leur offre.
- La création des **Dispositifs d'Appui à la Coordination** (DAC) devrait permettre de simplifier la coopération avec les libéraux, notamment les médecins traitants, pour gérer les situations complexes et les **CLIC** restent des partenaires de proximité en ce qui concerne les admissions de personnes restées à domicile. Toutefois, leur **rôle propre est souvent encore à définir de manière opérationnelle** et ils sont souvent **désarmés pour gérer avec réactivité les cas complexes** qui s'aggravent à domicile et majorent les difficultés à l'admission.
- Enfin, la **complexité des démarches administratives** à réaliser pour être admis en ESMS est un frein que le manque voire **l'absence de temps de travailleur social en EHPAD** rend difficile à lever ; ceci est d'autant plus vrai sur les places d'urgences ou d'accueil temporaire sur lesquelles le taux de rotation est plus important.
- Sur le versant **personnes en situation de handicap**, le secteur étant composé à 90% d'acteurs privés, le poids des **acteurs publics doit être valorisé** car ils sont amenés à régulièrement gérer les **situations complexes**. Chaque acteur gérant sa liste d'attente et ses admissions selon une politique interne qui lui est propre, il n'existe pas aujourd'hui de vision fine et globale des besoins d'accompagnement mais également des réponses territoriales existantes et en cours de développement, ce qui complexifie les demandes d'admission, que ce soit celles des familles comme celles provenant de partenaires, notamment sur le versant sanitaire.

2. Bilan du PRS précédent sur la thématique

- De **nouvelles places** ont été créées pour répondre aux situations d'urgence mais elles doivent être installées **à part de l'accueil classique** et dans des chambres simples. Il faut donc une **configuration architecturale** permettant de le faire alors que le développement de ce type de solution permet de répondre aux besoins du territoire.

- **L'hébergement temporaire**, qui doit normalement être suivi d'un retour à domicile, peut être une bonne première approche de l'EHPAD mais arrive parfois trop tard, lorsque la situation est déjà devenue complexe.
- Le **soutien aux aidants via les plateformes de répit** est nécessaire mais pas suffisant en termes de moyens pour rester à domicile alors qu'il est indispensable d'en soutenir le développement pour les années à venir.
- Sur le **versant PH**, les politiques inclusives ont amené à multiplier les appels à projets sur des dispositifs de coordination, de soutien au milieu ordinaire qui peuvent produire un **effet mille-feuille** dans lequel les liens entre les acteurs doivent être définis. Si la dynamique liée aux **Communautés 360 COVID** a parfois permis de mettre en place les prémices d'une coopération territoriale, elle est **à développer** au cours des prochaines années en s'appuyant sur les dynamiques territoriales afin que les acteurs se coordonnent et trouvent ensemble de nouvelles modalités de fonctionnement pour répondre aux **enjeux de gestion des listes d'attente et des admissions** dans le cadre d'un projet coopératif de territoire.

3. Nouveaux objectifs proposés par la FHF Normandie

- Développer les **Plateformes territoriales d'expertise gériatrique** pour soutenir les médecins traitants et mieux anticiper le repérage des fragilités
- Renforcer le **temps de travailleur social dans les ESMS et les CLIC/DAC** pour mieux accompagner les usagers/aidants
- **Fluidifier les liens entre l'hôpital et les EHPAD** mais également entre la **ville et les EHPAD** pour prévenir les ruptures de parcours et éviter le passage par le sanitaire
- **Renforcer le lien ville-médico-social en renforçant les moyens de maintien à domicile** et en préparant l'entrée en EHPAD, notamment en renforçant les liens avec les DAC.
- **Engager l'ensemble des acteurs des territoires dans le déploiement des Communautés 360** via une feuille de route claire s'appuyant sur les spécificités des territoires.
- **Eviter les ruptures de parcours** de vie et de santé
- **Rapprocher le secteur PH et PA en partageant des formations** permettant le transfert de savoirs et le partage des connaissances.

4. Plans d'actions pour atteindre ces objectifs

- **Déployer les communautés 360** sur l'ensemble des territoires en s'assurant de l'implication tant du secteur public que privé afin de travailler sur des modalités d'admission et de gestion des listes d'attente harmonisées
- **Renforcer le temps de travail social en EHPAD** afin de fluidifier l'entrée en aidant les familles à faire les demandes d'aides nécessaires.
- **Renforcer les modalités de repérage des fragilités** pour favoriser la pré admission en lien avec les acteurs du territoire
- Enjeu des AAP : **pérennité des financements** (ex : les financements des équipes mobiles gériatriques sont reconductibles chaque année)
- **Informer** les médecins traitants et tous les acteurs libéraux des **dispositifs existants** (valable PH et PA) et de leurs modalités d'admission. A ce sujet, **l'engagement des DAC dans les C360 est primordial.**
- **Travailler avec les Départements sur le reste à charge pour les familles**, souvent trop important.

➤ Transition écologique / politique de Responsabilité Sociétale et Environnementale en ESMS :

Le but recherché est d'identifier 4 à 6 objectifs majeurs à proposer pour intégration dans le prochain Programme Régional de Santé (PRS).

En introduction, il est rappelé les **4 thématiques retenues** :

1. **Accompagnement** à la démarche éco-responsable ;
2. **Formation et information** du personnel ;
3. **Outils de veille juridique** et retours d'expérience ;
4. **Conduite de projet et appui méthodologique.**

En sus de ces thématiques, il est demandé d'aborder la notion d'empreinte carbone ou Bilan d'Emission de Gaz à Effet de Serre (BEGES) des établissements médico-sociaux.

1. ACCOMPAGNEMENT A LA DEMARCHE ECO-RESPONSABLE

- Il est rappelé l'installation récente des **Conseillers en Transition Energétique et Ecologique en Santé** (CTEES) en Normandie. Ces derniers étant installés dans les établissements supports des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et la Coordinatrice de ce réseau se trouve au CHU de Caen. Il est nécessaire que la lettre de mission de ces CTEES contienne des actions minimales pour tous et accessibles à l'ensemble des structures sanitaires, sociales et médico-sociales.
- Or, il plane une grande inquiétude sur le fait que les CTEES ne se focalisent principalement que sur l'établissement support et les Centres hospitaliers rattachés. Qu'en sera-t-il notamment pour les établissements et services hors GHT, situé en 3^{ème} rideau ?

Aussi, **il est proposé la création d'un CTEES rattaché au secteur Médico-social** (avec ou sans lien de rattachement à un GHT). Cette proposition est d'autant plus intéressante qu'elle pourrait d'une part **alerter les établissements et services des fenêtres de subventions** (nécessitant une extrême vigilance) et d'autre part **aider les structures à calculer leur empreinte carbone issue de l'activité**. S'agissant de la réalisation d'un BEGES, un **accompagnement financier** sera à rechercher (prévoir en moyenne 9 à 11 000 euros par structure).

RAPPEL - Dispositif BEGES

Le dispositif des bilans d'émissions de gaz à effet de serre (BEGES), encadré par l'article L. 229-25 du code de l'environnement, prévoit la réalisation d'un bilan d'émissions et d'un plan d'action volontaire visant à les réduire tous les trois ou quatre ans pour :

- *Les personnes morales de droit privé de plus de 500 salariés - L'État, les régions, les départements, et les EPCI de plus de 50 000 habitants*
- *Les autres personnes morales de droit public employant plus de 250 personnes (hôpitaux, etc.).*

- Enfin, le verdissement des flottes de véhicule aurait un impact possible sur le forfait mobilité durable (ex au CH de Lisieux).

2. FORMATION ET INFORMATION DU PERSONNEL

- Différents supports de formation peuvent être créés pour accompagner les établissements tels que des **Webinaires, des capsules vidéo**, ...
- On peut également s'appuyer sur **l'ANAP**
- La Thématique RSE est à **inscrire dans les projets d'établissement et les plans de formation** des ESMS.
- Dans tous les cas, il peut être opportun de **mettre en place des référents transition écologique** dans chaque structure, avec pour rôle :
 - o être la personne identifiée RSE,
 - o assurer la formation du personnel,
 - o organiser une « *journée RSE, journée Mobilité durable, ...* ».
- S'agissant de la mobilité durable/gestion des transports, il est nécessaire de **tenir compte du contexte local** (zone urbanisée vs zone rurale).

3. OUTILS DE VEILLE JURIDIQUE ET RETOURS D'EXPERIENCE

- Il est conforté la volonté **d'obtenir une veille juridique du secteur médico-social** (rôle des CTEES ?).
- De même, il est attendu du secteur **l'obtention d'objectifs RSE portés par l'Agence Régionale de Santé de Normandie**¹. Ces objectifs pouvant être en lien avec le PRS Environnement publié par la Préfecture de région et intégrer des dispositions relevant de l'ADEME².
- Il est primordial de recueillir l'agrégation de toutes les informations relatives à la thématique.

4. CONDUITE DE PROJET ET APPUI METHODOLOGIQUE

- Il est demandé d'inscrire la notion de **Déclaration de Performance Extra-Financière (DPEF) applicable aux établissements sociaux et médico-sociaux**. Pour rappel, il s'agit d'un document par l'intermédiaire duquel une organisation détaille ses implications sociales, environnementales et sociétales de sa performance et de ses activités, ainsi que son mode de gouvernance.
 - Cette **notion de DPEF devrait à terme être en lien avec les Projets d'établissement (PE) et les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** des établissements et services. Ainsi les principaux engagements RSE inscrits dans les CPOM pourraient facilement être inscrits et portés dans le prochain PRS.
 - Il serait également nécessaire de **développer les Appels à projets (AAP) /Appels à Manifestation d'intérêts (AMI) en lien avec la transition écologique**.
 - De même, la gestion des bâtiments « *passoire-énergétiques* » doit être **mieux pris en compte dans les projets de construction/réhabilitation**, tenant compte du contexte local.
-

↳ Conclusion PRS 2023 – 2028 proposé par la FHF Normandie

- **Secteur sanitaire :**

La FHF Normandie a fait des **propositions stratégiques et pragmatiques**, issues des réalités de terrain des établissements de santé publics normands, répartis sur l'ensemble du territoire, afin d'améliorer la santé de la population au travers de l'offre de soins.

Sans surprise les **propositions structurelles concernent 3 grands domaines** :

- La **structuration de l'offre de soins** dans un esprit de gradation, de qualité, de couverture du territoire et de soutenabilité économique
- La **démographie médicale et soignante** afin d'utiliser au mieux une ressource rare et mal répartie entre les spécialités et entre les territoires
- **L'écologie** dans toutes ses composantes : environnement, émission de gaz à effet de serre, sobriété, responsabilité sociétale

Les **propositions sectorielles se concentrent sur les disciplines qui nous semblent les plus en difficulté** ou devant le plus être transformées :

- La **périnatalité**
- Les **urgences**
- La **cancérologie**
- Les **soins critiques**
- La **psychiatrie**
- Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) qui deviennent les **Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)**
- Les **Unités de Soins de Longue Durée (USLD)**

Face à la rareté des ressources (en personnel, environnementales ou financières) et aux besoins des normands, le pragmatisme nous amène à proposer **des méthodes réalistes et ayant fait leurs preuves pour permettre des progrès pour la santé** et le bien-être de la population :

- Prévention et **responsabilité populationnelle** par territoire
- Développement des **hôpitaux de proximité**
- **Evolution des métiers** de soignants
- Gestion des hôpitaux par la **qualité**
- **Transition écologique** avec une priorité à la pertinence des actes soignants et aux éco-soins

Un tableau de bord FHF de la santé en Normandie sera suivi annuellement pour **mesurer la pertinence de ces propositions et des actions qui en découlent**.

- **Secteur médico-social :**

La FHF Normandie, regroupant une soixantaine d'adhérents ESMS publics autonomes et une quarantaine d'ESMS rattachés à un établissement public de santé, a également formulé des propositions sur neuf thématiques jugées prioritaires pour le mieux vivre des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Ces nombreuses propositions formulées par neuf groupes de travail peuvent être regroupées sous **deux préconisations essentielles** :

- **Assurer une meilleure lisibilité et accessibilité de l'offre médico-sociale et l'adapter aux besoins actuels des usagers :**
 - Développer à la fois les hébergements permanents et les dispositifs alternatifs à cet hébergement permanent
 - Renforcer le lien des ESMS avec le domicile et mieux accompagner les aidants (ex : PFR)
 - Adapter les bâtis aux besoins actuels des usagers (développer la médicalisation des structures tout en leur assurant une vraie intimité dans un vrai « chez soi »)
 - Renforcer la prévention en santé des usagers
- **Favoriser la mise en réseau et la bonne coordination entre acteurs du secteur médico-social :** ESMS, ville, sanitaire et plateformes d'appui (CLIC, CRT, communautés 360...) pour travailler ensemble sur tout le parcours des usagers : la phase de préadmission (repérage des fragilités) en ESMS, l'accompagnement en structure, et le passage d'une structure à une autre (ex PHV)

S'il est indispensable dans le secteur des **personnes âgées** d'anticiper les évolutions démographiques (plus de personnes hébergées et plus d'accompagnements à domicile dans les années à venir), il est nécessaire de s'adapter en même temps à leurs besoins évolutifs (des personnes âgées qui arrivent en établissement de plus en plus âgées avec des troubles cognitifs mais qui doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement de qualité en toute sécurité).

Sur le secteur des **personnes handicapées**, l'accompagnement médico-social doit pouvoir se réaliser tout au long de la vie de l'utilisateur, peu importe son âge et son profil. Il est donc nécessaire de fluidifier leur parcours, et développer aussi bien les interventions précoces, l'accès à l'éducation et au travail, et enfin mieux prendre en compte et accompagner les personnes handicapées vieillissantes.

Toutefois ces axes ne pourront être développés, et les ESMS ne pourront continuer à proposer un accompagnement de qualité sur tous ces champs, sans un **accompagnement renforcé des pouvoirs publics sur quatre niveaux** :

- Des **ressources humaines** (renforcer les ressources au sein des structures et en ville/sanitaire pour soutenir les ESMS, favoriser la formation et la QVT, ...)
- **Financier, adapter les financements aux besoins** (compenser entièrement les revalorisations salariales, l'inflation, limiter les restes à charge pour les usagers, mieux financer les dispositifs alternatifs à l'hébergement permanent, obtenir des financements pérennes et réduire les iniquités territoriales...)
- **Administratif** (la lourdeur actuelle de l'administration des ESMS amène à solliciter une plus grande souplesse, notamment dans le suivi des subventions, la réponse aux AAP, la fluidification des parcours...)
- **Ecologique** (Renforcer l'accompagnement des ESMS dans leur transition écologique pour améliorer la qualité de vie des usagers, agents et in fine la planète).

Glossaire

AAP	Appel à Projet
ADEME	Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie
AIG	Activité d'Intérêt Général
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Allocation Personnalisée Autonomie
APA	Activités Physiques Adaptées
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignante
AT	Autorité de tutelle
BEGES	Bilan d'Emissions de Gaz à Effet de Serre
BPCO	Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CAARUD	Centre Accueil Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CCA	Chef de Clinique Assistant
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDF	Conférence Des Financeurs
CDU	Commission Des Usagers
CH	Centre Hospitalier
CII	Conseil International des Infirmiers
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNG	Centre National de Gestion
CNR	Crédit Non Reconductible
COFIL	Comité de Pilotage
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CPTS	Communauté Professionnels Territoriale de Santé
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRT	Centre Ressource Territorial
CSAT	Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail
CT	Convention Tripartite
CTEES	Conseiller Technique Energie et Environnement en Santé
CTI	Complément de Traitement Indiciaire
CTSM	Contrat Territorial de Santé Mentale
CVS	Conseil de Vie Sociale
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DES	Diplôme D'Etude Spécialisée
DIA	Dispositif infirmier d'astreinte
DMP	Dossier Médical Partagé
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EGES	Emissions de Gaz à Effet de Serre
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMAS	Equipe Médico-Sociale d'Appui à la Scolarisation
EMED	Equipe Mobile d'Evaluation à Domicile

EMG	Equipe Mobile Gériatrique
EMPPA	Equipe Mobile de soins Psychiatriques pour Personnes Agées
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
EPMU	Equipe Paramédicale Mobile d'urgence
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Education Thérapeutique du Patient
ETP	Equivalent Temps Plein
EVC	Epreuve de Vérification des Connaissances
FAM	Foyer d'Accueil médicalisé
FIR	Fonds d'Investissement Régional
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FST	Formation Spécialisée Transversale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIR	Groupe Iso Ressources
GMP	Groupe Iso Ressources Moyen et Pondéré
GO	Gynécologue-obstétricien
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hospitalisation de Jour
HDJP	Hôpital de Jour Polyvalent
HP	Hôpital Psychiatrique
HP	Hébergement Permanent
HT	Hébergement Temporaire
HTC	Hébergement Temporaire Conventionnel
HTSH	Hébergement Temporaire Sortie d'Hospitalisation
HTUD	Hébergement Temporaire d'Urgence Départemental
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IDEL	Infirmière diplômée d'Etat Libéral
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IPA	Infirmière de Pratique Avancée
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS	Lits de Halte Soins Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison des Adolescents
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
MS	Médico-Social
MT	Médecine du Travail
MT	Médecin Traitant
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PA	Personne Agée
PAD	Personne Agée Dépendante

PADHUE	Praticien à Diplôme Hors Union Européenne
PAPRAPAS	Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins
PASA	Pôle d'Activités et Soins Adaptés
PCPE	Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PDS	Permanence des Soins
PE	Projet d'Établissement
PEC	Parcours Emplois Compétences
PEC	Prise en Charge
PEG	Plateforme d'Expertise Gériatrique
PFR	Plateforme de Répit
PHV	Personne Handicapée Vieillissante
PIMM	Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé
PM	Personnel Médical
PNM	Personnel Non Médical
PRS	Projet Régional De Santé
PRSE	Plan Régional Santé Environnement
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAC	Reste à Charge
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
ROR	Répertoire nationale de l'Offre et des Ressources en Santé
RPS	Risques PSychosociaux
RSE	Responsabilité Sociétale et Environnementale
RSVA	Réseau de Services pour une Vie Autonome
SAD	Service à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDF	Sans Domicile Fixe
SDIS	Service Départementale d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Education Spécialisée et de Soins A Domicile
SF	Sage-Femme
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TE	Transition Ecologique
TLM	TéléMédecine
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
T2A	Tarifcation à l'Activité
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UE	Union Européenne
UEMA	Unité d'Enseignement en Maternelle pour Autistes
UHR	Unité d'Hébergement Renforcée
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UMD	Unité pour Malade Difficile
USC	Unité de Soins Complexes
USIP	Unité de Soins Intensifs Psychiatriques
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USPC	Unité de Soins Prolongés Complexes
UVP	Unité de Vie Protégée