



Les contributions présentées dans ce document sont issues des travaux menés par les adhérents de la FHF Bretagne dans le cadre de l'élaboration du PRS 3 breton.

Projet Régional Santé 3 Bretagne

Contribution de la Fédération
Hospitalière de France
Bretagne



Sommaire

Une forte mobilisation des adhérents de la FHF Bretagne mais un projet qui ne répond pas totalement aux enjeux :

Analyse synthétique du Projet Régional de Santé 3

Partie 1 : La Transformation de l'offre en Bretagne et dans ses territoires : un enjeu primordial pour améliorer la qualité de l'accès aux soins pour la population

Partie 2 : Un renforcement de l'attractivité des établissements au regard des problématiques de démographie des professionnels de santé

Partie 3 : Le lien Ville – Hôpital - Patients, articulation essentielle des parcours de santé

Partie 4. Les recommandations de la FHF Bretagne sur le Schéma Régional de Santé

Annexe : Présentation de la réflexion engagée par la Commission Parcours de la FHF sur une nouvelle organisation territoriale pour mieux répondre aux enjeux de la population

Une forte mobilisation des adhérents de la FHF Bretagne mais un projet qui ne répond pas totalement aux enjeux : Analyse synthétique du Projet Régional de Santé 3

L'élaboration du Projet Régional de Santé 3 (PRS 3) 2023 -2027 est entrée dans sa phase active tout au long du 1^{er} semestre 2023, étant entendu que l'année 2022 a été consacrée, via la CRSA Bretagne et les travaux du Conseil National de la Refondation Santé à faire le bilan du PRS 2 et dresser les principales perspectives pour le PRS 3.

La FHF Bretagne a pris une part très active à l'élaboration du PRS, en mobilisant plus de 400 adhérents qui ont participé aux travaux menés dans les Groupes Thématiques Régionaux (GTR), les Groupes Experts (GE), les instances de concertation préexistantes, les instances de démocratie sanitaire ainsi qu'au sein des groupes de travail internes à la FHF Bretagne ou lors de séminaires thématiques.

Soucieuse de bâtir une contribution représentative de l'ensemble des établissements adhérents, Etablissements de Santé (ES) ou Etablissement Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS), et de l'ensemble des territoires, la FHF Bretagne a bâti une méthodologie de consultation permettant à ses représentants de porter la position et les contributions des acteurs publics.

Elle a notamment organisé des rencontres de préparation des GTR aux enjeux majeurs. Elle a également réuni des séminaires thématiques (santé mentale ; autonomie), mobilisé la conférence des régionale des DRH et la conférence régionale des PCME.

Des groupes de travail spécifiques ont également été mis en place afin d'évaluer l'impact de la réforme des autorisations sur les activités soumises à un seuil.

Enfin, ce document intègre également les contributions portées par la FHF Bretagne dans le cadre du Conseil National de la Refondation (CNR) – santé, de la Feuille de route Numérique en santé 2023-2027 et plus largement, des contributions de la FHF nationale.

Compte tenu de ces travaux internes mais également en réponse aux documents de travail diffusés par l'ARS Bretagne, la Fédération Hospitalière de France – Bretagne, lors de son Conseil d'Administration réuni le 30 juin 2023 a rendu une analyse qu'elle a ensuite exposée lors de l'Assemblée plénière de la CRSA le 4 juillet 2023 à Saint Briec.

A cet égard, la FHF Bretagne insiste, comme elle l'a déjà fait de nombreuses fois, sur un calendrier qui n'a pas permis aux acteurs de la démocratie sanitaire de se saisir de la totalité des sujets faute de temps. Or nous considérons que l'implication de ceux-ci est indispensable pour accompagner et répondre ensemble aux enjeux actuels.

La FHF Bretagne avait pourtant demandé, depuis longtemps, une ouverture des travaux au cours du dernier trimestre 2022, se référant en ce sens à l'expérience antérieure et à la nécessité d'un temps de maturation de sujets qui peuvent être complexes.

Au total, si la concertation a été ouverte, transparente et collective notamment sur la partie 1 concernant le Schéma Régional de Santé, force est de constater que le résultat n'est pas totalement à la hauteur de nos espérances.

Ce PRS intervient en effet à l'issue d'une crise sanitaire inédite de près de trois ans dont les conséquences continuent de marquer les établissements publics : déficit d'attractivité, reprise parfois difficile de l'activité, difficultés budgétaires... Ce PRS sera

aussi celui du creux démographique le plus prononcé chez les médecins, tandis que le vieillissement de la population s'accélère.

Le décalage entre l'offre et la demande de soins n'a jamais été aussi fort. Les établissements hospitaliers y sont particulièrement confrontés.

La FHF Bretagne considère qu'il faut aborder cette situation avec lucidité et courage : le maintien en l'état de l'offre ne sera pas possible dans les prochaines années ; nous le vivons déjà. Dès lors il nous faut utiliser au mieux les ressources disponibles pour garantir la sécurité des prises en charge et des parcours.

Nous souhaitons réfléchir et orienter cette transformation plutôt que la subir aveuglément au gré des fragilités conjoncturelles.

Ceci suppose de travailler sur l'organisation de l'offre de soins. C'est un travail technique que les professionnels de santé demandent et assumeront ; c'est également un travail de pédagogie qui doit être mené auprès des élus et de la population.

La transformation de l'offre doit donc être la priorité des prochaines années. Elle recouvre plusieurs éléments indissociables :

- Définir un schéma de transformation de l'offre hospitalière adapté aux besoins de la population du territoire tenant compte des ressources disponibles en termes de démographie médicale et soignante et intégrant la problématique de la permanence des soins. La mise en œuvre de la réforme des autorisations est une opportunité.
- Redonner toute leur place aux acteurs de ville en amont et en aval du système hospitalier : promotion de la responsabilité populationnelle, couverture du territoire et intégration des CPTS, valorisation de soins non programmés, fluidité des parcours post hospitaliers, promotion de l'offre en médico-social et dans l'accompagnement du retour ou du maintien à domicile.
- Renforcer les capacités d'accueil et de transfert dans les secteurs médico-social et du domicile pour assurer la fluidité et garantir la pertinence des parcours de santé et de vie. Ce soutien est une condition indispensable pour que les établissements de santé recouvrent leur pleine capacité à se recentrer sur leur mission de soins aigus.
- Promouvoir les nouveaux métiers et modes d'exercice : infirmiers en pratique avancée (en ville et à l'hôpital), protocoles de coopération, délégation, utilisation du numérique, télésanté... C'est le moyen d'utiliser au mieux les ressources existantes et c'est aussi un facteur d'attractivité fort.

La poursuite du travail sur l'attractivité est la seconde priorité. Au-delà des développements ci-après, elle suppose une vision claire des perspectives démographiques par territoire à court et moyen terme, tant pour les professionnels médicaux que soignants.

A ce stade de la rédaction du Schéma Régional de Santé (et des propositions connues des Objectifs quantifiés de l'Offre de Soins), nous considérons que le PRS3 est un projet qui s'inscrit dans la continuité, quand nous pensons qu'il devrait être de rupture pour répondre aux difficultés et enjeux qui sont les nôtres.

Partie 1 : La Transformation de l'offre en Bretagne et dans ses territoires : un enjeu primordial pour améliorer la qualité de l'accès aux soins pour la population

La crise que subit le système hospitalier en France, et pas uniquement en Bretagne, est désormais devenue un enjeu non plus conjoncturel mais bien structurel. Celle-ci prend la forme d'une pénurie de ressources humaines médicales et paramédicales qui ne permet plus de prendre en charge la population bretonne avec qualité.

Il est donc désormais nécessaire d'intégrer cette donnée dans tous les documents prospectifs qui peuvent être mis en place, y compris le Projet Régional de Santé 3. C'est dans ce cadre que la FHF Bretagne propose une doctrine régionale basée sur une adaptation de l'offre aux territoires.

Au-delà de ce travail de réflexion, la FHF Bretagne souhaite également attirer l'attention des autorités sur l'impact de la réforme des autorisations sur les activités de soins dans le territoire par la mise en œuvre de seuils pour pouvoir continuer l'activité (cancer – chirurgie gériatrique – cardiologie interventionnelle, etc...) mais également des conditions techniques de fonctionnement qui demandent un renfort médical et paramédical, voire des conditions d'accueil architecturales qui occasionneront la mise en place de projets d'investissement dans les établissements.

1.1. Pour une doctrine régionale de l'adaptation de l'offre aux territoires

La transformation de l'offre est essentielle dans les enjeux de la prise en charge des patients en Bretagne. L'offre de soins doit pouvoir s'adapter à une démographie de la population qui prévoit un vieillissement conséquent d'ici 2050, au développement des pathologies chroniques mais aussi à la démographie médicale et paramédicale.

L'écart se creuse entre les besoins de soins et la capacité à faire.

Si, grâce aux portraits de territoire élaborés par l'Observatoire Régional de la Santé Bretagne, en 2022, en lien avec l'ARS Bretagne, les autorités, les élus, les acteurs ont une connaissance fine de la situation sanitaire, sociale et médico-sociales des populations en proximité, force est de constater que ces constats n'ont pas été traduits par le souhait de véritablement les prendre en considération dans les orientations proposées.

A ce titre, la FHF Bretagne travaille, depuis maintenant de nombreuses années à une doctrine régionale sur la transformation de l'offre.

La Région compte quatre départements et huit GHT qui déploient un périmètre en lien avec un bassin de population. Mis à part le Finistère, les périmètres des GHT correspondent peu ou prou aux périmètres des Conseils territoriaux de santé et à des périmètres d'EPCI, ce qui rend le parcours et les filières de soins en cohérence avec les besoins en proximité et de recours de la population.

Au-delà des travaux mis en œuvre via les projets d'établissement, des conventions autour de la labellisation des hôpitaux de proximité et des projets médico-soignants des GHT, les établissements MCO de la région ont souhaité travailler à un schéma global d'adaptation et de transformation de l'offre hospitalière.

Les contraintes démographiques importantes, les déficits structurels de certains établissements et l'augmentation des besoins de la population ont été les vecteurs de ce travail collectif. Ce schéma régional est ainsi basé sur des prérequis partagés de tous :

- des exigences de qualité de vie des personnels soignants et administratifs,
- un souhait d'alléger la pression financière qui pèse sur l'attractivité des établissements de santé
- la nécessaire gradation des prises en charge (création des hôpitaux de proximité, réforme des autorisations qui ont des conséquences sur l'activité des établissements MCO de « petite taille », structuration des relations ville-hôpital, réformes du financement).

Il doit aussi pleinement prendre en considération la responsabilité des établissements publics sur leur territoire, leur importance dans les politiques d'aménagement du territoire ainsi que le déploiement d'une stratégie de groupe public par la mise en place des GHT.

Ce schéma global a débuté entre 2019 et 2020 par des travaux préparatoires du « club des 11 » fondés sur un diagnostic lucide des établissements (notamment la question des périmètres d'activités entre les activités « nobles » consommatrices de plateaux techniques et de ressources médicales et les activités plus « secondaires » mais plus lucratives avec des expertises locales intéressantes à mettre en place notamment en médecine), une étude FHF Data et des focus de territoires élaborés par l'Observatoire régional de Santé de Bretagne.

Ce diagnostic a mis en lumière la faiblesse du modèle économique basé sur la T2A, qui ne permet pas aux établissements concernés de modifier leur trajectoire.

Le maintien de la PDES, les activités MCO et les ressources médicales et paramédicales ont aussi été interrogés. Les travaux avaient pour objectif de définir les contours d'une stratégie d'offre fondée sur les réflexions sur la gradation des soins et d'articuler cette réflexion à une réforme des modalités de financement prenant en compte l'éloignement géographique, le souhait de maintenir une offre de soins de proximité et de premier recours.

Entre 2020 et 2022, rejoint par les 8 établissements support de GHT, le travail a été structuré autour d'une cartographie régionale de la démographie médicale et paramédicale en lien avec l'ANFH), des opportunités financières (Ségur de la santé, réforme des financements, émergence de dotations populationnelles, Hôpitaux de proximité) et une réflexion prospective sur une organisation territoriale intégrant le déploiement de la responsabilité populationnelle (voir annexe).

La doctrine régionale de l'adaptation et de la transformation de l'offre se base sur la gradation du projet « Ma santé 2022 » en travaillant sur trois dimensions :

- L'hôpital de proximité qui doit devenir une structure attractive et qui fait sens sur son territoire en entrant dans le système de labellisation prévue par « Ma santé 2022 ».
- L'hôpital de recours qui doit renforcer son plateau technique et renforcer ses liens avec les autres centres hospitaliers, devenant ainsi le pivot du système de santé territorial du fait d'être établissement support de son groupement hospitalier de territoire.
- L'hôpital d'intérêt territorial qui pourrait être un établissement MCO partie à un GHT qui ne peut se transformer en hôpital de proximité à très court terme compte tenu de ses activités, mais qui n'est pas non plus un hôpital de recours et qui, compte tenu de ses difficultés précisées au début de l'étude doit pouvoir se transformer.

La place de ces établissements « intermédiaires » d'intérêt territorial est un enjeu en termes d'aménagement du territoire sanitaire. Comment construire ce « label » ? Comment le définir ? Quelles activités à maintenir ? Quelle offre pour le territoire ? Quelles aides peut-il attendre de l'hôpital de recours ? Voilà les différentes questions qui, en les résolvant, permettront de dégager un paysage hospitalier adapté aux territoires.

Ces réflexions ont conduit à l'élaboration de ce schéma global de l'offre hospitalière avec l'émergence de quelques lignes de force :

- Des modèles d'organisation hospitalière certes adaptés à leur territoire mais qui doivent se transformer (maternité – urgences – chirurgie – activités médicales)
- L'élaboration et le renforcement des équipes médicales de territoire comme outil principal de transformation de l'offre (équipes communes – stratégie de groupe – solidarité dans la PDS – développement de nouveaux métiers – télémedecine...)
- Une gradation de la prise en charge des soins entre le socle, le recours et l'hyper-recours pour faciliter l'adaptation de l'offre (partage de règles communes basées sur la qualité et la sécurité des soins dans l'offre socle – recours et hyper-recours – supportabilité des soins – taille critique des équipes – formation des médecins autour de la gradation)
- Une doctrine médicale collective pour accompagner la transformation de l'offre (hôpital de proximité – hôpital d'intérêt territorial – hôpital support de GHT)

La construction de ce schéma global de transformation de l'offre n'est évidemment pas encore terminée. Il reste à finaliser sa rédaction via un Préambule, des orientations et des grands principes, la doctrine médicale, les scénarii par filière, les finances et la communication.

Il devra également intégrer et valoriser l'expérience COVID que ce soit dans le rôle de coordination vis-à-vis des autres établissements MCO hors fonction publique hospitalière ou du médico-social.

Ces travaux sont une contribution à la planification de l'organisation des soins tant dans le cadre de l'élaboration du PRS 3 que la rédaction des projets médico-soignant des GHT de 2ème génération ou encore les projets territoriaux de santé.

1.2. Pour une prise en compte de l'impact de la réforme des autorisations : un enjeu à ne pas ignorer

Au-delà de la question de l'adaptation du système de santé breton aux nouveaux risques dans un nouvel environnement, la FHF Bretagne souhaite alerter sur l'impact de la réforme des autorisations qui interroge de façon inégale les organisations territoriales en fonction des activités concernées.

La FHF a mené avec ses adhérents un travail d'identification des impacts, pour chacune d'elles notamment pour les autorisations à seuil comme la chirurgie carcinologique, la cardiologie interventionnelle et la chirurgie bariatrique mais aussi sur la réforme des autorisations de la psychiatrie, et des Soins Médicaux de Réadaptation.

La mise en application de la réforme des autorisations aura donc **un impact sur la capacité des établissements de santé à maintenir l'ensemble des activités aujourd'hui déployées.**

Cela suppose des réflexions sur des parcours de soins gradués dans les territoires, tout en maintenant la capacité de proposer une offre de soins « socle » en proximité.

La mise en œuvre de la réforme aura également un **effet sur l'attractivité des établissements et des territoires**. Les professionnels médicaux et paramédicaux aujourd'hui engagés dans les parcours concernés par les autorisations soumises à un seuil pourraient être amenés à quitter les territoires ne disposant plus des activités.

Enfin, certaines activités (en chirurgie carcinologique notamment) pourraient être concentrées sur les deux CHU de la région.

La FHF attire l'attention sur l'impact de cette concentration auprès de la population et sur la capacité des deux établissements à répondre à l'ensemble des besoins de soins de la région sur ces activités.

La FHF a également fait part de ses inquiétudes à l'ARS lors d'un échange bilatéral sur la problématique de l'Hospitalisation à domicile et sur le maintien de l'actuelle doctrine régionale.

La situation actuelle de monopole des acteurs de l'HAD dans des périmètres déterminés ne satisfait pas les établissements hospitaliers dans la mesure où il n'y a pas de marge de manœuvre en cas d'insuffisance de l'offre ou de dysfonctionnement.

La FHF Bretagne souhaite également relayer l'alerte des établissements sanitaires sur la problématique particulière des chimiothérapies à domicile via les HAD. En effet, cette orientation ne fait pas forcément consensus chez les prescripteurs pour des questions de sécurité.

Il faut enfin souligner les enjeux importants de l'HAD dans les EHPAD permettant d'éviter ou raccourcir des hospitalisations en établissement MCO, mais aussi la mise en place de soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie.

Les adhérents font part de leurs interrogations et de leurs **inquiétudes concernant la réelle capacité de l'ensemble des acteurs HAD à mettre en œuvre de la réforme des autorisations**, notamment les mentions spécialisées sachant que celles-ci nécessitent une expertise médicale et paramédicale pour leur mise en œuvre implantée pour la plupart dans les établissements de santé.

- **Mention « Réadaptation »** : la mission est d'assurer au domicile du patient une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée. *Obligation d'une convention d'admission directe avec un service de soins de médecine réadaptation.*
- **Mention « Enfants de moins de trois ans »** : la mission est de prendre en charge à domicile exclusivement l'enfant de moins de trois ans (sauf exception). *Obligation d'accès à une réanimation pédiatrique ou un service de néonatalogie.*
- **Mention « Ante et post-partum »** : la mission est d'assurer la prise en charge à domicile de la femme et du nouveau-né avant et après l'accouchement en situation de grossesse pathologique. *Obligation d'une convention avec un établissement ayant une activité obstétricale.*

Au regard de ces éléments, les établissements publics de santé demandent à disposer de la capacité à assurer en propre des activités d'HAD relevant des mentions spécialisées.

Plus généralement, afin de répondre aux observations ci-dessus et aux difficultés de fonctionnement observées dans plusieurs territoires, **la FHF Bretagne sollicite l'engagement rapide de travaux destinés à adapter la doctrine d'implantation et de fonctionnement des HAD, en présence des effecteurs et des adresseurs.**

Par ailleurs, les établissements publics de santé souhaitent un meilleur équilibre dans les coopérations avec les acteurs de l'HAD caractérisées actuellement par :

- Un écart d'attractivité entre l'exercice en HAD et l'exercice en hospitalisation conventionnelle qui supporte les exigences de continuité et de permanence des soins 24/7
- Une absence de couverture HAD les week-ends, séquence hebdomadaire où les besoins issus des parcours de soins non programmés sont prioritaires pour ne pas venir entraver les activités programmées de début de semaine ;
- Une distorsion dans les résultats financiers ; les recettes des HAD étant générées en majorité par l'activité des établissements de santé sur site.

En ce sens, la FHF demande que :

- **L'attractivité que représente l'exercice en HAD** pour le personnel médical et soignant **ne se réalise pas au détriment des établissements aux exigences de continuité et de permanence des soins** bien plus fortes.
- **Le déséquilibre financier entre les résultats des HAD associatives et des EPS et ESMS** soit compensé car il pose question. L'essentiel de l'activité des premiers est issu des seconds.

Partie 2 : Un renforcement de l'attractivité des établissements au regard des problématiques de démographie des professionnels de santé

La question de l'adaptation de l'offre de soins et de la mise en œuvre des priorités d'action proposées par le Schéma Régional de santé se heurte à la question des ressources humaines de manière beaucoup plus prononcée en 2023 que lors du Projet Régional de Santé 2. En effet, à cette époque, la question cruciale, dans la mise en œuvre des actions du PRS concernait surtout la démographie médicale avec de nombreuses spécialités en tension.

Avec les données connues sur la démographie médicale et soignante, les perspectives face aux besoins de la population grandissant liés tant à son vieillissement qu'à l'augmentation de pathologies chroniques, les autorités de l'Etat ont mesuré le gouffre qui sépare les besoins de la capacité à faire et donc à former.

La réforme du 3^{ème} cycle, la transformation du numerus clausus en numerus apertus sont deux outils qui ont été mis en place mais de manière trop tardive, compte tenu du nombre d'années pour former des médecins.

Sur ce constat, se sont rajoutées les nouvelles tendances sociétales du rapport au travail tant des médecins, que des paramédicaux dans un système où la prise en charge de la population se fait 24h/24 et 7 jours sur 7. Les métiers, dits à contrainte, sont aujourd'hui en tension dans tous les domaines y compris dans le monde de la santé.

A cela s'ajoute l'impact de la crise sanitaire et les structures se retrouvent aujourd'hui face à des pénuries de personnel qui mettent à mal la bonne prise en charge des patients pour les structures sanitaires et le bon accompagnement pour les structures médico-sociales.

Il s'avère donc essentiel que, face à ce constat généralisé, l'accompagnement des autorités de tutelle, nationales, régionales, déconcentrées et décentralisées soit à la hauteur des besoins de la population. Le constat partagé des situations compliquées, la solidarité que peut exiger tout travail envers l'humain nécessite un travail d'anticipation et de prospective pour tenter, sinon de répondre à la demande, tout du moins de compenser, dans un premier temps, ce déficit de ressources humaines.

2.1 Adapter les capacités de l'offre de formation aux besoins de santé de la population : déployer les territoires universitaires de santé en Bretagne

La lecture des fiches actions du schéma régional de santé sur le sujet des ressources humaines, établit un constat partagé avec lequel les professionnels peuvent être d'accord. Là où les inquiétudes demeurent c'est sur les actions proposées dans le Schéma Régional qui restent en deçà de ce qui permettrait un véritable « choc » de l'attractivité.

En complément des actions, parfois hétéroclites, déjà identifiées par le Schéma, la FHF Bretagne propose une stratégie partagée et coordonnée, basée sur une politique de déploiement des « territoires universitaires de santé ».

Elle doit notamment permettre de renforcer la mise en œuvre des postes universitaires dans les établissements périphériques et de diversifier les formations proposées dans les

territoires non métropolitains.

Par ailleurs, l'émergence de nouveaux métiers implique le développement de nouvelles capacités de formation. Dans le but de conforter leur place et développer des protocoles de coopération, un **renforcement de l'offre de formation des nouveaux métiers (exemple : IPA ; E-APA) s'impose.**

Enfin, afin de contribuer au virage domiciliaire, la FHF Bretagne demande un rapprochement de la formation des métiers du domicile de l'offre de formation des IFPS (modules communs) : dimension hospitalière des métiers "sensoriels" type orthophonistes, orthoptistes, psychomotriciens/ ergothérapeutes, etc.

Focus sur les Territoires universitaires de santé

Les besoins de soins de la population (vieillesse de la population, augmentation des pathologies chroniques, innovations technique et technologiques, modification du mode de vie et des habitudes alimentaires, environnement...) augmentent nécessitant de plus en plus du temps médical en proximité. Dans ce cadre, la FHF Bretagne prône la mise en place d'une stratégie collective autour d'un plan « Territoires universitaires de santé ».

Ce plan d'action doit pouvoir associer les universités, les Centres hospitaliers, les collectivités territoriales, la région et l'ARS Bretagne pour former plus de professionnels de santé et répondre ainsi aux besoins de soins, à la réduction des inégalités d'accès aux soins et pour influencer sur les déterminants de la démographie médicale.

L'accès aux soins dans certaines zones de la région est de plus en plus difficile. Pour remédier à cela, il faut une réponse coordonnée permettant de favoriser l'installation de jeunes médecins sortant de la Faculté dans les territoires en tension.

Les objectifs de cette stratégie sont simples. Le premier est de permettre aux différents centres de soins de la région de délivrer une formation universitaire à des étudiants en médecine qui peuvent ainsi effectuer des stages de terrain dans des zones éloignées des villes hospitalo-universitaires et attirer le flux de professionnels formés vers les zones les plus déficitaires en médecins.

L'idée est donc d'abonder l'offre médicale et de s'ouvrir sur le territoire.

1er Chantier : Des données de santé justifiant l'universitarisation des territoires : les données de santé de la population et les données de la démographie médicale. Ces objectifs doivent pouvoir être portés via un observatoire régional de la démographie médicale et paramédicale

2ème chantier : préparer les CH périphériques à accueillir plus d'étudiants pour améliorer son attractivité et la fidélisation des professionnels : Maîtrise de stage universitaire ; postes universitaires dans les CH périphérique ; Antennes de formation dans les territoires ; Projets pédagogiques innovants ; Bien être des étudiants ; Accueil des étudiants en stage...

3ème chantier : trouver des financements idoines à répartir entre l'ARS, les collectivités territoriales et la région à l'instar de ce qui se fait dans la Région Pays de la Loire ou la région Grand Est (Reims).

2.2 Accompagner la réingénierie et les parcours de formation

Au-delà de ce projet stratégique autour des territoires universitaires de santé, la FHF Bretagne souhaite le **déploiement et l'accompagnement de l'universitarisation des formations paramédicales**. Cette dynamique doit être accompagnée d'une gouvernance équilibrée. Les établissements publics bretons ont déjà engagé un travail en ce sens.

De même, il est nécessaire d'accompagner les établissements pour **déployer la formation des professionnels via l'apprentissage et les contrats de professionnalisation** et ainsi pouvoir proposer aux futures professionnels de santé, l'ensemble des modalités de formation. Cela constitue un enjeu fort, notamment pour les ESMS qui souhaitent attirer des personnes en reconversion professionnelle vers l'ensemble des métiers.

Les tensions sur les ressources humaines, que ce soit en ESMS ou en ES, rendent actuellement l'accueil des stagiaires compliqué et non optimal. Les établissements adhérents souhaitent pour être en capacité d'**améliorer la qualité des terrains de stage**. C'est un enjeu très fort pour les établissements. En effet, un stagiaire mal accueilli et mal encadré est trop souvent un futur professionnel qui ne cherchera pas à se faire recruter dans l'établissement.

2.3 Conforter et renforcer la démographie des professionnels de ville dans les territoires déficitaires et établissements en difficulté

La FHF Bretagne propose la **création d'un Observatoire Régional de la Démographie des Professionnels de Santé permettant un suivi par territoire**. Les données actuellement disponibles sont à l'échelle régionale ou départementale.

Toutefois elles ne permettent pas d'analyser plus finement la situation démographique actuelle, que ce soit à l'échelle des territoires de santé ou des bassins de vie. Les enjeux d'implantation des professionnels de santé se situent pourtant à ce niveau. Cet observatoire devra également être en capacité de mener des analyses prospectives afin d'anticiper les besoins de professionnels de santé au regard des besoins de santé de la population.

Au-delà, la FHF Bretagne tient à réaffirmer l'intérêt qu'elle porte au fait de pouvoir **permettre aux professionnels libéraux de travailler dans le système hospitalier** en facilitant l'exercice partagé.

Nous souhaitons enfin rappeler l'importance de conforter les nouveaux métiers (IPA; E-APA) et les métiers du domicile car ils représentent une offre de proximité incontournable dans les territoires.

Les établissements publics de santé estiment que les **équipes territoriales** sont un levier important pour conforter et renforcer la démographie médicale dans les territoires. Aussi il nous semble opportun **que le développement de ces équipes soit favorisé et accompagné**.

Enfin, la FHF Bretagne souhaite que **l'impact des autorisations à seuil sur l'activité hospitalière** soit pris en compte. L'arrêt d'une activité de soins constituerait dans les territoires concernés, une perte d'attractivité et impacterait in fine la continuité et la permanence des soins.

De même, les nouvelles conditions de fonctionnement des autorisations ont un impact non négligeable sur les ressources humaines que ce soit médicales ou paramédicales.

La preuve la plus flagrante concernant les activités de soins Médicaux et Réadaptation (Ex : SSR) avec, au niveau national environ 180 ETP de masseurs kinés nécessaires en plus et pour la partie imagerie et l'ouverture des OQOS via la révision du PRS 2 des Manipulateurs radios qui aujourd'hui manquent à l'appel.

Focus sur l'Observatoire Régional de la Démographie des Professionnels de santé

Via cet observatoire régional de la démographie des professionnels de santé, nous serions en capacité de porter des initiatives et des études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse aux besoins de santé de la **population**, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins.

Si des outils statistiques existent notamment dans les Agences Régionales de Santé ou encore via l'observatoire régional de la santé Bretagne (ORSB), s'il existe également des « photographies » à l'instant T à l'instar de la cartographie des métiers dans les fonction Publique hospitalière portée par l'ANFH Bretagne, il n'en demeure pas moins que la FHF Bretagne estime incontournable la création d'un outil en capacité d'être facilement actionnable par les acteurs de santé tant au niveau régional que territorial et qui répondent à nos préoccupations.

La multiplication des données sur le sujet sont certes abondantes mais elles ne permettent pas, faute d'expertise de travailler sur des prospectives partagées de tous. Les portraits de territoire sont ainsi un outil extrêmement intéressant et qui doivent être le socle de ces travaux de prospectives nous permettant d'agir au plus près des besoins des populations tant dans la mise en œuvre de l'approche populationnelle mais aussi sur les capacités de formation en proximité.

Or, afin de pouvoir adapter nos organisations à nos stratégies, il nous faut être en capacité de pouvoir y avoir accès en toute transparence.

2.4 Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers dans le cadre de la transformation de l'offre et de l'innovation organisationnelle

La transformation de l'offre de soins et les innovations organisationnelles nécessitent le soutien à l'implantation d'IPA. La FHF Bretagne souscrit pleinement à cet objectif, inscrit dans la version initiale du SRS.

Par ailleurs, le développement de certaines thérapeutiques du sport-santé nécessite de **conforter le métier d'Enseignant APA**. Acteur fondamental des accompagnements proposés, les E-APA occupent une place de plus en plus importante au côté des professionnels de santé. Comme nous avons pu le dire précédemment, le virage préventif du système de santé ne pourra se faire sans ces nouvelles expertises.

Par ailleurs, nous souhaitons **interroger la place des psychologues dans les EPSM et des assistantes sociales dans les EPS**. Nous estimons que les moyens attribués sont insuffisants et ne permettent pas à ces professionnels d'accompagner l'ensemble des patients à la hauteur de la demande. Le rôle qu'ils occupent est pour autant fondamental, tant les besoins ont augmenté ces dernières années.

Enfin, la FHF Bretagne demande qu'un travail soit mené durant le PRS 3 afin de **valoriser les compétences des équipes mobiles** (EMPP; EMEG; EMSP, etc.) **dans le cadre du virage domiciliaire et du lien ville-hôpital.**

L'évolution des métiers passe par la poursuite du développement des protocoles de coopération entre médecins et soignants.

Dans le champ de la psychiatrie, le **développement de la géronto-psychiatrie** permettra plus de prévention (intervention d'infirmières de liaison en psychiatrie / recours à des IPA de géronto-psychiatrie / développer des PASA psy).

Enfin, la FHF Bretagne estime qu'il est nécessaire de **repenser l'organisation du travail via de nouvelles approches managériales en tenant compte de l'évolution de la société** (Voir Baromètre social ANFH Bretagne 2022).

2.5 Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services

Les ES et ESMS adhérents se sont fortement mobilisés sur cette question. Le renforcement de nos capacités de recrutement passe par le **des liens plus étroits avec les écoles, l'Education Nationale et Pôle Emploi**. Cela passera également par la capacité à **renforcer la communication régionale autour des métiers et des carrières.**

Dans le champ de l'autonomie, une plus grande lisibilité de l'offre des filières gériatriques vis-à-vis des partenaires constituerait un levier de recrutement.

Comme nous avons pu l'évoquer précédemment, la capacité à recruter dépend également de la qualité de l'accueil des stagiaires. C'est pourquoi nous souhaitons **améliorer l'accueil et la fidélisation des étudiants et des stagiaires**. Dans la même logique, nous souhaitons pouvoir **systématiser les dispositifs d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels**. Nous avons en effet la conviction que le premier contact avec une structure conditionne la volonté des agents à exercer dans la durée au sein de celle-ci.

La fidélisation des agents est une question qui concerne l'ensemble des acteurs d'un territoire. Nous demandons le **déploiement de dispositifs de fidélisation régionaux** (contrat d'allocations d'études, actions sur le logement, actions sur le transport)

2.6 Soutenir les initiatives favorables à la QVCT des professionnels de santé et du médico-social

Les établissements adhérents de la FHF Bretagne sont engagés dans l'amélioration de la QVCT et sont engagés dans de multiples initiatives favorables à celle-ci. Le fréquent non remplacement des agents absents fait peser une charge de travail supplémentaire aux professionnels présents. Afin de permettre aux ES et ESMS de trouver des professionnels remplaçant rapidement et de ne pas dégrader les conditions de travail du personnel en poste, nous estimons qu'il est nécessaire de **favoriser les outils type HUBLO.**

D'autre part, l'amélioration de la QVCT passe par la capacité des organisations à proposer des temps d'analyse de pratique, des temps d'intelligence collective et mettre en place un management participatif. Nous demandons pour cela que les **dynamiques d'autonomisation des équipes de terrain soient soutenues et accompagnées.**

Enfin, le renforcement de la QVCT passe par la **réalisation d'un travail avec les territoires et les partenaires sur les thématiques des transports, des modes de gardes d'enfants et du logement**. Ces thèmes constituent également des leviers d'attractivité et de fidélisation des agents.

2.7 Favoriser la qualité et sécurité des soins et des accompagnements

Concernant cet objectif opérationnel, la majorité des éléments de contribution des acteurs publics ont été repris dans la fiche PRS 3.

Nous souhaitons ici souligner l'importance **d'accompagner le développement des SI Qualité** qui constituent des outils indispensables dans la mise en place, l'animation et l'évaluation des politiques de qualité et de sécurité des soins dans les établissements. Cet élément n'a pas été repris dans la version initiale du SRS mais il est central pour espérer poursuivre l'ensemble des objectifs fixés.

2.8 Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours

La FHF Bretagne soutient le développement d'une culture de pertinence dans tous les secteurs et nous souhaitons promouvoir **la politique du « bon patient, au bon endroit, le temps nécessaire »**. La pertinence des soins doit ainsi être portée par et pour les équipes soignantes afin de s'inscrire dans la réalité des pratiques et favoriser durablement leur adaptation.

Pour cela, nous demandons le développement d'analyses de pertinence des soins, des séjours, des journées et des parcours et la réalisation d'études de pertinence territoriales et régionales pour construire des plans d'actions adaptés (aval sanitaire et médico-social notamment).

Enfin, nous soutenons pleinement la volonté d'accorder une place plus grande aux usagers dans la prise de décision thérapeutique.

2.9 Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé

LA FHF Bretagne soutient l'ensemble des mesures retenues dans la version initiale du SRS.

Nous tenons toutefois à alerter sur la **nécessité de reconnaître et d'accompagner le temps des professionnels dédié à la réflexion éthique**. La mise en place de correspondants éthiques, de cellules éthiques de soutien et d'événements thématiques nécessite des ressources humaines. Il existe donc un enjeu sur le financement de ce temps.

Par ailleurs, les récentes évolutions sociétales et technologiques posent des questions éthiques sur lesquelles les professionnels de santé publics souhaitent être accompagnés : l'intelligence artificielle et les réseaux sociaux.

Partie 3 : Le lien Ville – Hôpital - Patients, articulation essentielle des parcours de santé

3.1 Investir la Responsabilité Populationnelle en Bretagne

« **Une meilleure santé, grâce à une meilleure prise en charge, au meilleur coût** », c'est ce triple objectif qui fonde la démarche de Responsabilité Populationnelle. A la clé : une vision radicalement différente de notre système de santé, conçue non plus comme un modèle basé sur la prise en charge des malades, mais comme **un modèle qui vise le maintien en bonne santé**.

L'article 20 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dispose ainsi que désormais, « **l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire** ».

La population bretonne va augmenter de 0,5% par an d'ici à 2050. Pendant cette même période, la population des plus de 65 ans va croître de 1,7% par an. Les besoins de santé seront donc de plus en plus importants. Par ailleurs, si le territoire est correctement doté en termes de professionnels de ville, la moyenne d'âge de la population médicale laisse entrevoir un renouvellement d'ici 5 à 10 ans. D'ores et déjà, certaines spécialités sont dépourvues en termes de professionnels de ville (Cardiologie, Pédiatrie, Gastro-Entérologie...). Il y a donc un enjeu à pouvoir prendre en charge une population croissante avec un nombre de professionnels qui ne devrait pas s'étoffer davantage.

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

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

Dans cette optique, les expérimentations autour de la Responsabilité Populationnelle comportent un ensemble d'outils intéressants pour réussir ce défi. Ces derniers permettent de proposer aux populations des territoires **des parcours de prévention et de soins adaptés** à leurs besoins, tout en tenant compte de la disponibilité des ressources (humaines, financières, techniques et technologiques).

Bien que l'expérimentation menée sur les 5 territoires pionniers ait porté sur **l'insuffisance cardiaque** et le **diabète de type 2**, les outils permettant le déploiement sur la thématique de la **Personne Âgée** sont attendus pour 2024.

Les 8 GHT bretons souhaitent pouvoir investir cette démarche en fédérant leurs synergies pour avancer ensemble avec leurs partenaires de ville respectifs dans un déploiement régional voulu de tous.

A leurs côtés, **l'Inter- URPS Bretagne souhaite également s'engager dans cette approche populationnelle dans une logique de co-construction, de coopération.**

Enfin, à l'occasion des rencontres organisées autour du PRS 3, les autres partenaires ont également indiqué leur disponibilité à travailler la démarche.

De ce fait, si le PRS 3 a bien intégré l'approche populationnelle dans quelques-unes des fiches actions, la FHF Bretagne revendique le fait que ce dispositif est un élément central pour répondre à beaucoup de nos enjeux.

De fait, l'articulation ville-hôpital à travers la coopération en les CPTS et les ES prend tout son sens dans cette démarche. Mais la Responsabilité Populationnelle associe bien d'autres acteurs des territoires : DAC, Collectivités, Tutelles et Patients sont également concernés et associés à l'ensemble des étapes.

3.2 Développer les dispositifs de coordination territoriaux

Le système de santé fait aujourd'hui face à un vieillissement de la population et à une augmentation des **maladies chroniques**. Nous nous interrogeons sur la **place de ces dernières dans les feuilles de routes des dispositifs de coordination territoriale**. Maintenir en santé les populations souffrantes de ces pathologies nécessite une coordination renforcée des différents acteurs et il nous semble important que cet enjeu soit pris en compte.

Par ailleurs, l'accompagnement du vieillissement de la population passe également par une coordination renforcée des acteurs. Nous serons attentifs au **travail d'interconnaissance et de coordination** qui devra être entrepris **entre les DAC et les filières gériatriques**.

Comme évoqué précédemment, des acteurs issus des 8 territoires de santé souhaitent s'engager dans une **dynamique de Responsabilité Populationnelle**. Les publics, méthodes et périmètres étant similaires, il semble important que les dispositifs de coordination soient associés à ces travaux. **Nous tenons ici à réaffirmer notre souhait de travailler avec les DAC dans cette dynamique**.

Enfin, les ES sont confrontés quotidiennement à la problématique des patients sans projets (bed blockers). Les GHT confirment leur volonté de **travailler à la fluidification des parcours de santé entre le domicile, les ES et les ESMS**.

3.3 Accompagner le développement de l'exercice coordonné

La FHF Bretagne réaffirme également son soutien au développement des Structures d'Exercice Coordonné (SEC) et demande que l'émergence des CPTS soit encouragée dans chaque territoire.

Dans ce cadre, deux leviers paraissent importants à actionner :

- Le développement de créneaux de soins non programmés accessibles au SAS en lien avec les CPTS et les centres de santé.
- L'amélioration et la facilitation de recours aux IDE libéraux en sortie d'hospitalisation.

Enfin, les CPTS et les ES (dont les ES de proximité) doivent participer à leurs gouvernances respectives afin de faciliter le partage des analyses et la création de

synergies dans les territoires.

3.4 Accompagner la transformation numérique et organisationnelle du système de santé

Le système de santé doit opérer un virage préventif conséquent. Or, nous constatons que les **acteurs de la prévention** ne sont pas outillés à la hauteur des défis qui s'imposent. C'est pourquoi la FHF Bretagne demande qu'ils soient dotés **d'outils numérique adaptés** facilitant le **repérage des populations à risque, le dépistage de celles-ci et l'inclusion dans des parcours de prévention et/ ou de soins adaptés**.

Nous tenons à affirmer notre soutien à la volonté d'améliorer la prise en charge de la population grâce au numérique en santé et d'améliorer la capacité des professionnels de santé à orienter au sein des parcours. Ce double objectif passera par l'accompagnement des acteurs dans le développement d'outils adaptés (dont SI de coordination des parcours ville-hôpital), l'élaboration d'un annuaire des professionnels de santé vis-à-vis des autres professionnels de santé et du grand public (annuaire régional via un interfaçage avec le ROR et via-trajectoire) ou encore la formation des professionnels de santé et la population à l'utilisation des nouveaux outils.

Par ailleurs, nous sommes en accord concernant la nécessité de mettre en œuvre un plan d'action Régional Cyber sécurité tant nous constatons quotidiennement le risque que cela représente pour les ES et ESMS. Ces derniers devront être accompagnés dans la montée en compétence et l'élaboration d'outils adaptés (outils de résistance en cas d'attaque ; procédures dégradées/modes de fonctionnement alternatifs).

3.5 Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé

L'accompagnement au développement de l'innovation de la recherche en santé est un enjeu important pour les territoires.

Les ES souhaitent de plus en plus s'inscrire dans des démarches d'innovation au service de la santé de la population. Nous pouvons citer plusieurs exemples : Journée de l'innovation en santé organisée par le GHBA en 2022 ; Consortium NutriCHIC piloté par le CH de Cornouaille ; Centre d'innovation W.INN du CHU de Brest. Dans l'ensemble de ces situations, les ES ont été en capacité d'identifier et de s'entourer d'acteurs territoriaux vecteurs d'innovation (Technopôles ; Biotech Santé Bretagne ; Collectivités ; Entreprises).

La FHF Bretagne souhaite que les travaux du PRS 3 permettent l'identification et la mobilisation des acteurs territoriaux de l'innovation. Ce travail doit permettre aux ES d'identifier l'ensemble des AAP /AMI/ Appels à candidatures régionaux, nationaux et européens permettant le développement de l'innovation et de la recherche. Il doit également permettre l'accompagnement des établissements dans la réponse et la valorisation des projets issus des co-constructions locales.

Enfin, le regroupement des ESMS au sein de GCSMS permet aujourd'hui à ces établissements d'imaginer s'inscrire dans des dynamiques d'une plus grande ampleur.

Bien que ces établissements soient très fortement confrontés à des difficultés financières et de ressources humaines, ils n'en restent pas moins des lieux propices à l'innovation et à la recherche.

3.6 Soutenir le partenariat en santé

La FHF Bretagne soutient pleinement l'ensemble des objectifs et des actions inscrit dans lafiche PRS 3.

Le partenariat patient-professionnel est une composante fondamentale de la démarche de Responsabilité Populationnelle. Dans celle-ci, nous avons constaté au sein des 5 territoires pionniers l'émergence ou le renforcement de partenariat en santé. Aujourd'hui, les patients experts / patients - partenaires occupent une place importante dans la mise en œuvre d'actions de dépistage, d'éducation thérapeutique du patient et ils participent au pilotage du programme d'action dans certains territoires.

Nous souhaitons donc développer la culture du partenariat en santé dans les ES et ESMS qui s'engagent dans cette démarche. Ces derniers sont par ailleurs bien souvent « parties prenantes » dans des expérimentations sur ce sujet.

3.7 Mieux prendre en compte l'expérience des usagers dans le système de santé

La FHF Bretagne soutient pleinement l'ensemble des objectifs et des actions inscrit dans lafiche PRS 3.

Nous souhaitons réaffirmer l'intérêt que nous portons à la **création d'espaces d'écoute, d'information et de médiation** telles que les Maisons des Usagers ou les tiers-lieux ouverts aux patients.

Nous souhaitons également que le point de vue des usagers puisse être pris en compte dès l'élaboration des Projets Médico-Soignants Partagés (PMSP). Les expérimentations dans le domaine démontrent une réelle plus-value concernant la mise en adéquation entre les besoins des patients et les services de santé proposés.

Enfin, nous souhaitons que les **approches permettant la co-construction entre les patients et les partenaires** soient accompagnées (exemple : esprit design). Il est **nécessaire de former les professionnels du système de santé à ces nouvelles méthodes**.

3.8 Déployer une politique de soutien aux aidants

La FHF Bretagne soutient pleinement l'ensemble des objectifs et des actions inscrit dans la fiche PRS 3 de la V.0.

Nous souhaitons insister sur la nécessité de généraliser les plates-forme de répit et de développer les hébergements temporaires.

Il nous semble important de réaffirmer le besoin d'assurer des espaces d'écoute et d'échange ouverts aux aidants.

Partie 4. Les recommandations de la FHF Bretagne sur le Schéma Régional de Santé

4.1. L'Adaptation du système de santé aux nouveaux risques et à de nouveaux environnements : les points à développer

La crise sanitaire liée à la COVID-19 a mis en exergue les limites et les fragilités de notre système de santé.

Les établissements publics de santé et l'ensemble de leurs agents ont grandement contribué à la réponse apportée au plus fort de l'épidémie et font désormais face aux conséquences des nombreux retards de prise en charge induits par les déprogrammations de soins.

Ces événements ont également mis en évidence le besoin de penser la nécessaire adaptation du système de santé en cas de crise.

La FHF Bretagne souhaite que, lors d'éventuelles prochaines crises, tous s'engagent pour que la continuité des activités puisse être assurée et que le recours à la déprogrammation des soins soit réduit autant que possible.

Pour cela, la mise en place et l'actualisation d'outils comme les **Plans de Continuité d'Activité** (PCA) à différentes échelles (établissements – territoires – départements) et le **maintien des réseaux territoriaux inter GHT** sont des outils pertinents.

Par ailleurs, il est indispensable que les **acteurs de santé** soient **en capacité de déployer des réanimations éphémères** en lien avec les nouveaux textes sur les soins critiques (plan de flexibilité). Cela nécessite une réflexion et une préparation conséquente afin d'être en capacité de déployer les ressources matérielles et humaines dès que la situation l'impose.

La FHF Bretagne insiste sur l'**impact en matière de ressources humaines** de tels dispositifs. Il semble, de notre point de vue, insuffisamment mis en avant dans la première version du Schéma Régional de Santé.

En tout état de cause, l'adaptation du système de santé aux nouveaux risques ne peut se faire qu'à la condition d'une mise à contribution équilibrée de l'ensemble des acteurs de santé.

Plus spécifiquement, la FHF souhaite que des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie soient déployées. Enfin, dans le but de prévenir et contrôler les maladies infectieuses, elle propose que les médecins libéraux puissent être informés par des spécialistes via les commissions gériatriques des EHPAD.

En outre, comme cela est indiqué dans la première version du Schéma, la transition écologique et énergétique du système de santé est une nécessité sanitaire, environnementale, citoyenne et économique qui s'inscrit dans un contexte favorable.

Toutefois, la FHF souhaite que les objectifs et les actions du futur PRS soient plus opérationnels. La **renovation des bâtiments et l'efficacité énergétique** de ceux-ci ne sont pas mentionnées. Ces mesures sembleraient pourtant pertinentes et complémentaires des stratégies de sobriété déjà inscrites dans la version initiale.

Une réflexion doit être menée sur l'efficacité énergétique des ES et ESMS, intégrant la question de la **production et de la gestion des énergies**. Ces éléments doivent être

présents dans toutes les réflexions sur les investissements des établissements.

La **gestion des déchets au sein des ES et ESMS** n'est également pas abordée alors que nombreuses marges de progression existent sur ce sujet en limitant leur production et en encourageant l'économie circulaire.

La transition écologique et énergétique passe également par le **développement des mobilités douces**. Ces dernières impliquent très souvent une pratique d'activité physique bénéfique pour la santé et contribuent aux mesures d'amélioration de la Qualité de Vie au travail (QVT). **Favoriser le recours à ces solutions pour les professionnels de santé et les usagers constitue donc une stratégie qui permettrait de concourir à trois objectifs du PRS.**

Enfin, afin de mener à bien cette indispensable transition, les ES et ESMS ont besoin d'être soutenus en matière d'ingénierie de projet.

Au-delà, la FHF Bretagne souhaite rappeler la nécessité de faire converger les différentes politiques publiques. Cette vigilance s'applique en ce qui concerne la **prise en compte des effets de l'environnement sur la santé**. L'articulation entre le PRS 3 et le Projet Régional Santé Environnement (PRSE) 4, évoquée au sein des Conseils Territoriaux de Santé (CTS), et la concomitance de leurs mises en œuvre doit permettre l'émergence d'effets leviers importants. (Exemple : le renforcement de la pratique de physique adaptée (Objectif 2.4 du PRS 3) fait écho à l'objectif de développement des mobilités douces inscrit dans le PRSE 4).

Par ailleurs, nous demandons le **maintien de la dynamique des maternités dans le cadre des 1 000 premiers jours**.

Enfin, nous souhaitons **l'intégration de la dimension Santé-Environnement dans les marchés publics**, notamment dans les marchés de restauration.

4.2. Transformation de l'offre de soin en région : des enjeux à prioriser

Les orientations et actions proposées par l'ARS Bretagne semblent plutôt exhaustives, ce qui, d'un côté, permet de ne rien oublier mais de l'autre ne permet pas une priorisation des actions. A cet égard, la FHF Bretagne souhaite aborder plusieurs points.

4.2.1 Conforter la stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS)

Ainsi, la FHF Bretagne soutient la volonté des autorités de tutelle de conforter la stratégie de lutte contre les Inégalités Sociales de santé affichée dans le Schéma Régional. Toutefois, la FHF Bretagne souhaite insister sur la nécessité de faire converger les politiques institutionnelles afin de renforcer les leviers mis à disposition des acteurs dans les territoires. Le cloisonnement des différentes stratégies publiques rend complexe la compréhension et la mobilisation de l'ensemble des moyens.

Dans le domaine de la prévention, chaque acteur s'investit dans le déploiement de ses propres dispositifs sans forcément échanger sur leurs pratiques et sur la nécessité de mutualiser les projets. Ainsi, si tous les acteurs d'un même territoire convergent sur les mêmes priorités, il apparaîtrait sans doute une plus grande efficacité dans l'impact des politiques en question.

C'est tout le sens des travaux que la FHF Bretagne portent sur la nécessité d'élaborer, comme l'indique la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé des projets territoriaux de santé. A cet égard, la FHF Bretagne estime que l'instance légitime pour réaliser ce projet demeure le Conseil territorial de santé. Nous souhaitons par ailleurs que le SRS précise davantage les dispositifs et modes d'action pour lutter contre les Inégalités sociales de santé.

La création de **Pôles de Santé Publique dans nombre d'établissements de santé** démontre une volonté et une capacité d'action accrue dans la lutte contre les ISS. Ces créations doivent être soutenues et accompagnées dans le cadre du PRS 3. En outre, la **capacité « d'aller vers » des unités hospitalières** ainsi que le soutien aux **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) doivent être renforcés**. Enfin, des **équipes mobiles de santé publique** devront être créées afin de rendre la prévention et les soins plus accessibles.

En lien avec les autres objectifs du schéma, la FHF Bretagne estime enfin que la dynamique collective autour des CPTS en Bretagne démontre une forte maturité des professionnels de santé sur l'intérêt de cette démarche. Pour nos établissements, il s'agit véritablement de pouvoir compter sur une structuration des professionnels de ville et d'avoir des interlocuteurs reconnus et légitimes avec qui ils savent pouvoir travailler en proximité.

C'est la raison pour laquelle la FHF demande, depuis de nombreuses années, que **l'ensemble des territoires bretons soient couverts par une CPTS** et que **l'implantation des médecins généralistes et spécialistes soit facilitée par le renforcement et le développement de l'exercice partagé**.

Dans ce cadre le besoin infra-territoriaux d'accès aux soins doivent être analysés et pris en compte.

Pour cela, la création d'un observatoire régional de la démographie médicale et paramédicale nous paraît indispensable **pour assurer un constat partagé sur cet enjeu et définir des préconisations communes**. Celui-ci devra être en capacité de produire des analyses territoriales et par bassin de vie comme nous l'indiquions précédemment.

4.2.2 Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée, saine et durable

La FHF Bretagne souscrit à l'ensemble des objectifs et des actions concernant ce thème.

Nous souhaitons cependant rappeler que **l'accès à une alimentation équilibrée, saine et durable est un levier essentiel dans la prévention et la prise en charge des maladies chroniques**. Ce point est insuffisamment abordé dans la première version du Schéma.

Dans le but d'agir efficacement sur ce déterminant de la santé, il est indispensable de travailler à rendre plus accessible les règles hygiéno-diététiques à la population générale ainsi qu'aux patients chroniques que ce soit par l'éducation à la santé ou via l'éducation thérapeutique du patient. Les moyens existants, en ville comme à l'hôpital, sont très largement insuffisants. **Le non remboursement des consultations de diététique par l'assurance maladie représente ainsi un frein considérable en ville et conditionne fortement le recrutement en établissement de santé. La FHF Bretagne demande donc le renforcement de l'accessibilité des consultations en diététique.**

Sur le volet « obésité », nous rappelons l'importance de renforcer le rôle de la prise en charge de l'obésité de proximité niveau 2 et de coordination et prise en charge globale du CSO. Le rôle de coordination est essentiel, mais la prise en charge de niveau 2, conformément aux nouvelles recommandations, garde toute sa place dans la prise en charge.

Nous demandons la **mise en place d'un RéPPOP** (Réseau de Prévention et Prise en charge de L'Obésité Pédiatrique) **en Bretagne.** Mettre en place des équipes pluridisciplinaires coordonnées, des ressources et une expertise de proximité pour les familles constitue un point essentiel dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Les professionnels de santé souhaitent en outre **l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire prédisposant à l'obésité et de troubles restrictifs prédisposant à la dénutrition.**

Enfin, nous souhaitons redire la nécessité **d'améliorer la transition du suivi pédiatrique au suivi adulte des adolescents en situation d'obésité ou ayant de troubles du comportement alimentaire restrictifs.**

4.2.3 Renforcer la pratique de l'activité physique

Les établissements de santé et les structures médico-sociales prennent en charge et accompagnent de nombreux publics nécessitant le maintien ou la mise en place d'une activité physique. Cette thérapeutique non médicamenteuse est de plus en plus présente tant elle démontre jour après jour ses bienfaits sur la qualité de vie des patients et des résidents.

Les Praticiens Hospitaliers (PH) sont régulièrement sollicités pour sensibiliser, informer, former les médecins à la prescription d'activité physique adaptée, **signe d'une expertise reconnue.** Par ailleurs, **plusieurs établissements publics de santé sont pilotés d'une Maison Sport-Santé (MSS)** (CHU Brest ; CH Morlaix ; CH Cornouaille ; CH Centre Bretagne ; CHU Rennes) ou sont fortement impliqués dans le projet de celles-ci (GHBS). Enfin, certains de **ces établissements sont engagés dans la recherche sur cette thématique** (exemple : étude RECOVER-19 pilotée par le CHU de Rennes et impliquant plusieurs établissements en région).

La FHF Bretagne souhaite donc que les établissements adhérents, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux soient davantage associés sur cette thématique. Nous soulignons également le besoin de **conforter la place des enseignants « Activités Physiques Adaptés » (E-APA) dans les organisations hospitalières.**

Enfin, **le financement des Maisons Sports Santé doit être conforté et renforcé** afin de permettre aux structures habilitées de remplir leurs missions sans menace sur leur pérennité.

4.2.4 Favoriser la vie relationnelle, affective et la santé sexuelle

Les acteurs des établissements publics sont en accord avec les orientations et actions proposées. Il conviendra, durant la période couverte par le PRS 3, **d'accompagner les ES dans la réorganisation territoriale dont le Rapport IGAS 2023 doit redéfinir les contours**. Celle-ci aura un impact sur les organisations hospitalières et sur les missions confiées aux hôpitaux.

La formation des professionnels des ESMS aux questions de la vie relationnelle, affective et sexuelle est une autre demande portée par la FHF Bretagne. Les équipes soignantes peuvent se retrouver en difficulté pour accompagner les résidents sur ces questions.

4.2.5 Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé

La réussite du virage préventif du système de santé dépend de la capacité de ses acteurs à réussir plusieurs transitions :

- **Organisationnelle** : la coopération de tous les acteurs, sur un territoire défini, dans une logique de prévention implique des organisations permettant de repérer les facteurs de risques des pathologies et la réalisation de parcours de prévention et de soins adaptés aux besoins de la population.
- **Culturelle** : la formation et l'outillage des professionnels de santé est indispensable si l'on souhaite passer d'un modèle basé sur la prise en charge de la maladie à un modèle visant le maintien en santé d'une population.
- **Technologique** : maintenir en santé la population d'un territoire, en établissant des parcours ville – hôpital, nécessite le développement et la mise à disposition d'outils numériques interopérables avec les outils des ES, ESMS et des professionnels de la ville (libéraux, DAC, HAD).

La FHF Bretagne souhaite que les acteurs du système de santé soient accompagnés dans ces trois niveaux de transitions.

Nous souhaiterions ainsi le déploiement de formations à l'attention des professionnels de santé aux outils de prévention et à l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) afin de permettre à tous les établissements de développer l'approche préventive.

Par ailleurs, l'ensemble des Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) souhaite s'engager dans la Responsabilité Populationnelle (RP). Cet engagement, aux côtés des acteurs des territoires, doit s'appuyer sur le développement d'outils numériques permettant de repérer, de dépister et d'inclure dans un parcours de prévention et de soins adaptés les personnes à risques ou souffrant d'une pathologie chronique – en perte d'autonomie. De plus, ces outils doivent permettre d'assurer un suivi populationnel des besoins de santé du territoire. Par conséquent, **la FHF Bretagne sollicite un soutien au développement des outils numériques de prévention pour l'ensemble des acteurs bretons**.

Au-delà, une dynamique régionale se doit d'être enclenchée par les autorités de tutelle afin de **favoriser la généralisation des démarches de Responsabilité Populationnelle**. Ces dynamiques territoriales, basées sur la coopération de tous les acteurs (ville-hôpital-collectivités-patients-institutions), nécessitent d'être accompagnées humainement dans leurs déploiements et leurs mises en œuvre. Bien qu'elles s'appuient très largement sur des dispositifs existants (ES, CPTS, DAC, HAD, CLS, PTSM, Filières Gériatriques, etc.) disposant de ressources humaines, elles nécessitent un appui RH qui

peut prendre la forme d'un **recrutement d'un temps de chargé de mission dédié**.

4.2.6 Imagerie

La révision des OQOS du PRS 2 ouvrant de nouvelles autorisations d'équipements lourds a eu pour conséquence de renforcer la **tension sur les ressources humaines médicales et paramédicales**.

La **difficulté de recrutements des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale (MEM)** est observée et elle pose la question majeure de la capacité de former de nouveaux professionnels dans les prochaines années.

Une **difficulté de recrutement et d'attractivité est observée concernant les radiologues**. Bien que des solutions organisationnelles, techniques et technologiques (délégation de tâche ; téléradiologie) se soient développées ces dernières années, toutes les activités de radiologie ne peuvent pas être réalisées en l'absence d'un médecin sur place.

Par ailleurs, la FHF Bretagne souhaite rappeler **l'importance d'assurer une répartition de l'offre de d'imagerie, couvrant l'ensemble des territoires proportionnellement aux besoins de santé de la population**.

Enfin, à l'instar de nos prises de position régulières lors des Commissions Spécialisées de l'offre de soins (CSOS), nous souhaitons réaffirmer que l'ouverture de nouvelles autorisations d'imagerie doit être accompagné d'une **obligation de participation à la Permanence Des Soins (PDS)** des acteurs libéraux et privés selon un principe de solidarité public – privé.

4.2.7 Prévenir les addictions avec ou sans substance et renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions

En accord avec les objectifs et les actions proposées au sein de cet objectif, nous souhaitons mettre en avant le point de vigilance suivant : **l'offre de prévention doit** être adaptée aux publics cibles, aux modalités de consommation ou au comportement et doit **reposer**, autant que faire se peut, **sur des données et des programmes probants**. En effet, les acteurs publics engagés localement dans ce type de programme demandent que les moyens alloués soient maintenus.

Les professionnels de santé publics demandent également que l'accompagnement dans la démarche Lieux de Santé Sans Tabac (LSST) soit maintenu.

En outre, si la FHF Bretagne reconnaît la qualité du travail produit sur le renforcement de la structuration de la filière de prise en charge des addictions, force est de constater que **le modèle financier des Equipes Hospitalières de Liaison et de Soins d'Addictologie (EHLISA) doit être revisité afin de permettre aux professionnels hospitaliers d'assurer l'ensemble des missions**.

Parmi ces dernières, la mission de formation des professionnels de santé est bien souvent reléguée au second plan, faute de ressources humaines et matérielles. Pourtant, **la formation au repérage par les acteurs non spécialisés** est un travail important qui **doit être renforcé au sein des ES**.

C'est la condition sine qua non pour être en capacité **d'orienter les patients vers l'offre de soins la plus adaptée à leurs besoins**.

D'autre part, les professionnels mobilisés par la FHF Bretagne dans les GTR Addictions et Personnes Âgées ont exprimé la nécessité de définir les **modalités de prise en charge et d'orientation adaptées des patients ou résidents souffrants du Syndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK)** avec des thérapeutiques adaptées et en lien avec les équipes de liaison et les ESMS.

Enfin, nous souhaitons qu'une **vigilance particulière soit apportée concernant l'articulation des actions menées** sur la prévention des addictions et celles menées dans le cadre des filières de prise en charge des patients souffrants d'addiction.

4.2.8 Cancérologie

Bien que de nombreux progrès aient été réalisés dans la prise en charge des cancers, ces derniers demeurent la première cause de mortalité en France et en Bretagne. La consolidation des parcours de santé des personnes atteintes est par conséquent une priorité des établissements publics de santé.

Toutefois, avant d'évoquer le parcours des personnes atteintes de cancer, il convient de rappeler que des études démontrent que 40% de ces cancers seraient évitables en agissant sur les comportements individuels.

Les établissements publics souhaitent s'engager pleinement dans la démarche Lieu de Santé Sans Tabac (LSST) et améliorer le repérage des patients consommateurs de produits (tabac, alcool notamment) afin d'agir sur ce déterminant de santé.

Nous souhaitons parallèlement rappeler **l'importance de la pratique d'activité physique et de l'alimentation dans la prévention des cancers et des récidives**. En lien avec les demandes exprimées pour les objectifs opérationnels « renforcer la pratique d'activité physique » « renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée, saine et durable », **la FHF Bretagne demande à ce que les moyens attribués en prévention primaire soient significativement renforcés et que l'accès aux professionnels (diététiciennes, E-APA, Masseurs-Kinésithérapeutes) soit facilité**.

Concernant le parcours des personnes atteintes de cancer, de nombreux enjeux existent.

La FHF Bretagne souhaite alerter sur le fait que **la mise en œuvre des autorisations à seuil en cancérologie peut avoir un impact sur la continuité et la permanence des soins dans certains territoires**. Elle nécessite donc une réflexion approfondie sur les parcours proposés aux patients dans chaque territoire et pour chaque pathologie.

Soucieux d'améliorer la qualité de vie des patients durant la phase de traitements, les établissements publics souhaitent améliorer le lien avec les HAD.

Toutefois, comme cela a été évoqué précédemment, **le développement de l'activité d'HAD ne peut se faire au détriment des établissements sanitaires**. La réalisation des chimiothérapies à domicile implique la mobilisation de l'expertise hospitalière et induit une diminution de l'activité d'hospitalisation de jour. **Les établissements publics de santé attirent l'attention sur le déséquilibre financier entre les résultats des HAD associatives et des EPS et sur la nécessité de le compenser**. L'essentiel de l'activité des premiers est issu des seconds.

La place des SMR oncologie doit être consolidée et les parcours territoriaux doivent être organisés afin de permettre aux patients de bénéficier de cette prise en charge.

L'onco-gériatrie doit également être renforcée en proximité afin de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées souffrant de cancer dont le nombre est de

plus en plus important.

Enfin, **les soins de support doivent être développés et leur modèle économique renforcé**. Les établissements supports de GHT souhaitent porter une dynamique de développement de cette activité. Pour autant, l'enveloppe budgétaire dédiée ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins dans les territoires.

4.2.9 Prise en charge des pathologies cardio et neurovasculaire

Les maladies de l'appareil circulatoire constituent une priorité de santé publique car elles sont la première cause de décès chez la femme et la seconde chez l'homme après le cancer.

Les acteurs publics du système de santé sont ici aussi très fortement mobilisés tant concernant les pathologies neurovasculaires que cardiovasculaires.

Les enjeux sur la prise en charge des pathologies cardiovasculaires concernent en premier lieu la mise en œuvre de la réforme des autorisations. Dans un contexte de **démographie médicale** extrêmement préoccupant concernant la spécialité de cardiologie, en ville comme à l'hôpital, l'impact de la réforme des autorisations sur l'activité en Bretagne est un enjeu majeur pour **une prise en charge de proximité mais aussi de recours**. La **FHF Bretagne alerte sur la nécessité d'engager un travail sur les parcours en prenant en compte ces deux contraintes**.

L'inscription de la logique de **Responsabilité Populationnelle afin d'améliorer les parcours de prise en charge des patients en insuffisance cardiaque** est un signal très positif. L'ensemble des GHT souhaitant investir cette démarche, les établissements publics de santé se mobiliseront fortement dans les travaux d'amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

La FHF Bretagne souhaite de plus mettre en avant le **besoin de montée en compétence des infirmières** afin de réduire les risques de rupture de parcours en sortie d'hospitalisation pour les patients insuffisants cardiaques. La formation d'**infirmiers spécialisés en insuffisance cardiaque (ISPIC) et d'Infirmiers en pratique avancée (IPA)** doit permettre de garantir le lien avec les patients.

Quant aux pathologies neurovasculaires, la V.0 du SRS ne fait aucune mention des enjeux et des travaux menés sur ce thème.

Pour autant, les experts médicaux publics mobilisés sur la thématique demandent la **réévaluation des moyens de transport entre les établissements de santé car ils conditionnent la prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) à la phase aigüe**.

La question de la **radiologie interventionnelle d'urgence et de l'accès à la thrombectomie** est aussi un sujet non abordé dans la V.0 du SRS. De multiples actions et objectifs restent à définir sur ce point. **La FHF Bretagne demande à ce que l'on puisse garantir en tout point du territoire l'accès à la thrombolyse / thrombectomie, USINV et UPNV**.

Nous souhaitons enfin alerter sur la nécessité de **développer la prise en charge ambulatoire des Accidents Ischémiques Transitoires (AIT)** afin de répondre aux besoins de la population et de fluidifier les parcours.

Enfin, au regard des besoins observés, nous estimons qu'il est nécessaire de compléter l'offre de soins aigüe via la création d'un 4^{ème} centre de thrombectomie.

4.2.10 Chirurgie

Les prises en charge en chirurgie sont confrontées aux contraintes liées à la réforme des autorisations (seuils d'activité et/ou nouvelles conditions techniques). En fonction des spécialités de chirurgie et des territoires, l'impact sur les organisations hospitalières sera différent. Afin de maintenir des filières publiques répondant aux besoins de la population et aux critères réglementaires, des stratégies de coopération territoriales doivent être envisagées.

Par ailleurs, la tension sur les ressources humaines ajoute une contrainte supplémentaire. La charge de la permanence des soins qui pèse presque exclusivement sur les établissements publics est également un facteur aggravant qui doit être pris en compte.

Enfin, les prises en charge en chirurgie doivent être pensées dans une logique de parcours, intégrant les acteurs de proximité et de recours.

Ce contexte peut conditionner la capacité des établissements publics à faire évoluer rapidement leurs organisations.

Cependant de nombreux enjeux doivent être travaillés dans les prochaines années afin de répondre aux besoins de la population bretonne.

L'offre de soins doit évoluer afin de **généraliser la Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC)**. Cela doit être une priorité. Le recours à cette approche varie en fonction des spécialités de chirurgie. Enfin, il est nécessaire de prendre en compte la charge en soins et la lourdeur des patients pour adapter au mieux les ressources.

Dans le but de poursuivre cet objectif et de travailler selon une logique de parcours au sein des territoires, il faudra travailler à **l'identification des partenaires en amont** (identification et préparation du patient) **et en aval** (suivi après opération dans les différentes modalités de SMR).

La FHF Bretagne souhaite que le PRS 3 soit le cadre du **développement** des SMR afin de faciliter l'orientation des patients après chirurgie et de répondre à leurs besoins de rééducation. Ce point est un enjeu majeur afin de fluidifier les parcours de santé des patients qui, faute de lit d'aval, peuvent être amenés à occuper des lits de chirurgie dans les établissements MCO. L'accès à différentes modalités de SMR (hospitalisation complète, hospitalisation de jour), ainsi que les liens avec les partenaires ambulatoires (CPTS, Maisons sport santé) doit également être un objectif.

La FHF Bretagne souhaite **poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire**. Cela devra également se faire dans une logique de parcours, en collaboration avec les professionnels libéraux.

4.2.11 Pédiatrie – Néonatalogie

Sur ce sujet, nous souhaitons alerter sur la **problématique du maintien de la Permanence des Soins** dans les territoires, condition pour être en mesure de garantir une offre de proximité.

Toutefois, la question des **ressources médicales et paramédicales**, accentuée par les départs en retraite qui vont fragiliser les maternités, nécessite qu'un travail soit réalisé concernant l'**attractivité des spécialités sous tension** (pédiatres) et la **fidélisation du personnel**. Une **attention devra être portée sur le besoin d'augmentation du nombre de puéricultrices en Bretagne** avec en ligne de mire la question de l'accessibilité aux formations qui connaissent une année d'étude supplémentaire tant sur le financement que sur l'accès géographique.

La FHF Bretagne souhaite insister sur la nécessité de renforcer les moyens alloués aux **prises en charge psychosociales**. La patientèle en **néonatalogie** semble de plus en plus fragile et les besoins de guidance et d'étayage avant et après la sortie sont accrus.

Surchargées, les structures accompagnant les enfants vulnérables que sont les CAMSP et les CMPP doivent voir leurs moyens majorés pour prévenir et stabiliser les handicaps à la faveur d'un travail en réseau.

4.2.12 Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale

Sur la thématique santé mentale, la FHF Bretagne a élaboré sa contribution en coopération avec l'Association des Etablissements du service public en Santé Mentale (AdESM) et la conférence régionale des Présidents de CME PSY.

Celle-ci porte sur la **promotion d'une gradation de l'offre en santé mentale**. L'**intégration de la problématique dans les projets de CPTS**, la **prise en charge graduée** des patients, la **diminution des patients hospitalisés via les urgences** en développant les capacités de repérage d'une « crise » et l'**accompagnement des coopérations hospitalières** pour offrir le soin le plus adapté aux patients sont autant d'actions qui doivent être mises en œuvre dans le prochain PRS.

Le second point de contribution porte sur la volonté de **renforcer les réponses en santé mentale en direction des jeunes**. La FHF Bretagne s'associe à la demande de réalisation d'un **état des lieux exhaustif de la situation épidémiologique des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents bretons**. D'autre part, nous demandons le **renforcement des moyens des Centre Médico-Psychologies Infanto-Juveniles (CMP-IJ)**, le **développement dans les territoires sous dotés d'équipes mobiles et de liaison en pédiatrie**, de **lits de crise post urgence** et de **lits d'hospitalisation dédiés** aux enfants, adolescents et jeunes adultes.

Nous souhaitons que les initiatives qui contribuent à la coopération des acteurs territoriaux soient identifiées dans les 4 Projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Enfin, nous veillerons à la mise en place des **coopérations rendues nécessaires par le régime des autorisations autour des prises en charges des 16-18 ans** dans les territoires concernés.

Enfin la mobilisation pour la prévention du suicide est un enjeu incontournable du futur PRS 3. Avec 20 tentatives et 2 suicides par jour en région, l'ensemble des acteurs du système de santé doit se mobiliser pour repérer, orienter et prendre en charge les personnes en crise.

Les établissements publics de santé, Psychiatriques et MCO, s'engagent pleinement sur cette thématique

Nous demandons que des démarches de **prévention universelle** (3114, formations sentinelles, appui aux généralistes), des démarches de **prévention sélective** (CAC, équipes mobiles spécialisées) et des **démarches ciblées** (VigilanS, soutien aux proches et familles endeuillés) soient développées en Bretagne d'ici 2027.

4.2.13 Offre de soins d'Urgence

La FHF Bretagne reste sur ce sujet très attentive et dans l'attente des décrets d'application sur les dispositions applicables à cette activité.

Nous souhaitons alerter sur la nécessité de **réaliser un travail de cartographie des SMUR et de leur activité**. Ce travail est indispensable pour organiser l'accès aux soins d'urgence lorsque certains centres sont contraints de réguler l'accès à leurs services d'urgences.

Il est également nécessaire d'**identifier l'impact des antennes d'urgence** sur les services d'urgences, de **définir l'offre** et de **travailler les coopérations** entre les établissements.

4.2.14 Soins Critiques

La FHF Bretagne souhaite réaffirmer ses engagements concernant le renforcement de la filière réanimation et soins critique en Bretagne :

- **Augmentation du capacitaire** : en réanimation et en unité de surveillance continue / unité de soins intensifs adossé aux unités existantes
- **Consolidation des ressources humaines** des unités pour garantir la pérennité et la viabilité des unités existantes et dont le capacitaire doit augmenter
- **Unités éphémères de réanimation** pour être en capacité de transformer une partie du capacitaire de soins continus en réanimation de façon à faire face à une situation de crise.

Nous restons, sur ce sujet, attentifs et dans l'attente des textes d'application sur les dispositions applicables à cette activité.

Nous regrettons toutefois qu'aucune réflexion préalable n'ait pu avoir lieu, sur le profil voire les localisations des USIP dérogatoires étant donné les interactions avec les unités de réanimation pour assurer la juste adéquation des profils patient. Ceci a pourtant été amorcé dans d'autres régions comme les Pays de la Loire et Provence Alpes Côte d'Azur.

4.3. Autonomie et Inclusion des personnes : des enjeux pour la Bretagne

La question de l'autonomie et de l'inclusion des personnes reste un enjeu majeur, notamment sur la partie « personnes âgées » compte tenu du vieillissement démographique qui pèse sur notre région et l'augmentation des maladies chroniques.

A cet égard, les portraits de territoire qui ont été transmis, avant les travaux du PRS 3 ont été extrêmement enrichissants et ont pu conforter les visions que la communauté hospitalière pouvait avoir, aux vues de leur activité sanitaire et médico-sociale.

Dans ce cadre, il semble important et pertinent que la personne âgée garde son autonomie le plus longtemps possible et il nous faut mettre en place les outils pour cela.

4.3.1 Repérer et prévenir la perte d'autonomie

Le repérage et la prévention de la perte d'autonomie est un enjeu majeur des prochaines années et il doit être renforcé au regard du vieillissement de la population et de la démographie actuelle des territoires bretons.

La FHF Bretagne souhaite tout d'abord signifier son alignement sur les objectifs retenus dans le cadre de la V.0 du SRS.

Toutefois, nous regrettons que le **développement de la géronto-psychiatrie** et le recours à des IPA ne soit pas mentionné. Le repérage et la prévention des troubles psychiatriques chez le sujet âgé est un sujet important qu'il est nécessaire d'intégrer.

Par ailleurs, la FHF s'étonne que les **hôpitaux de proximité** ne soient pas mentionnés parmi les acteurs mobilisés sur cette problématique. Leurs missions d'appui aux professionnels de 1^{er} recours, de contribution au maintien à domicile avec les médecins traitants et de prévention leur confèrent par définition une place importante dans les dynamiques territoriales de repérage et de prévention de la perte d'autonomie. Plus largement, la place des établissements de santé et leur rôle dans les filières gériatriques ne sont pas suffisamment mis en avant comme un des leviers de la politique de maintien de l'autonomie des personnes âgées.

Focus sur : Le repérage des facteurs de fragilité et l'outil ICOPE

La FHF Bretagne soutient l'ensemble des dynamiques territoriales de repérage des facteurs de fragilité du vieillissement. Nous sommes convaincus qu'un repérage précoce de ces facteurs et la mise en place de parcours de prévention adaptés aux besoins de la population permettront de mieux accompagner cette dernière.

Les établissements publics de santé, et notamment les hôpitaux de proximité, ont un rôle essentiel à jouer dans ce cadre. Les problématiques de démographie médicales de certaines spécialités (ex : ophtalmologie ; ORL) dans les territoires, le besoin exprimé par les patients de bénéficier d'un bilan global et multidisciplinaire sur une courte durée ainsi que la nécessité de recourir à certains équipements médicaux sont autant de raisons qui invitent à bâtir des partenariats avec les acteurs engagés dans cette démarche (MSP, CPTS, DAC).

Le programme ICOPE, mentionné dans le SRS, est un outil fédérateur qui suscite l'intérêt des professionnels de santé dans de nombreux territoires bretons. La FHF soutient son déploiement et souhaite qu'il puisse se faire en partenariat avec l'ensemble des acteurs de santé.

4.3.2 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

La V.0 du SRS semble reposer sur une logique de « temporisation » des situations sans prendre en compte les besoins d'adaptation des domiciles ou les besoins de mobilisation des expertises médicales et paramédicales jusqu'au domicile des publics cible.

D'autre part, aucune mention n'est faite des **Centres de Ressources Territoriaux**. Ces derniers, dont la mission est décrite dans l'arrêté du 27 avril 2022, vise à permettre aux personnes âgées de vieillir chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé à domicile. Nous demandons que le déploiement de ces dispositifs soit finalisé avec un objectif de 2 centres par département et que leur financement soit renforcé. Par ailleurs, nous demandons que d'autres CRT puissent être déployés à l'avenir afin de répondre aux besoins de la population dans l'ensemble des territoires.

La FHF Bretagne demande également à ce que la **prévention et le repérage précoce des difficultés de maintien au domicile soient réalisés via l'intervention des Equipes Mobiles de Gériatrie ou d'ergonomes** dans le but d'adapter le logement au vieillissement.

Dans une logique similaire et dans le but de permettre l'expertise médicale et paramédicale de se déplacer au domicile, des **équipes mobiles autonomie – nutrition – géronto- psychiatrie –soins palliatifs doivent être constituées et/ou renforcées**.

Enfin, les **CRT doivent pouvoir contribuer au maintien à domicile des personnes âgées en assurant ses missions** d'appui aux professionnels du territoire et d'accompagnement renforcé des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus conséquent.

Dans ce cadre, nous alertons, via ce PRS sur les conséquences de la réforme des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) vers des Services à Domicile (SAD). Cette réforme crée des services autonomie à domicile qui remplacent les SAAD, les SSIAD et les SPASAD et promeut un modèle intégrant l'aide et le soin. La création de ces services autonomie à domicile a un impact sur les autorisations et les modalités de financement. Elle doit être préparée avec attention par les professionnels mais aussi par les pouvoirs publics.

Si la réforme va permettre une simplification du parcours des personnes accompagnées et de leurs aidants, une meilleure communication et coordination entre les soignants et les aides à domicile, une amélioration de l'accompagnement en rapprochant l'aide et le soin, une meilleure prise en charge plus complète et meilleure réponse aux besoins de l'utilisateur, une capacité à mieux former les agents et les faire monter en compétences, il n'en demeure pas moins que de nombreuses questions se posent notamment sur le positionnement d'un centre hospitalier en pivot de la coordination qui semble indispensable au niveau du territoire pour éviter les ruptures de parcours coordonnés entre acteurs du domicile.

Nous alertons également sur une faisabilité complexe (ce n'est pas le cœur de métier des SSIAD) de créer une branche « aide », une problématique autour du périmètre géographique, des répercussions sur les statuts des personnels, et sur le financement et la tarification.

4.3.3 Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD

Les EHPAD sont amenés à opérer, dans les prochaines années, de nombreuses évolutions afin de répondre aux attentes des territoires (personnes âgées ; aidants ; professionnels de santé, sociaux et médicosociaux).

Pour cela, ils vont devoir engager, ou poursuivre, l'adaptation des compétences de leurs professionnels, l'adaptation de leurs locaux et l'adaptation de leurs organisations afin d'être en capacité d'accueillir les personnes âgées les moins autonomes tout en assurant des missions d'appui aux territoires (tant aux professionnels qu'aux aidants).

L'amélioration de l'accompagnement des résidents en EHPAD passe, comme cela est souligné dans la V.0 du SRS, par la formation et l'information des professionnels ainsi que par le renforcement de la capacité des structures à fidéliser leurs professionnels.

Cependant, la FHF Bretagne souhaite que les principales actions à mener soient davantage précisées et plus opérationnelles.

Ainsi, nous souhaiterions que les professionnels des EHPAD soient formés à **l'accompagnement des résidents présentant des troubles neurodégénératifs / troubles du comportement**. Un accompagnement vers des formations qualifiantes, notamment d'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG), permettrait aux établissements d'améliorer la qualité de leurs accompagnements.

Nous demandons également **développement de la gériatrie-psy** (développer la prévention avec plus d'infirmières de liaison en psychiatrie / recours à des IPA gériatrie-psy / accompagnement des équipes des EHPAD par des IDE psy / télé-expertise psy pour les équipes / formation des AS et IDE / travailler sur la notion de répit pour les équipes).

Par ailleurs, il nous semble important **d'améliorer la prise en charge de personnes handicapées vieillissantes**. Cela passera par un financement adapté pour des professionnels experts qui ne travaillent pas dans les EHPAD (moniteurs - éducateurs), par le recrutement des IDE spécialisées dans le champ du handicap (besoin de formations) et par la capacité à assurer un parcours individualisé en EHPAD

Concernant la prise en charge de **jeunes Alzheimer**, nous demandons **plus de souplesse dans la prise en charge et la mise en place de parcours gradués**.

Enfin, le renforcement de coopérations territoriales doit se faire dans une logique d'amélioration du service rendu à la population et il doit permettre à tous les bretons d'accéder à une offre de soins correspondant à leurs besoins.

La FHF Bretagne souhaite insister sur la nécessité de **renforcer les filières gériatriques**. Rouage essentielle de l'orientation des patients vers la structure la plus adaptée aux besoins des patients, ces dispositifs doivent être consolidés.

Nous demandons également le renforcement des Groupement de Coopération Sociaux et Médico-Sociaux (GCSMS). Cette structuration doit être un levier pour faciliter la coopération avec les établissements sanitaires, les structures HAD, les DAC, les SAD et les CPTS.

La coopération de l'ensemble des acteurs territoriaux doit, au-delà de l'enjeu que constitue son renforcement, permettre de développer la télémédecine en direction des personnes âgées qu'elles vivent à domicile ou en établissement ou permettre le développement de l'HAD dans les EHPAD.

Par ailleurs, la FHF souhaite que les coopérations à l'échelle territoriale facilitent la diversification de l'offre (accueil de jour / hébergement temporaire).

Concernant l'objectif de conforter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, il nous paraît nécessaire qu'il soit fait mention de la Charte Romain Jacob et de la dynamique qui en découle.

Nous souhaitons alerter sur le besoin de **développer des outils permettant aux ESMS de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé auprès des personnes accompagnées**. L'accès à la prévention pour les personnes en situation de handicap est un enjeu important dans les établissements.

Par ailleurs, nous souhaitons soulever la nécessité de **travailler le lien entre SAMU et ESMS pour renforcer les réponses aux situations d'urgence**.

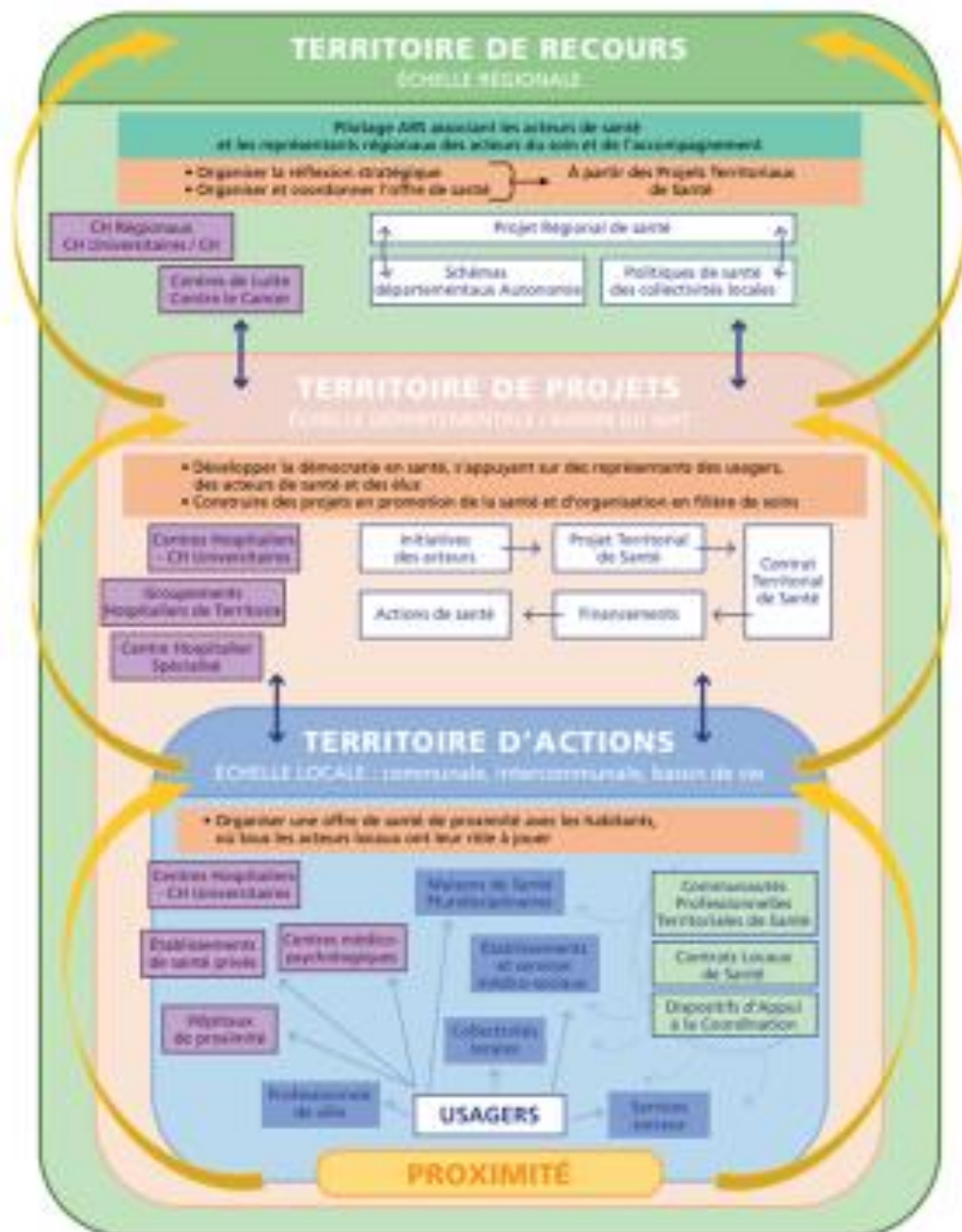
Ces travaux pourront être menées territorialement, avec l'ensemble des acteurs (Pôle Breizh Santé Handicap, HANDIACCES, DAC, CPTS, PCPE, ES et ESMS).

Annexe :
**Présentation de la réflexion engagée par la
Commission Parcours de la FHF sur une nouvelle
organisation territoriale pour mieux répondre aux
enjeux de la population**

L'objectif de ces travaux est de travailler sur une organisation territoriale de santé simplifiée, plus lisible, fédératrice et davantage ancrée dans les territoires :

- Plus lisible avec une volonté de simplifier le paysage territorial de la santé et de rendre plus lisible l'organisation du système de santé tant pour les professionnels que pour les usagers.
- Fédératrice avec une volonté d'associer tous les professionnels de terrain, quelques soient leur statut, leur mode d'exercice et d'organisation, relevant du champ sanitaire, médico-social et social, ainsi que les élus locaux et les usagers, autour d'un projet territorial de santé commun.
- Davantage ancrée sur les territoires pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, en s'appuyant sur un maillage de solutions de proximité et en associant les usagers et les associations représentatives à chaque niveau de territoire.

Cette proposition a vocation à constituer un socle commun, les fondations d'une organisation territoriale de la santé plus cohérente et plus adaptée aux réalités du quotidien de la population.



Sommaire.....	2
Une forte mobilisation des adhérents de la FHF Bretagne mais un projet qui ne répond pas totalement aux enjeux : Analyse synthétique du Projet Régional de Santé 3.....	3
Partie 1 : La Transformation de l'offre en Bretagne et dans ses territoires : un enjeu primordial pour améliorer la qualité de l'accès aux soins pour la population	5
1.1. Pour une doctrine régionale de l'adaptation de l'offre aux territoires	5
1.2. Pour une prise en compte de l'impact de la réforme des autorisations : un enjeu à ne pas ignorer	8
Partie 2 : Un renforcement de l'attractivité des établissements au regard des problématiques de démographie des professionnels de santé	10
2.1 Adapter les capacités de l'offre de formation aux besoins de santé de la population : déployer les territoires universitaires de santé en Bretagne.....	10
2.2 Accompagner la réingénierie et les parcours de formation.....	12
2.3 Conforter et renforcer la démographie des professionnels de ville dans les territoires déficitaires et établissements en difficulté	12
2.4 Promouvoir et accompagner l'évolution des métiers dans le cadre de la transformation de l'offre et de l'innovation organisationnelle	13
2.5 Favoriser les recrutements et la fidélisation des soignants en établissements et services	14
2.6 Soutenir les initiatives favorables à la QVCT des professionnels de santé et du médico-social	14
2.7 Favoriser la qualité et sécurité des soins et des accompagnements	15
2.8 Développer la pertinence des soins, des organisations et des parcours	15
2.9 Promouvoir la réflexion éthique dans le système de santé.....	15
Partie 3 : Le lien Ville – Hôpital - Patients, articulation essentielle des parcours de santé	16
3.1 Investir la Responsabilité Populationnelle en Bretagne	16
3.2 Développer les dispositifs de coordination territoriaux.....	17
3.3 Accompagner le développement de l'exercice coordonné.....	17
3.4 Accompagner la transformation numérique et organisationnelle du système de santé	18
3.5 Accompagner le développement de l'innovation et la structuration de la recherche en santé	18
3.6 Soutenir le partenariat en santé	19
3.7 Mieux prendre en compte l'expérience des usagers dans le système de santé.....	19
3.8 Déployer une politique de soutien aux aidants	19
Partie 4. Les recommandations de la FHF Bretagne sur le Schéma Régional de Santé.....	20
4.1. L'Adaptation du système de santé aux nouveaux risques et à de nouveaux environnements : les points à développer.....	20
4.2. Transformation de l'offre de soin en région : des enjeux à prioriser.....	21
4.2.1 Conforter la stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS).....	21
4.2.2 Renforcer l'accès de tous à une alimentation équilibrée, saine et durable	22
4.2.3 Renforcer la pratique de l'activité physique.....	23
4.2.4 Favoriser la vie relationnelle, affective et la santé sexuelle	24

4.2.5 Soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé	24
4.2.6 Imagerie	25
4.2.7 Prévenir les addictions avec ou sans substance et renforcer la structuration de la filière de prise en charge des addictions	25
4.2.8 Cancérologie	26
4.2.9 Prise en charge des pathologies cardio et neurovasculaire	27
4.2.10 Chirurgie	28
4.2.11 Pédiatrie – Néonatalogie	29
4.2.12 Développer une politique en santé mentale partenariale et territoriale	29
4.2.13 Offre de soins d'Urgence	30
4.2.14 Soins Critiques	30
4.3. Autonomie et Inclusion des personnes : des enjeux pour la Bretagne.....	31
4.3.1 Repérer et prévenir la perte d'autonomie.....	31
4.3.2 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.....	32
4.3.3 Améliorer l'accompagnement des résidents en EHPAD	33
Annexe :	35
Présentation de la réflexion engagée par la Commission Parcours de la FHF sur une nouvelle organisation territoriale pour mieux répondre aux enjeux de la population	35