



Position de la FHF Nouvelle-Aquitaine sur le projet de PRS 2023-2028 29 septembre 2023

La FHF Nouvelle-Aquitaine a travaillé le projet de SRS-PRS Nouvelle-Aquitaine 2023-2028 soumis à consultation réglementaire en lien avec ses établissements adhérents et à l'appui notamment d'un CA extraordinaire le 14 septembre 2023.

Dans ce cadre, elle formule trois principales remarques sur le PRS soumis à consultation réglementaire :

- La première relative à la méthodologie d'élaboration et de consultation mise en place ;
- La deuxième relative aux priorités à mettre en exergue ;
- La troisième relative aux demandes de modification du zonage et de certains OQOS.

1. Méthodologie utilisée pour l'élaboration et l'adoption du PRS Nouvelle-Aquitaine 2023-2028

La FHF NA reconnaît les travaux de qualité et approfondis menés par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, en particulier la DOS en concertation, notamment avec les fédérations hospitalières.

▪ Forces

Le projet de PRS est bien structuré et permet, au niveau des OQOS, de faire apparaître le bilan du PRS 2018-2023 et les orientations générales proposées.

▪ Faiblesses

En revanche, la FHF Nouvelle-Aquitaine regrette :

- Tout d'abord, **les modalités d'organisation et de pilotage des groupes de travail PRS** mis en place par l'ARS NA de l'automne 2022 au printemps 2023 et notamment l'absence d'information et de suivi de l'ARS au profit des fédérations.
En effet, la FHF NA n'a été informée ni changements de plannings des réunions ni ordres du jour ni des compte-rendu des groupes de travail ni de bilan final.
Elle n'a été sollicitée qu'au début de la démarche pour désigner des représentants ;
- Ensuite, **la période de concertation en période estivale**, peu propice aux concertations avec ses établissements adhérents **avec la programmation des instances réglementaires de consultation du PRS programmées début septembre**, c'est-à-dire, 2 mois après la publication du projet, très avancée dans la période de consultation globale de 3 mois ;
- Enfin, les modalités de présentation des projet d'OQOS dans le PRS qui ne précisent ni les OQOS existants dans le PRS 2018-2023 révisé (révision intermédiaire de 2022) ni les évolutions par rapport au précédent PRS 2018-2023 ni les autorisations actuelles ; ce qui complexifie très significativement la lecture et l'avis dans le cadre de la procédure de consultation réglementaire
 - Obligeant à se référer et à comparer au précédent PRS pour chaque domaine, chaque territoire, chaque territoire, chaque mention, chaque OQOS
 - Ne permettant pas d'identifier les structures autorisées actuellement et les projections notamment pour les mentions dans les cas de réforme des autorisations.

2. Principales priorités pré-identifiées par la FHF Nouvelle-Aquitaine

- **Encourager les actions de prévention**, notamment dans les établissements autorisés en médecine en hospitalisation complète
 - Prises en charge en hôpital de jour
 - Développement des consultations
 - Accès direct aux services
 - Actions de prévention de la dépendance et d'accompagnement au développement des soins à domicile.

- **Organiser le maillage territorial en vue de garantir l'accès aux soins de la population dans chacun des territoires :**
 - Garantir la prise en compte des besoins et de l'offre existante dans l'instruction des demandes de nouvelle implantation ou de renouvellement
 - Prendre en compte la couverture existante des besoins (densité de professionnels sur la zone concernée), la démographie médicale sur le territoire et les conditions de fonctionnement, notamment les besoins RH dans un souci d'efficacité des RH (pénurie des ressources, ressources rares), des expertises et des techniques
 - Veiller à la complémentarité des offres sur un territoire (plutôt que la concurrence) dans l'objectif
 - D'une part, de limiter les risques de déstabilisation de l'offre existante
 - D'autre part, d'asseoir les compétences médicales indispensables au maintien des activités, à la qualité et à la sécurité des soins
 - Encourager la mutualisation et l'optimisation des plateaux techniques et de soins critiques ayant une taille suffisante et une expertise au service de filières territoriales au moyen notamment de :
 - Réouverture des lits autorisés (hors crise) mais fermés pour manque de personnel
 - Regroupement de lits
 - Assurer un accès équitable à des soins primaires de proximité et de qualité
 - Renforcer l'offre de proximité de médecine et les filières gériatriques en zone sous-dense en tenant compte des zones à développement démographique anticipé et favoriser le développement des consultations et soins non programmés sous réserve d'inscription dans les filières de soins territoriales
 - Veiller, en parallèle, à la pertinence des soins et actes en mesurant le taux de recours par type d'acte/examen par habitant sur un territoire et intégrer cette dimension dans la définition des OQOS
 - Limiter les dépassements d'honoraires en offre de proximité.

- **Organiser la gradation de la filière territoriale de soins et coordonner la répartition des patients entre les différents types d'unités**
 - Garantir, au global, la prise en charge de tous les patients quel que soit leur profil (âge, pathologies, conditions sociales...)
 - Conditionner l'octroi d'une autorisation à la capacité du titulaire autorisé à assumer la continuité des soins et notamment la gestion des complications fréquentes et potentiellement attendues

- Veiller à l'inscription des titulaires d'autorisation dans les filières territoriales de spécialité en vue de favoriser et structurer les coopérations, fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients, ainsi que développer l'expertise
 - S'agissant des soins critiques, garantir la polyvalence d'activité (à la fois médicale et chirurgicale) des Unités de Soins Intensifs Polyvalents dérogatoires et, en conséquence, l'accueil indifférencié des patients chirurgicaux ou médicaux dans le cadre de filières territoriales de soins critiques ;
 - Prioriser les implantations dans les établissements assurant une activité d'urgence.
- **Prioriser les travaux relatifs à la permanence des soins dans les premiers mois de la mise en œuvre du Projet régional de santé**
 - Engager des travaux sur la permanence des soins dans le cadre d'une révision intermédiaire en lien avec les conclusions de la mission IGAS et associant, bien en amont, les fédérations hospitalières ;
 - Organiser la participation de tous les acteurs aux soins non programmés et à la PDS (en heures ouvrables et en heures non ouvrables) dès les stades de l'octroi et de la mise en œuvre d'une autorisation qui devrait constituer un critère obligatoire et prépondérant notamment dans la constitution de coopération
 - **Encourager et soutenir la formation de médecins et de personnels non médicaux** dans un contexte de crise démographique médicale et de tensions dans les ressources humaines parallèlement à la hausse des ratios en personnel pour certaines activités
Pour ce faire, assurer la montée en charge des quotas de formation.
 - **Soutenir la filière de la santé mentale** dans une logique de maillage des territoires et de mutualisation des compétences.
 - Dans la perspective de l'instruction des demandes d'autorisation suite à l'adoption de la révision du projet régional de santé :
 - **Promouvoir la pertinence des soins** en vérifiant notamment le niveau de consommation des soins dans un bassin de population, par exemple, à l'appui, pour la radiologie en coupe, d'un indicateur mesurant le nombre d'actes IRM réalisés par an rapporté au nombre d'habitants sur un territoire donné ;
 - **Réaliser des études d'impact**, notamment a posteriori, afin de mesurer l'impact des autorisations accordées auparavant (en termes d'offre de soins, d'activité et de RH...) et afin d'assurer notamment que le titulaire de l'autorisation assure la continuité des soins pour lesquels il est autorisé ;
 - **Encourager les implantations construites sur la base de partenariats/coopérations** d'autant plus lorsque coexistent historiquement des opérateurs publics et privés sur un même territoire
 - Assurer la coordination des parcours de soins entre les différents acteurs de l'offre territoriale
 - Organiser a minima l'information, voire une médiation ARS entre des partenaires historiques lorsque l'un d'eux sollicite une autorisation sur un site où ils coopéraient antérieurement ;

- **Assurer une cohérence entre les autorisations/implantations** de soins critiques et celles d'imagerie, de chirurgie et de cancérologie au regard des conditions d'implantation et de fonctionnement respectives liées ;
- **S'engager dans un choc de simplification** pour les établissements de santé contraints de re-déposer de nombreux dossiers d'autorisation sur une période très restreinte.

3. 3 axes du Schéma régional de santé Nouvelle-Aquitaine

Le SRS constitue un document particulièrement dense avec de nombreux objectifs mais qui ne sont pas prioritaires.

L'axe 1 – « Renforcer la prévention et l'action sur les déterminants de santé » reprend les principaux plans nationaux en matière de prévention.

La FHF Nouvelle-Aquitaine tient à rappeler que la mise en œuvre des objectifs nécessite un accompagnement des pouvoirs publics afin de mieux valoriser les actions de prévention conduites par les acteurs de santé. En effet, le financement actuel des établissements de santé n'est pas adapté. Il ne permet pas de valoriser de manière pérenne ces actions de prévention à la hauteur de l'engagement des acteurs.

L'axe 2 promeut l'organisation d' « un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé »

La FHF NA salue la mise en exergue de :

- La structuration de l'offre en faveur des populations les plus vulnérables, notamment les personnes en situation d'handicap et les victimes de violence...
- Les impératifs de permanence et de continuité des soins qui concernent l'ensemble des établissements.

A cet égard, le PRS n'emporte pas, à ce stade, de modification substantielle du volet permanence des soins au regard de la date de publication du rapport IGAS et dans l'attente des mesures qui seront décidées en conséquence par le Ministère.

Cependant, la FHF Nouvelle-Aquitaine restera très attentive aux travaux qui seront menés dans ce domaine dans le cadre d'une révision intermédiaire en 2024 et notamment à la répartition équilibrée de la charge de la continuité et de la permanence des soins entre les acteurs des territoires.

La structuration de l'axe 2 appelle, par ailleurs, deux principales remarques.

S'agissant de l'ajout d'une partie relative au renforcement du caractère médical de l'action du biologiste, il ne nous semble pas pertinent dans le PRS.

En effet, s'il nous apparaît essentiel de rappeler l'attractivité des métiers de la santé dans le paragraphe 3.3 de l'axe 3 et, en ce sens, la nécessité de prendre en compte la démographie médicale et non médicale pour déterminer l'offre de soins notamment dans les domaines de recours et d'expertise (mutualisation des ressources), nous ne comprenons pourquoi, en l'état actuel, il est proposé de cibler les seuls biologistes dans l'axe 2.

Ainsi, la FHF Nouvelle-Aquitaine préconise que le sujet de l'action des biologistes soit traité dans le cadre d'un autre document ad hoc.

S'agissant de l'objectif de garantir à tout patient atteint d'un cancer un parcours de santé personnalisé et adapté, la FHF Nouvelle-Aquitaine souligne, d'une part, la nécessité de s'inscrire en cohérence avec les axes et actions prioritaires dans le cadre de la stratégie régionale décennale Cancer.

Elle tient également à rappeler, d'autre part les objectifs prioritaires suivants qui doivent être bien identifiés, validés et mis en œuvre :

- **Assurer la prise en charge oncologique par l'ensemble des acteurs de tous les profils dont les patients lourds et précaires, isolés (SDF...)**
 - Tous les établissements doivent participer dans les mêmes proportions à ces prises en charge et être accompagnées financièrement à la hauteur de leur contribution ;
 - Des inégalités territoriales et sociales importantes persistent dans les territoires sanitaires. Elles ont parfois même été aggravées par la crise COVID et les problématiques de recrutement. Or, l'accès aux soins de base et aux médicaments est une condition indispensable pour l'optimisation tant en matière de prévention, que de dépistage ou de prise en charge précoce.
Dans ce contexte, il convient d'assurer une bonne régulation entre établissements pour les prises en charge quel que soit le statut, le niveau de précarité ou encore le lieu de vie du patient ;
 - La régulation pourrait s'appuyer sur un maillage territorial, hors plan national, avec des parcours qui permettent une organisation équilibrée de prises en charge de qualité ;
 - Cette répartition équilibrée doit permettre à tous les établissements de disposer de davantage de temps pour maintenir et développer leurs expertises (et sur expertises pour les CHU) et la recherche ;
- **Organiser et garantir la continuité des soins**
 - Toutes les structures autorisées doivent organiser et gérer la continuité de cette activité en soir, week-end et jours fériés ;
 - Dans ce contexte, le parcours global du patient doit être construit et assuré de manière continue et suivie quel que soit le territoire. Chaque établissement doit assumer de manière effective la continuité de la prise en charge ;
 - Il convient de travailler ces organisations territoire par territoire au regard notamment des problématiques de démographie médicale ;
- **Améliorer les délais diagnostiques et thérapeutiques** notamment pour les cancers de mauvais pronostic à l'appui de :
 - Une accessibilité plus rapide aux différents médecins impliqués dans la démarche ;
 - L'amélioration des délais de rendu des examens de biologie moléculaire indispensables aux décisions thérapeutiques ;
- **Agir au niveau de la prévention et du dépistage.**

Enfin, la FHF Nouvelle-Aquitaine souscrit aux propositions d'ajout des dimensions gestion de crise, développement durable et ressources humaines en santé dans l'axe 3 – « **Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des organisations et rendre le système de santé plus résilient face aux crises** ».

Cet axe et ces sujets sont effectivement majeurs et doivent faire l'objet de priorisation des actions au niveau régional.

4. Délimitation des zones du schéma régional de santé en Nouvelle-Aquitaine (« zonage »)

Dans le cadre des travaux menés pour la rédaction du PRS 2023-2028, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a formulé plusieurs propositions de révision du zonage soumises réglementairement à l'avis de la CRSA avant la période de consultation.

La FHF Nouvelle-Aquitaine a soumis à la CSOS un avis écrit et argumenté sur ces propositions. A la demande expresse de la fédération, ces éléments ont été transmis aux membres de la commission. Cependant, **elle n'a eu aucun retour sur ces propositions et aucun avis formel n'a été rendu par la CSOS.**

Or, la délimitation des zones, sur la base desquelles sont définis les objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS), concourt à garantir pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd la gradation des soins, la continuité des prises en charge, la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficacité de l'offre de soins

En conséquence, la FHF Nouvelle-Aquitaine ré-expose, dans le cadre de sa position sur le PRS 2023-2028 soumis à consultation réglementaire, ses remarques sur les modifications opérées dans le zonage régional.

- **Modifications au sein des zones existantes (sans modification de ces zones)**
 - **Première modification : planifier l'offre pour certaines activités de soins en distinguant zone de recours et zone de proximité lorsque ce n'était pas le cas avant** (jusqu'à présent, zones de planification des OQOS uniquement à l'échelle territoriale correspondant aux départements à l'exception du département 64 divisé en 2 territoires)
 - Pour les soins critiques conformément à l'idée de gradation introduite par les nouveaux textes.
 - Pour la cardiologie interventionnelle conformément ici aussi à la plus forte gradation avec la création de modalités et mentions nouvelles.
- ⇒ La FHF Nouvelle-Aquitaine rappelle que la mise en œuvre d'un dispositif spécifique régional vise précisément à permettre la gradation et l'adaptation au niveau régional. Les principes définis dès 2018 prévoyaient une délimitation en niveaux suffisamment étendus permettant les recompositions de l'offre et l'organisation des complémentarités afin d'asseoir les compétences médicales indispensables au maintien des activités, à la qualité et à la sécurité des soins.
- Conformément à la réforme des autorisations de soins critiques (nouvelle filière de soins critiques restreinte aux réanimation et USI) et de la cardiologie interventionnelle, il convient de regrouper les ressources et plateaux (même site ou convention) et de prévoir leur adaptation en cas de situations sanitaires exceptionnelles.
- C'est pourquoi, la FHF Nouvelle-Aquitaine prône un zonage des autorisations de soins critiques et de cardiologie interventionnelle au niveau des 13 zones territoriales correspondant aux 12 départements à l'exception du département 64 divisé en 2 territoires) et non pas aux niveaux des zones territoriales de recours et de proximité.

- **Deuxième modification : intégrer les nouvelles activités de soins créées suite à la réforme des autorisations**

- HAD : répartition des OQOS au sein des 13 zones territoriales
 - ⇒ La FHF Nouvelle-Aquitaine entend l'organisation d'une offre de l'HAD par regroupement plutôt que par un éparpillement à condition que cette offre soit déclinée au moyen d'antennes de proximité.
- Médecine nucléaire : répartition au sein des 26 zones infra-territoriales (Zones de recours (ZR)/Zone de proximité (ZP))
 - ⇒ La FHF Nouvelle-Aquitaine est défavorable à l'évolution proposée de planification de l'offre d'activité de médecine nucléaire
 - D'une part, en raison d'une cohérence entre autorisation de médecine nucléaire et autorisation de soins critiques dont les conditions d'implantation et de fonctionnement sont liées, voire interdépendantes dans le cadre de la réforme des autorisations.
En effet, les services de médecine nucléaire doivent être implantés sur un site disposant de soins critiques ou doivent conventionner a minima avec un service de soins critiques proche
 - D'autre part, en raison des ressources rares dans cette spécialité qui contraignent à une « rationalisation » de l'offre afin de ne pas les (ressources) disperser.
La FHF Nouvelle-Aquitaine préconise, en conséquence, un zonage des autorisations de médecine nucléaire au niveau des 13 zones territoriales correspondant aux 12 départements à l'exception du département 64 divisé en 2 territoires) pour des impératifs de qualité en cohérence avec la proposition de zonage territorial des activités de soins critiques.
D'ailleurs, en pratique, elle constate que les OQOS de médecine nucléaire proposés dans le PRS-2023-2028 des zones territoriales de proximité présentent tous un schéma-cible à 0 à l'exception de la Gironde (0 à 1).
- Radiologie interventionnelle : répartition au sein des 26 zones infra-territoriales (ZR/ZP)
 - ⇒ La FHF Nouvelle-Aquitaine est favorable au zonage de l'activité de radiologie interventionnelle au niveau des 26 zones infra-territoriales sous réserve d'un maillage territorial, c'est-à-dire d'une logique de gradation de l'offre de soins par référence aux différentes mentions A, B, C et D accordées en fonction des territoires de recours et de proximité.

- **Troisième modification : intégrer les changements d'intitulés d'autorisations** : renommer des activités de soins conformément aux nouveaux décrets

- Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), au lieu de Soins de Suite et de Réadaptation SSR
- Equipements d'imagerie en coupes utilisés à des fins de radiologie diagnostique, au lieu d'Equipements Matériels Lourds (EML)

- Soins critiques au lieu de réanimation
- ⇒ La FHF Nouvelle-Aquitaine confirme la nécessité d'intégrer les nouveaux intitulés de SMR, EML et soins critiques dans la nouvelle planification en conformité avec la réforme des autorisations.
- **Quatrième modification : inclusions des activités qui relevaient précédemment des SIOS (ex-SIOS)**
 - **Chirurgie cardiaque** : répartition des OQOS dans les 4 zones infra-régionales (implantations actuelles en 33, 86, 87)
 - **Neurochirurgie** : répartition des OQOS dans les 4 zones infra-régionales (implantations actuelles en 33, 64-BS, 64-NCB, 86, 87)
 - **Neuro-radiologie interventionnelle (NRI)** : répartition des OQOS dans les 4 zones infra-régionales (implantations actuelles en 17, 33, 64-BS, 64-NCB, 86, 87)
 - **Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques** : répartition des OQOS dans les 4 zones infra-régionales (implantations actuelles en 33, 86, 87)
 - ⇒ Le zonage apparaît en cohérence avec l'identification d'un recours unique au niveau infrarégional (ex-régions) garantissant un niveau d'expertise désormais possible en raison de la taille et de la population de la Nouvelle Aquitaine.
 - **Traitement des grands brûlés** : maintien de la répartition des OQOS au sein de la zone régionale (une seule implantation en 33)
 - ⇒ Le zonage apparaît également en cohérence avec l'identification d'un recours unique au niveau régional garantissant un niveau d'expertise.
- **Cinquième modification du zonage existant en Dordogne**
 - Des problématiques ont été rencontrées lors de l'instruction de demandes d'autorisation présentées par des structures situées en zone de recours (ZR) de Dordogne ou en toute proximité de la ZR
 - Actuellement, les OQOS sont calculés en intégrant dans la zone territoriale de recours
 - Le CH de Lanmary, implanté à Antonne et Trigonan à seulement 9,8 km de Périgueux qui est dans cette zone
 - Le centre de réadaptation fonctionnelle La Lande (CRF La Lande) implanté à Annesse et Beaulieu, à 15 km de PérigueuxOr, ces 2 communes sont recensées en zone de proximité dans l'arrêté du 12 juillet 2018
 - L'arrêté sur le zonage dans le département de la Dordogne a été modifié afin d'intégrer ces 2 communes, Antonne et Trigonan d'une part et Annesse et Beaulieu d'autre part, dans la zone territoriale de recours qu'elles jouxtent déjà.
 - Les arrêtés sur le zonage et les OQOS du SRS sont ainsi plus strictement concordants, les OQOS de Dordogne intégrant déjà ces deux communes dans la planification de la zone de recours.

- ⇒ La FHF Nouvelle-Aquitaine est en accord avec modifications afin d'assurer une concordance entre le zonage et les OQOS du SRS en Dordogne au regard notamment de la localisation géographique des communes concernées.

5. Objectifs quantitatifs de l'offre de soins : principes généraux d'implantation et OQOS

Plusieurs parties n'appellent pas d'observation particulière de la FHF Nouvelle-Aquitaine dont certaines feront l'objet de révisions intermédiaires du PRS 2023-2028 après la publication des textes relatifs à la réforme des autorisations de soins concernées.

- TRAITEMENT DES GRANDS BRÛLES
- EML : HYPERBARE ET CYCLOTRON
- CHIRURGIE CARDIAQUE
- NEUROCHIRURGIE
- ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE EN NEUROLOGIE
- GREFFES D'ORGANE et GREFFES de CELLULES HEMATOPOÏETIQUES
- AMP/DPN
- EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE
- SOINS LONGUE DUREE
- GYNECO-OBSTETRIQUE
- INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.

D'autres font l'objet de propositions d'évolution.

a. PSYCHIATRIE

- **Proposition d'évolution des principes généraux de détermination d'implantation**
- Il convient d'avoir une **vigilance sur l'attribution de nouvelles autorisations et la cohérence des prises en charges** qui y seront assurées **par rapport aux priorités régionales** et aux risques en matière de transfert de ressources humaines médicales.
- **Les conventionnements sont à bien encadrer**
 - Le conventionnement ne doit pas avoir pour objectif pour les établissements ne proposant pas certaines formes de prises en charge de pouvoir de s'en prévaloir pour obtenir une autorisation ;
 - Par ailleurs, la convention ne doit pas être également un acte unilatéral qui conduirait à l'orientation des patients d'un établissement vers un autre établissement en cas de difficulté (urgence-crise, précarité, soins sans consentement) ;
 - Il est nécessaire de poser les règles et le partage de la contrainte entre établissements dans le cadre de cette convention ;
 - Cette convention doit aborder les sujets de participation à la gestion des soins urgents, à la prévention ou encore à la gestion des soins complexes.
- **Un schéma directeur territorial des soins sans consentement** est à établir afin d'assurer une bonne répartition territoriale des unités de soins sans consentement.

- **S'agissant de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », il convient d'avoir une attention particulière quant à l'inscription effective du titulaire de l'autorisation dans l'écosystème d'acteurs du champ de l'enfance et de l'adolescence**, en particulier concernant l'effectivité des liens développés avec les acteurs de la protection de l'enfance au regard de la prévalence des troubles mentaux dans la population bénéficiaire de mesures de protection. Il est nécessaire de s'assurer de l'effectivité de ces liens.
Dans certains territoires, un accompagnement progressif des titulaires de l'autorisation pour adapter leurs ressources humaines (y compris en termes de compétences et de formation des équipes) et matérielles au public des grands adolescents, sera nécessaire, dans le cadre de projets plus globaux de redéploiement de l'offre entre « psychiatrie de l'adulte » et « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » le cas échéant.
- **Propositions d'évolution des OQOS**

La réforme des autorisations de psychiatrie rend complexe la comparaison des OQOS du SRS 2028-2023 avec les propositions d'OQOS 2023-2028 inscrits dans le projet de PRS, dans la mesure où les OQOS sont désormais déclinés en 4 mentions alors qu'ils étaient présentés, auparavant, en 7 types de prise en charge.

Par ailleurs, l'ARS NA n'a pas communiqué d'état des lieux à date des autorisations accordées et mises en œuvre en psychiatrie.

La FHF Nouvelle-Aquitaine fait deux remarques générales :

- D'une part, **s'agissant des modalités de comptabilisation des OQOS/implantations**
 - La réforme des autorisations de psychiatrie prévoit qu'une autorisation est accordée pour un site géographique
Cependant, elle précise que certains modes de prise en charge peuvent être déployés hors du site géographique autorisé pour tenir compte des spécificités de la psychiatrie (centres d'accueil permanent, centres de crise, appartements thérapeutiques, accueils familiaux thérapeutiques, centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, soins à domicile, hôpitaux de jour, centres de post-cure, unités hospitalières spécialement aménagées, services médico-psychologiques régionaux et unités sanitaires en milieu pénitentiaires).
⇒ Ainsi, la FHF NA souhaite avoir la confirmation que les propositions d'OQOS formulées dans le projet de PRS 2023-2028 sont calculées par entités juridiques pouvant déployer leurs différentes activités (faisant l'objet aujourd'hui de plusieurs autorisations) sur plusieurs sites géographiques
 - La réforme des autorisations de psychiatrie prévoit également l'obligation pour les structures autorisées de proposer, sur site ou par convention avec un autre titulaire, les 3 modalités de prise en charge (hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel et ambulatoire) afin de favoriser la mise en place de l'ensemble des formes de prise en charge et notamment d'encourager les nouvelles pratiques.
⇒ Ainsi, la FHF NA souhaite avoir la confirmation que les propositions d'OQOS formulées dans le projet de PRS 2023-2028 ont été déterminées sur la base des autorisations d'activités existantes d'hospitalisation complète, ainsi que d'hospitalisation de jour permettant ainsi aux structures autorisées aujourd'hui sur une seule de ses modalités de prise en charge de développer les trois modalités sur ses sites ou par convention.

- D'autres part, **s'agissant de la mention soins sans consentement**, la FHF Nouvelle-Aquitaine souhaite avoir des précisions quant aux modalités des projections d'OQOS 2023-2028. Ont-ils été définis sur la base des activités existantes.
Elle suggère, pour plus de clarté, qu'un schéma directeur territorial des soins sans consentement soit établi au niveau régional.

Dans ce contexte, **la FHF NA sollicite les modifications suivantes d'OQOS :**

- **Sur le territoire de la Gironde**
 - Soins sans consentement : schéma-cible à 3 à 4 implantations vs 3 activités en soins sans consentement dans le précédent PRS.
=> Demande de maintien du schéma-cible à 3 implantations
 - Les besoins de prises en charge sont couverts par les 3 établissements publics autorisés en psychiatrie sur le 33 dans des conditions d'accueil et avec un capacitaire adaptés (avec en particulier des unités fermées intégrant des chambres d'isolement pour les états de crise majeurs et des équipes formées à la prise en charge des patients en soins sans consentement)
 - L'accueil des patients en soins sans consentement ne colle pas au projet de la clinique Béthanie qui accueille historiquement en soins libres des patients moins lourds ayant essentiellement des troubles de l'humeur d'une sévérité faible à modérée.
 - Les locaux de la clinique Béthanie ne sont pas adaptés pour accueillir des patients en soins sans consentement sauf si des travaux sont prévus.
 - La clinique Béthanie ne sera pas en capacité d'accueillir les patients les plus lourds avec des risques de transferts dans de mauvaises conditions si le patient s'aggrave et doit être isolé par exemple.

b. HAD

- **Proposition d'évolution des principes généraux de détermination d'implantation**
- Il convient de **souligner l'objectif de couverture complète de l'HAD**, notamment dans les territoires ruraux.
- Il apparaît **essentiel que l'activité d'HAD soit mieux intégrée dans les parcours de soins territoriaux en synergie avec les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux** et y compris dans de nouveaux segments d'activité et de façon plus précoce, en cohérence avec la nouvelle gradation de soins.
Cette intégration de l'ensemble des activités MCO, SSR, HAD et médico-sociales (EHPAD) devrait permettre de faciliter et de favoriser les protocoles d'adressage vers l'HAD identifiée comme une véritable solution d'aval ou d'alternative à l'hospitalisation en établissement.
- Il est nécessaire de **veiller à ce que les porteurs d'autorisation bénéficient d'une expertise**, notamment pour assurer les mentions spécialisées d'HAD et qu'ils soient en capacité de contribuer par le biais de leurs ressources internes aux exigences posées dans le cadre des mentions spécialisées.

- Afin d'éviter le recours à l'hospitalisation avec hébergement, **il est indispensable que les professionnels de santé libéraux prescrivent un recours à l'HAD quand un passage par les établissements d'hospitalisation avec hébergement peut être évité.**
- **L'activité d'HAD sur les prises en charge complexes doit être positionnée dans une logique de complémentarité** avec les acteurs du domicile.
- **Propositions d'évolution des OQOS**

La FHF NA souhaite avoir la confirmation que **les projets d'OQOS d'HAD mention socle ont été fixés au regard des autorisations actuelles d'HAD et que les projets d'OQOS d'HAD mentions complémentaires** (réadaptation, enfants de moins de 3 ans et ante post-partum) **ont été définis de manière relativement restrictive** afin de permettre une implantation par mention et par territoire à l'exception de la Gironde.

Si, au global, la FHF NA est en accord avec cette proposition, elle formule certaines demandes de modification au regard de certaines spécificités territoriales.

- **Sur le territoire des Charentes Maritimes**
=> **La FHF NA sollicite la modification du schéma-cible pour prévoir 1 à 2 implantations (vs 1 implantation) pour chacune des 3 mentions complémentaires d'HAD « réadaptation », « ante et post-partum », « enfants de moins de 3 ans »** considérant l'organisation actuelle des HAD territoriales et la nécessité de construire les organisations de soins sur les territoires d'activité de chaque HAD.
La modification du schéma-cible laissera, sur toute la durée du PRS, la possibilité à chaque établissement siège d'HAD de développer son activité sans obérer ni imposer les solutions de coopération éventuelle ;
- **Sur le territoire de la Creuse**
=> **La FHF NA sollicite une augmentation du schéma-cible des implantations d'HAD mention socle de la Creuse afin de prévoir 1 à 2 implantations (et non 1 seule comme proposé) pour couvrir le territoire ;**
- **Sur le territoire des Landes** : Le schéma-cible prévoit 2 implantations mention socle et 1 implantation pour chacune des 3 mentions complémentaires : réadaptation, ante et post partum, ainsi que enfants de moins de 3 ans
=> **La FHF NA demande l'augmentation des OQOS d'HAD en territoire de recours (passage d'1 à une fourchette d'1 à 2 implantations) pour les mentions complémentaires : ante et post-partum, ainsi qu'enfants de moins de 3 ans** compte tenu de l'étendue du département et de l'existence de deux pôles urbains à l'exemple des Pyrénées Atlantiques avec ces deux territoires ;
- **Sur le territoire Navarre-Côte basque** : le schéma-cible prévoit 1 seule mention socle HAD et 1 seule mention complémentaire ante et post-partum
=> **La FHF NA sollicite l'augmentation du schéma-cible à une fourchette d'1 à 2 implantations mention socle en territoire de recours** afin d'étudier la possibilité pour le CHCB de développer cette activité sans qu'il n'y ait de concurrence avec la seconde structure autorisée (Santé Service). Des travaux seront menés, le cas échéant, entre les deux structures afin de s'accorder sur leurs spécialisations respectives.
Il est à noter que le CHCB entend par ailleurs conserver la mention ante et post partum.

c. MEDECINE

La FHF Nouvelle-Aquitaine formule les propositions suivantes :

- Il convient de **prendre en compte dans l'octroi des autorisations la couverture existante des besoins** (densité de professionnels sur la zone concernée) **et les conditions de fonctionnement**, notamment des besoins RH dans un contexte de pénurie des ressources afin de limiter les risques de déstabilisation de l'offre existante.
- Il est nécessaire de **renforcer l'offre de proximité en zone sous-dense**, tenir compte des zones à développement démographique anticipé et développement des consultations et soins non programmés sous réserve d'inscription dans les filières de soins territoriales.
- Il est indispensable de **renforcer les filières gériatriques** comme le projet de PRS le promeut.
- Il convient de **promouvoir la mise en place des actions de prévention et d'éducation à la santé dans les établissements autorisés en médecine** (comme les textes de la réforme des autorisations de médecine le précise)
 - o Prises en charge en hôpital de jour
 - o Développement des consultations
 - o Accès direct aux services
 - o Actions de prévention de la dépendance et d'accompagnement au développement des soins à domicile (co-intervention HAD par exemple).

Dans ce cadre, la FHF NA demande des précisions **quant au paragraphe relatif au maillage territorial pour la filière pédiatrique** : « une offre publique et privé doit exister dans chaque territoire de santé sauf exception justifiée ». Elle souhaite que les objectifs soient précisés. A cet égard, il apparaît prioritaire d'assurer une coordination territoriale regroupant public et privé, y compris avec la médecine de ville.

- Il semble, enfin, nécessaire de **compléter le SRS d'objectifs concernant l'ostéoporose**.
 - o En effet, l'ostéoporose est un problème de santé publique actuellement très peu pris en charge et avec des conséquence humaines et économiques importantes.
 - o Or, il existe des besoins importants de développement de cette filière, débordée du fait du nombre croissant de patients, du retard pour les examens d'ostéodensitométrie et du manque de consultations spécialisées.
- **Propositions d'évolution des OQOS**
- **Sur le territoire de la Haute Vienne**
 - o Sur le territoire de recours : le schéma-cible du PRS 2023-2028 prévoit une augmentation potentielle de 2 implantations (6 implantations vs 4 à 5 implantations de médecine dans le précédent schéma-cible 2018-2023)
=> La FHF NA demande la diminution du schéma-cible à minima à 5 implantations, dans la mesure où l'OQOS prévu pour CHU Rebeyrol ne semble pas devoir être maintenu dès lors que son existence antérieure semble s'expliquer par le rattachement de l'HAD du CHU au FINESS de CHU Rebeyrol. Or, l'HAD devient désormais une activité autorisée à part entière

- Sur le territoire de proximité : le schéma-cible du PRS 2023-2028 prévoit une augmentation potentielle d'1 implantation (5 à 7 implantations vs 5 à 6 à implantations de médecine dans le précédent schéma-cible 2018-2023)
=> La FHF Nouvelle-Aquitaine sollicite la modification du schéma-cible pour une fourchette de 4 à 6 OQOS et précisant la limitation du nombre d'implantations une fois le regroupement des sites du Haut Limousin (HIHL) opéré
- **Sur le territoire des Deux-Sèvres**
=> La FHF NA sollicite une augmentation du schéma-cible de médecine sur le territoire de proximité à 6 implantations de médecine pour les sites de Parthenay et Mauléon au lieu de 4.

d. MEDECINE D'URGENCE

- **Propositions d'évolution des OQOS**
- **Sur le territoire de Charente Maritime**
=> La FHF NA sollicite la modification de la cartographie et donc des OQOS de SMUR estival (antennes saisonnières) ne prenant pas en compte le SMUR saisonnier originellement positionné sur l'île de Ré et désormais armé et caserné à La Rochelle.

e. CHIRURGIE

- **Proposition d'évolution des principes généraux de détermination d'implantation des activités de médecine**
- **S'agissant des objectifs généraux**, il convient de :
 - Eviter une segmentation de l'activité ambulatoire ;
 - Rappeler que les soins de chirurgie s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients et que cette activité comporte également des actions de prévention et d'éducation à la santé.
- **S'agissant de la chirurgie bariatrique**, la FHF NA souhaite attirer l'attention sur les points suivants qui doivent être intégrés dans le PRS :
 - Intégrer des conditions particulières nécessaires pour la gradation et la qualité des soins et la pertinence des actes
 - Afin d'orienter les personnes en situation d'obésité ou à risque d'obésité vers les équipes compétentes, prôner la mise en place de parcours de soins gradués, personnalisés et adaptés à la complexité de la situation de chaque patient ;
 - En vue d'améliorer la lisibilité de l'offre sur les territoires et, plus globalement, l'information des personnes en situation d'obésité, promouvoir la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient et d'actions privilégiant la formation et l'intervention de patients-ressources, mise à disposition d'une cartographie des professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité et des associations de patients ;

- Conditionner l'activité de chirurgie de l'obésité à une autorisation selon des critères de qualité : information du patient en amont de la chirurgie, inscription dans la durée du suivi des personnes opérées, diffusion publique des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) des établissements hospitaliers au-delà du seul nombre statistique d'interventions.

En ce sens, la FHF NA est en accord avec la proposition de l'ARS NA : « Il est également essentiel de prendre en compte le projet médico-chirurgical, c'est-à-dire le projet de prise en charge préopératoire et de suivi post opératoire, en sus de l'atteinte du seuil d'activité fixé » ;

- Les CSO doivent être positionnés comme les référents de la prise en charge des obésités sévères, notamment pour les situations complexes chez les enfants ;
- Réaffirmer le rôle majeur des centres dits « intégrés » (CIO), souvent assurés par des CHU, et qui effectuent en plus des missions de centres spécialisés, des diagnostics et traitements spécialisés (génétiques, maladies rares) et sont engagés dans la recherche, la formation (enseignement universitaire) et l'enseignement ;
- Favoriser les logiques de filières et la mise en place d'équipes avec des stratégies de groupe ;
- Accompagner la réforme avec des délais de mise en œuvre suffisants pour laisser le temps à la recomposition de l'offre ;
- Mettre en place, de façon transparente et régulée, une exception géographique aux seuils prenant en compte les spécificités des territoires pour garantir l'accès aux soins.

- **Propositions d'évolution des OQOS**

Les propositions d'OQOS de chirurgie adulte n'appelle pas d'observation de la FHF Nouvelle-Aquitaine, dans la mesure où elles permettent potentiellement aux titulaires actuels d'autorisation de se positionner dans le cadre du nouveau PRS.

En revanche, il est beaucoup plus **complexe d'analyser les propositions de schéma-cibles de chirurgie pédiatrique et de chirurgie bariatrique** sans historique puisqu'il s'agit de nouvelles autorisations de soins créées par la réforme des autorisations de chirurgie.

Cependant, il semble que la **limitation du nombre d'implantations dans les schéma-cibles de chirurgie pédiatrique** résulte des conditions d'implantation et de fonctionnement spécifiques à remplir et des projets médicaux des établissements.

Certains OQOS doivent être modifiés après échange avec les établissements potentiellement concernés par ces activités.

- **Sur le territoire du Béarn-Soule**

- Territoire de recours :
=> **La FHF NA sollicite une diminution du schéma-cible de chirurgie pédiatrique à 1 implantation au lieu d'une fourchette d'1 à 2 implantations**
- Territoire de proximité :
=> **La FHF NA demande ici aussi une diminution des OQOS de chirurgie pédiatrique de proximité à 0 implantation (vs 0 à 1),** dans la mesure où les structures de proximité

ne seront pas en capacité de répondre aux conditions techniques de fonctionnement et que la nouvelle réglementation permet aux titulaires d'une autorisation de chirurgie adulte, selon les pratiques thérapeutiques spécifiques, de prendre en charge des enfants

- **Sur le territoire de la Haute Vienne**

- o Sur le territoire de recours :

=> La FHF NA sollicite la modification du schéma-cible afin de prévoir 3 implantations de chirurgie pédiatrique au lieu d'une fourchette de 2 à 3 compte tenu que le CHU de Limoges réalise cette activité sur deux sites (Hôpital Mère Enfant et Dupuytren 1).

S'agissant spécifiquement de la chirurgie bariatrique :

- **Sur le territoire de Charente Maritime** : augmentation des OQOS chirurgie (4 implantations de chirurgie bariatrique) pour les 2 cliniques (de l'Atlantique et Pasteur), le CH de Saint Jean d'Angély et le CH de Rochefort

=> La FHF NA sollicite l'autorisation d'une organisation d'activité en filière entre le CH de Rochefort (activité historique dans le cadre d'une prise en charge globale) et le CH de La Rochelle qui envisage de développer l'activité de by pass avec l'acquisition d'un robot)

Dès lors le schéma-cible pourrait être exprimé en cumulant les territoires de recours et de proximité pour un total de 4 autorisations au maximum

- o Sur le territoire de recours : 1 à 3 implantations (Clinique de l'Atlantique, La Rochelle)
- o Sur le territoire de proximité : 1 à 3 implantations (CH Rochefort, CH St Jean d'Angély et Clinique Pasteur à Royan).

f. SMR

- **Sur le territoire de la Charente**

- o SMR système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition : les OQOS prévoient une implantation possible en site de proximité.

Or à ce jour, le CH d'Angoulême réalise cette activité et souhaite poursuivre son développement.

=> Il est donc demandé de modifier le schéma-cible en remplaçant l'implantation prévue en territoire de proximité par une implantation sur la zone territoriale de recours.

Le CH d'Angoulême qui a commencé à pratiquer cette activité se positionnerait pour une autorisation en site de recours et non de proximité.

- o SMR cancer mention oncologie : les OQOS prévoient une implantation en zone de recours de recours.

A ce jour, le CH Sud Charente détient les compétences pour développer cette activité.

=> Il est demandé de modifier le schéma-cible pour prévoir de 0 à 1 implantation en territoire de proximité et de 1 à 2 implantations en territoire de recours au regard de la dynamique et des projets des établissements sur le territoire de recours.

- o SMR addictologie :

=> La FHF NA sollicite la modification du schéma-cible pour prévoir 1 implantation en territoire de recours afin de permettre au Centre Hospitalier Camille Claudel de se positionner ;

- **Sur le territoire des Deux-Sèvres**
 - o SMR cardio-vasculaire sur le territoire de recours: le schéma-cible prévoit 1 implantation
=> La FHF NA demande 1 implantation supplémentaire sur le territoire de recours, c'est-à-dire le passage à un schéma-cible de 2 implantations par analogie avec le schéma-cible de 2 implantations de SMR pneumologie proposé sur le même territoire de recours
Le CH de Niort forme historiquement en effet ce projet d'activité pour lequel il dispose d'autorisation en angioplastie et en soins critiques.
- **Sur le territoire de la Vienne**
 - o SMR pédiatrique :
=> La FHF NA sollicite l'ajout d'1 implantation en territoire de recours pour les enfants de plus de 4 ans et 1 implantation en territoire de recours pour les enfants de moins de 4 ans.

g. CANCER

- Proposition d'évolution des principes généraux de détermination d'implantation des activités de médecine

La FHF Nouvelle-Aquitaine est en accord avec les propositions d'évolution des principes généraux d'implantation qui correspondent aux nouvelles conditions d'implantation et de fonctionnement prévues dans la réforme des autorisations d'activités de traitement du cancer.

En complément, elle rappelle que l'octroi d'une autorisation et le développement d'une activité de cancérologie notamment chirurgicale, devraient être conditionnés à la capacité de la structure autorisée à et assumer une continuité des soins comprenant urgences et gestion des complications (en unités de soins traditionnelles et critiques). Il en va de même pour les suites des essais thérapeutiques menés, par exemple, en phase précoce.

A cet égard, il conviendra de mettre en place des contrôles permettant de vérifier que les structures remplissent les nouvelles conditions d'implantation et de fonctionnement.

En tout état de cause, en cas d'impossibilité d'autoriser une structure sur un territoire au regard des nouveaux seuils et conditions d'implantations et techniques de fonctionnement, il conviendra de vérifier la faisabilité du transfert, dans un temps donné de patient, vers une plus grande structure sur un territoire voisin, CHU ou CH en projetant la formation nécessaire des professionnels.

- Propositions d'évolution des OQOS

La FHF Nouvelle-Aquitaine sollicite les modifications suivantes.

- **Sur le territoire de la Charente (16)**

- Pour la chirurgie oncologique digestive et viscérale : les OQOS prévoient une implantation en mention simple (A1) en territoire de proximité.

A ce jour, la clinique de Cognac détient cette autorisation. Or, il est actuellement constaté une baisse significative du volume d'activité de cet établissement (13 actes au premier semestre 2023).

=> **Compte tenu de l'existence de deux sites autorisés sur le territoire de recours, la FHF NA propose la réduction du nombre d'implantation de cette activité de soins en territoire de proximité à une fourchette de 0 à 1 implantation au regard de la non-conformité avec le seuil règlementaire et afin de consolider les filières existantes**

- Pour la chirurgie oncologique urologique sur le territoire de recours, les OQOS prévoient 1 implantation en mention simple (A4) et 1 autorisation en mention complexe (B4).

=> **La FHF NA demande la possibilité de prévoir 1 à 2 implantations en mention complexe (B4) pour permettre au CH d'Angoulême de se positionner**

- Pour la chirurgie oncologique gynécologique sur le territoire de recours, les OQOS prévoient également 1 implantation en mention simple (A5) et 1 implantation en mention complexe (B5).

=> **La FHF NA demande également la possibilité de prévoir 1 à 2 implantations en mention simple et 1 à 2 implantations en mention complexe (B5) pour permettre au CH d'Angoulême de se positionner, dans un premier temps, en mention simple et, dans un second temps, de se mettre en conformité au niveau du seuil d'activité pour une autorisation en mention complexe dans les deux années suivants la notification de l'autorisation.**

- **Sur le territoire de la Charente-Maritime (17)**

- TMST en territoire de proximité : maintien d'1 implantation

=> **Demande de maintien d'1 implantation pour le CH de Jonzac**

Il semble en effet pertinent de conserver au sein des hôpitaux non-supports de GHT une activité de préparation des chimiothérapies afin de couvrir un large territoire géographique pour un bassin de population toujours plus vieillissant ne disposant pas toujours des moyens de se déplacer loin de leur domicile compte tenu de la situation défavorisée des zones rurales. Au-delà de la préservation d'un certain confort de soin, il s'agit de préserver une égalité d'accès aux soins de la population qui me semble demeurer un principe éthique et de santé publique.

Par ailleurs, les établissements supports sont très souvent surchargés, avec une difficulté d'absorber une activité d'un Etablissement voisin par manque d'effectifs de personnels médico-techniques et paramédicaux, engendrant par conséquent un risque de fuite de patients et un retard de diagnostics.

Enfin, il convient de mettre en exergue le développement de la coordination de la filière HAD entre l'Etablissement support et les hôpitaux adhérents notamment dans le cadre de la prise en charge des patients pour l'administration des chimiothérapies. Dans cette perspective, il est accentué une collaboration entre l'HAD et les Etablissements du GHT en optimisant un gain de temps pour l'Etablissement support en termes d'activité et transport logistique sur le territoire.

- **Sur le territoire de la Creuse (23)**

- Radiothérapie en territoire de recours : le schéma-cible prévoit la suppression d'1 implantation (0 implantation vs 1 implantation dans le précédent PRS)

=> La FHF NA sollicite le maintien d'1 implantation de radiothérapie.

En effet, l'activité de radiothérapie à Guéret fonctionne en lien avec le CHU de Limoges, dans le cadre d'un pôle inter-établissements d'onco-radiothérapie créé en 2023.

- **Sur le territoire de la Dordogne (24)**

- Chirurgie cancéro gynécologique en territoire de recours : le schéma-cible prévoit la suppression d'1 implantation (1 implantation vs 1 à 2 implantations dans le précédent SRS)

=> La FHF NA demande le maintien de 2 implantations pour le CHU de Périgueux qui confirme le développement de partenariat avec le CHU de Bordeaux

- **Sur le territoire du Lot-et-Garonne (47)**

- Chirurgie cancéro mammaire en zone de proximité : le schéma-cible prévoit la suppression d'1 implantation (0 implantation vs 1 implantation)

=> La FHF NA sollicite le maintien de la cible à 1 implantation pour le Pôle de Santé du Villeneuvois (PSV) en lien avec l'arrivée, d'ici la fin de l'année sur le PSV, de 2 gynécologues obstétriciens souhaitant pratiquer cette activité

- Pour la chirurgie carcino urologique :

=> La FHF Nouvelle-Aquitaine demande de création d'une implantation pour le PSV
=> Demande de création d'1 implantation en zone de proximité pour le Pôle de Santé du Villeneuvois qui ne pratique plus cette activité mais souhaite que cette possibilité soit à nouveau ouverte car il reconstitue également une équipe de praticiens

- **Sur le territoire Béarn-Soule (64-2)**

- Chirurgie onco-thoracique : les schéma-cible prévoient 1 implantation en mention B2 et aucune en mention A2

=> la FHF NA demande de modifier les OQOS et de prévoir une fourchette de 0 à 1 implantation sur la mention A2 dans l'hypothèse où le dossier d'autorisation présenté par le CH de Pau en mention B2 ne serait pas accepté (en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et de fonctionnement pour la mention B2) ;

- Chirurgie onco-ORL : les schéma-cible prévoient 1 implantation en mention A3 et 1 en mention B3

=> La FHF NA demande de modifier les OQOS et de prévoir une fourchette d'1 à 2 d'implantations en mention A3 dans l'hypothèse où le dossier d'autorisation présenté par le CH de Pau pour la mention B3 ne serait pas accepté ;

- Chirurgie cancéro urologique : le schéma-cible prévoit une implantation maximum en zone de recours avec une cible en mention B, c'est-à-dire une suppression d'1 implantation (1 implantation vs 1 à 2 implantations)

=> Au regard de la population du Béarn-Soule, la FHF NA demande la modification des schéma-cible sur la base de fourchette de 0 à 2 implantations pour la mention A4 et de 0 à 2 implantations pour la mention B4 afin de laisser la possibilité au CH de Pau de se positionner sur la mention A4 en cas de non-conformité aux CI/CTF pour la mention B4 ;

- TMSC : le schéma-cible prévoit 1 implantation en mention A, 1 implantation en mention B et 1 implantation en mention C

=> La FHF NA demande la modification des schéma-cible en cas de non-conformité aux conditions techniques d'implantation et de fonctionnement pour le CH de Pau

- Schéma-cible de 1 à 2 implantations pour la mention A
- Schéma-cible de 0 à 1 pour la mention B ;

- **Sur le territoire des Deux Sèvres**

=> **La FHF NA sollicite ainsi une mise en adéquation des différents OQOS.**

Le CH de Niort souhaite en effet se positionner sur l'activité de « traitements médicamenteux systémiques et chimiothérapies intensives entraînant une aplasie de plus de 8 jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible » en lien avec l'activité développée par une praticienne de chirurgie plastique reconstructrice post Cancer (reconstructions mammaires, et tout type de reconstruction par lambeaux cutanés notamment).

Or, le projet de SRS prévoit 1 implantation pour les traitements médicamenteux systémiques (TMS) et les chimiothérapies intensives mais pas pas d'implantation en SI d'hématologie alors que ces derniers conditionnent la délivrance de l'autorisation d'activité de TMSC

- **Sur le territoire de la Vienne**

- Chirurgie onco digestive sur le territoire de proximité : le schéma-cible prévoit la suppression d'1 implantation (1 implantation vs 1 à 2 implantations dans le précédent PRS) au motif que ni le CHU ni la Clinique sur le site de Châtelleraut n'atteindrait les seuils d'activité.

=> **La FHF NA sollicite la modification du schéma-cible, à savoir l'augmentation du nombre d'implantations sur une fourchette de 1 à 2 implantations comme dans le précédent SRS-PRS afin de laisser de la souplesse dans le projet à construire entre les deux entités**

- Chirurgie cancéro mammaire en zone de proximité : le schéma-cible prévoit la création d'1 implantation (1 implantation vs 0 implantation) qui devrait permettre à la Clinique de Châtelleraut de déposer une demande d'autorisation

=> **La FHF NA sollicite la modification du schéma-cible sur le territoire de proximité de la Vienne pour l'activité de chirurgie cancéro-mammaire en conservant 1 seule implantation pour laquelle le détenteur actuel de l'autorisation répond aux besoins du territoire.**

h. ACTIVITE INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MEDICALE CARDIO.

- **Sur le territoire de la Corrèze**

=> **La FHF NA exprime la crainte que l'existence d'un seul OQOS mention A en territoire de proximité de la Corrèze conduise à la disparition du service de cardiologie du CH d'Ussel, affaiblissant encore plus un établissement capital pour le territoire desservi**

- **Sur le territoire des Deux Sèvres**

=> **La FHF NA sollicite une implantation supplémentaire en rythmologie pour la mention C « Actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe » pour le CH de Niort dans le cadre d'une dynamique de reconstruction d'une équipe complète de 3 rythmologues.**

i. SOINS CRITIQUES

S'agissant du capacitaire

- La FHF NA appelle à **renforcer les plateaux techniques de soins critiques existants ayant une taille critique et une expertise au service de filières territoriales afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins**

En effet, la crise sanitaire a démontré que les lits de réanimation, ouverts à titre provisoire et isolés dans des établissements n'ayant pas les équipes humaines formées aux soins critiques lourds, n'avaient au final pas été mobilisés pour accueillir des patients COVID lourd

- Réouverture des lits autorisés (hors crise) mais fermés pour manque de personnel
 - Regroupement de lits
- Il convient de **créer des lits de soins de rééducation post-réanimation** aux fins d'améliorer la récupération des fonctionnalités par le patient après son hospitalisation en réanimation et de fluidifier les parcours et sous réserve qu'ils s'inscrivent dans les filières territoriales de soins.

S'agissant de l'offre de soins

- **Réanimation adulte**
 - Nous confirmons qu'il est nécessaire de doter chaque zone territoriale de l'offre d'un plateau technique de soins critiques comprenant a minima une unité de réanimation et une unité de soins intensifs polyvalents (USIP) contiguë, et de spécialité le cas échéant, dans le souci d'assurer :
 - La garantie d'un continuum de prise en charge
 - La mutualisation des lits et équipes notamment pour la permanence médicale et la continuité des soins
 - La possibilité de convertir, en cas de crise, les USIP contiguës ;
 - Il faudrait rappeler la nécessité d'organiser la gradation de la filière territoriale de soins et de coordonner la répartition des patients entre les différents types d'unités (mentions) au regard de leurs profils :
 - Réanimation et soins intensifs polyvalents (unités de réanimation et USIP contiguës) : patients présentant ou étant susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance
 - Soins intensifs polyvalents dérogatoires (USIP dérogatoires) : patients susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës pouvant impliquer, de façon transitoire, le recours à une méthode de suppléance dans l'attente, le cas échéant, d'un transfert en réanimation ;
 - Soins intensifs de cardiologie (USIC) : patient présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aigue liée à une pathologie cardiovasculaire imposant des traitements spécifiques cardiologiques et pouvant impliquer le recours à une méthode de suppléance ;
 - Soins intensifs de neurologie vasculaire (USINV) : patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aigue liée à une pathologie neuro-vasculaire imposant des traitements spécifiques neuro-vasculaires, de prévention et de rééducation neurologique et cognitive ;

- Soins intensifs d'hématologie (USH) : patients présentant ou susceptibles de présenter une défaillance aigue liée à une pathologie hématologique imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou plusieurs séjours en secteur stérile ;
 - Il est indispensable de sécuriser les USIP dérogatoires en veillant à la réelle polyvalence des USIP (à la fois médicale et chirurgicale) et, en conséquence, l'accueil indifférencié des patients chirurgicaux ou médicaux dans le cadre de filières territoriales de soins critiques
 - Il est important de s'assurer systématiquement que les titulaires d'autorisation en soins critiques adultes :
 - Intègrent la filière territoriale de soins critiques visant à favoriser et structurer les coopérations pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients et à développer l'expertise en soins critiques
 - Adhérent au dispositif spécifique régional de soins critiques de la région
 - Assurent la permanence des soins ;
 - Il conviendra de compléter le dispositif de ces autorisations, aux niveaux territoriaux de proximité, en sus des USIP dérogatoires, par des unités de soins renforcés qui devront également s'inscrire dans les filières territoriales de soins critiques.
La nature des activités et les conditions de fonctionnement des futures USR sont, à ce stade, inconnues, ce qui ne permet pas de projeter l'organisation des filières de soins.
- **Réanimation pédiatrique**
- Il est nécessaire de doter chaque zone territoriale de l'offre d'un plateau technique de soins critiques pédiatrique comprenant a minima une unité de réanimation pédiatrique de recours et une unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents (USIP) contiguë, et de spécialité le cas échéant, dans le souci d'assurer :
 - La garantie d'un continuum de prise en charge
 - La mutualisation des lits et équipes notamment pour la permanence médicale et la continuité des soins
 - La possibilité de convertir, en cas de crise, les USIP pédiatriques contiguës ;
 - Il faudrait rappeler la nécessité d'organiser la gradation de la filière territoriale de soins pédiatriques et coordonner la répartition des patients entre les différents types d'unités (mentions) au regard de leurs profils :
 - Réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents et de spécialité le cas échéant (unités de réanimation pédiatrique de recours et USI PED polyvalente contiguë) : patients présentant ou étant susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance pour des pathologies rares et/ou des prises en charge complexes ;
 - Réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents et de spécialité le cas échéant (unité de réanimation pédiatrique et USI PED polyvalents contiguë) : patients présentant ou susceptible de présenter une ou plusieurs défaillances aigües pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance ;
 - Soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires (USI PED polyvalente dérogatoire) : patients susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües pouvant impliquer, de façon transitoire, le recours à une méthode de suppléance dans l'attente, le cas échéant, d'un transfert en réanimation pédiatrique ;

- Soins intensifs pédiatriques d'hématologie (USI PED d'hématologie) : patients présentant ou étant susceptibles de présenter une défaillance aigüe liée à une pathologie hématologique imposant des traitements spécifiques hématologiques nécessitant un ou des séjours en secteur stérile
- Il est indispensable de s'assurer systématiquement que les titulaires d'autorisation en soins critiques pédiatriques :
 - Font partie de la filière territoriales de soins critiques pédiatriques visant à favoriser et structurer les coopérations pour fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients et à développer l'expertise en soins critiques
 - Adhérent au dispositif spécifique régional de soins critiques de la région
 - Assurent la permanence des soins ;
- Il est important d'**organiser des réseaux territoriaux des filières des soins critiques adulte et pédiatrique intégrant la totalité des établissements autorisés** avec un suivi coordonné par l'ARS Nouvelle-Aquitaine ;
- Il convient d'**anticiper les réorganisations liées à l'impact des réformes des autorisations de soins critiques et au déclassement, en conséquence, des USC**, notamment en termes d'offre de soins et de ressources humaines.

S'agissant des RH

La FHF Nouvelle-Aquitaine rappelle les priorités suivantes :

- **Lier la mise en œuvre des nouveaux ratios RH à la mise en place effective d'une réforme du financement des soins critiques** au regard des charges très importantes liées à l'activité de soins critiques et des problématiques d'attractivité du PNM en soins critiques ;
- Au regard des fortes tensions d'effectifs paramédicaux auxquels sont confrontées les établissements, **appréhender et anticiper l'impact de la réforme des autorisations de soins critiques sur les ressources humaines** ;
- **Assurer la montée en charge avec hausse des quotas de formation nécessaires** avec la hausse des ratios en personnel.
Dans cette perspective, dresser des bilans intermédiaires afin de s'assurer des conditions de réalisation RH et financières ;
- **Constituer des pools de renfort de soignants** formés à la réanimation et en capacité de venir en soutien des équipes de soins critiques.
Dans ce cadre, favoriser les conditions de formation (temps et financement) des professionnels déjà en poste ;

Dans ce contexte, la rareté des ressources humaines doit nous amener à préserver d'abord les conditions du fonctionnement des activités existantes.

- **Propositions d'évolution des OQOS**
- **Sur le territoire de la Charente :**
 - Le SRS-PR prévoit 1 seule implantation d'unité de soins intensifs polyvalents dérogatoires en territoire de proximité.
Or, à ce jour, 2 établissements sont susceptibles de répondre aux conditions techniques et d'implantation : le CH Grand Cognac et le CH Sud Charente.

=> La FHF NA sollicite la modification du schéma-cible pour retenir une fourchette de « 1 à 2 » implantations en territoire de proximité.

Le CH Grand Cognac répond aux conditions réglementaires techniques d'implantation et le CH Sud Charente projette de les satisfaire.

La fourchette d'OQOS intégrant la possibilité d'une deuxième implantation en territoire de proximité permettra donc une souplesse dans le déploiement éventuel de cette activité de soins

- **Sur le territoire de Charentes Maritimes :**

- Le SRS-PRS prévoit 1 seule implantation de SI polyvalents dérogatoires en zone de proximité pour l'USC de Rochefort

=> La FHF Nouvelle-Aquitaine sollicite l'augmentation du schéma-cible à 2 implantations de SI polyvalents dérogatoires en territoire de proximité pour le CH de Rochefort et le CH de Jonzac

La préservation du principe d'une USIP dérogatoire au CH de Jonzac correspond à une nécessité de santé publique et d'égalité d'accès aux soins.

Le CH de Jonzac dispose de locaux en attente de mise en conformité pour passer de 4 à 8, voire 10 lits d'USIP dérogatoire. L'activité sera maintenue grâce à une réorganisation en cours des services de médecine.

D'un point de vue de responsabilité populationnelle, il serait paradoxal de réduire le nombre de lits d'USI (notamment dérogatoires) sur le territoire de proximité dans un contexte de fortes difficultés vécues par la population et les soignants par manque de lits de soins critiques et en particulier de réanimation pendant la crise sanitaire mais également lors de la dernière période estivale au risque d'engorger tout le système.

- **Sur le territoire de la Gironde :**

=> La FHF Nouvelle-Aquitaine demande l'ajout d'une implantation d'unité de soins intensifs pédiatriques d'hématologie (mention 4) pour l'hôpital des enfants du CHU de Bordeaux) sur le territoire de recours en Gironde

En effet, le CHU de Bordeaux bénéficie actuellement d'une reconnaissance contractuelle d'activité de soins : 6 lits de soins intensifs chambre stérile en hématologie pour son service d'onco-hématologie pédiatrique.

- **Sur le territoire de Béarn Soule :**

- Le projet de PRS ne prévoit pas d'implantation de SI d'hématologie adultes (mention 5) alors qu'il prévoit l'implantation d'une mention B pour le traitement médicamenteux systématique du cancer.

Or, les nouvelles CI de cette mention B (Article R6123-94-2 du CSP) prévoit que "l'établissement autorisé à la modalité de traitements médicamenteux systémiques du cancer doit disposer sur le site d'une unité de soins intensifs hématologiques permettant la prise en charge des patients atteints de tumeurs malignes hématologiques ou de tumeurs malignes solides en situation d'aplasie entraînée par une chimiothérapie intensive".

=> Dans ce cadre, la FHF NA s'interroge sur la possibilité pour un établissement de prétendre à une mention B Traitement médicamenteux systématique du cancer sans avoir d'unité en soins intensifs d'hématologie ?

- **Sur le territoire Navarre-Côte basque :**

- Sur le territoire de recours

=> La FHF NA signale une erreur sur la cartographie en page 321 du PRS : les lits de SC pédiatrique sont installés au CHCB et non à la polyclinique Aguiléra

- **Sur le territoire de la Vienne :**
=> La FHF NA sollicite la modification des OQOS pour les soins critiques pédiatriques « mention 4 soins intensifs pédiatriques d'hématologie » : création d'une implantation pour la mention 4 SI hémato pédiatriques (CHU de Poitiers).
- **Sur le territoire de recours du Limousin :**
=> L'objectif d'1 OQOS de réanimation pédiatrique dans chaque département n'apparaît pas pertinent au regard de la rareté des moyens humains d'autant que le CHU de Limoges va devoir augmenter le nombre de lits de réanimation pédiatrique pour respecter le minimum capacitaire inscrit dans la réforme des autorisations en soins critiques. Dans ce contexte, il n'apparaît pas opportun de disperser les moyens.

j. EQUIPEMENT D'IMAGERIE EN COUPE

- **Proposition d'évolution des principes généraux de détermination d'implantation d'imagerie en coupe utilisés à des fins de radiologie diagnostique**

La FHF Nouvelle-Aquitaine souligne, tout d'abord, la **nécessité d'encourager la prévention/le dépistage en assurant notamment la participation de la région aux plans pluriannuels dans le cadre des priorités de Santé publique et de prévention/dépistage**

- AVC
- Cancers
- Dépistage du cancer du poumon et suivi des nodules
- Coronaropathies : coroscan et scores calciques.

Elle rappelle, ensuite, qu'il est primordial d'**organiser le maillage territorial** :

- Garantir la prise en compte des besoins et de l'offre existante dans l'instruction des demandes de nouvelle implantation
 - Intégrer dans l'analyse le niveau de la démographie médicale sur le territoire
 - Encourager la mutualisation et l'optimisation des plateaux techniques
 - Veiller à la complémentarité des offres sur un territoire (plutôt que la concurrence).
- Assurer un accès équitable à des soins primaires de proximité et de qualité
 - En renforçant la pertinence des actes
 - En limitant le dépassement d'honoraires de l'offre de proximité.
- Organiser la participation de tous les acteurs aux soins non programmés et à la PDS (en heures ouvrables et en heures non ouvrables) dès les stades de l'octroi et de la mise en œuvre d'une autorisation qui devrait constituer un critère obligatoire et prépondérant notamment dans la constitution des PIMP.
- Mener une réflexion sur la notion de pertinence des actes de radiologie en mesurant le niveau d'accessibilité par habitant sur un territoire donné aux fins d'éviter la surconsommation et, le cas échéant, de proposer une régulation.
- Mener une réflexion indispensable sur l'archivage commun (RIS/PACS).

- Proposer des surspécialités grâce aux modes d'organisation innovants (GCS/PIMM).

Il convient, par ailleurs, de prioriser les implantations d'équipements d'imagerie dans les établissements assurant une activité d'urgence (première implantation ou implantation supplémentaire en raison de la saturation).

S'agissant des ressources humaines, il est indispensable d'encourager la formation de médecins radiologues et de MERM au vu de la croissance d'activité.

En complément, bien que nécessaire, **le recours à la télé radiologie doit être encadré :**

- Limiter le recours à l'activité de téléradiologie afin que celui-ci ne constitue pas le mode d'exercice majoritaire (50% maximum) mais plutôt un mode d'exercice exceptionnel, notamment pour assurer la PDS et la télé-expertise ou pour fonder des coopérations locales sur la base des ressources médicales existantes sur le territoire (radiologues locaux).
- Les futures implantations doivent être accordées en priorité aux promoteurs disposant d'équipes médicales en capacité d'assumer l'activité.
- Au besoin, les taux de recours à la téléradiologie des promoteurs au niveau régional pourront être vérifiés et comparés (instaurer un quota maximum d'actes acceptables en téléradiologie).

Les coopérations sont à soutenir :

- Encourager les nouvelles implantations construites sur la base de partenariats/coopérations avec, par exemple, la participation a minima de radiologues locaux, en particulier pour les PIMP (un partenariat public-privé est hautement souhaitable) d'autant plus lorsque coexistent historiquement des opérateurs publics et privés sur un même territoire.
- Organiser a minima l'information, voire une médiation ARS entre des partenaires historiques lorsque l'un d'eux sollicite une autorisation sur un site où ils coopéraient antérieurement.
- Assurer la coordination des parcours de soins entre les différents acteurs de l'offre territoriale.

Enfin, la FHF NA appelle à la réalisation d'**études d'impact** afin notamment de mesurer l'impact des autorisations accordées (en termes d'offre de soins, d'activité et de RH...).

▪ **Propositions d'évolution des OQOS**

S'agissant des grandes orientations, la FHF Nouvelle-Aquitaine formule les remarques suivantes :

- **La proposition de schéma-cibles des OQOS d'EML en fourchette lorsqu'il y a plusieurs entités juridiques sur un seul et même site apparaît adaptée**
=> Cela permet de prendre en compte l'objectif à terme de la réforme des autorisations de radiologie en coupe, à savoir des implantations par site géographique mais également le temps nécessaire aux discussions entre les différents titulaires d'autorisation sur un même site géographique afin de faire évoluer les formes juridiques et les partenariats (GIE...) et ainsi recomposer l'offre.

- **L'objectif de diminution des implantations spécifiquement en Gironde semble en cohérence avec une logique de pertinence de l'offre de soins et des actes.**
- **Le maintien de l'objectif de garantie des missions de santé publique relatives à l'imagerie médicale** en prenant en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation les éléments énumérés dans le SRS 2018-2023 révisé avec des nouvelles conditions est indispensable.
=> Il doit se traduire effectivement dans l'instruction et l'examen des dossiers en CSOS, ainsi que vérifié dans le cadre des études d'impact à développer.
- De la même manière, **il convient d'établir un bilan des IRM endométriose en vérifiant si l'activité est dédiée a minima à 50% sur l'activité d'endométriose** conformément au SRS révisé 2022 (intervention des radiologues spécialistes de l'endométriose et inscrits dans la filière endométriose).
- **La proposition de créer 3 nouvelles implantations d'IRM dédiée aux pathologies psychiatriques en Gironde, Haute-Vienne et Vienne apparaît pertinente**
La prévalence des pathologies impliquant atteintes neurologiques et psychiatriques, les doutes fréquents concernant des diagnostics différentiels, ainsi que les potentiels protocoles de recherche pouvant s'appuyer sur cette ressource le justifient.

Dans un contexte de rareté des ressources humaines (radiologues, manipulateurs radio) en Haute-Vienne, une collaboration entre le CHU de Limoges et le CH Esquirol pourrait être privilégiée, dans un premier temps, afin d'améliorer l'accès aux soins somatiques et à des examens d'imagerie adaptés répondant aux bonnes pratiques et aux pratiques innovantes en psychiatrie et en santé mentale.

S'agissant de l'analyse par territoire

- **Sur le territoire de Navarre-Côte basque** : le schéma-cible prévoit, en zone de recours, une fourchette de 5 à 8 implantations au regard des 8 autorisations actuelles mais ne prévoit pas d'augmentation du schéma-cible de proximité
=> **La FHF NA confirme sa demande d'augmentation d'1 implantation du schéma-cible sur le territoire de proximité afin de permettre à l'EPS de Garazi de se positionner sur cette activité**
- **Sur le territoire de la Dordogne** : le schéma-cible en zone de proximité prévoit une fourchette de 4 à 5 implantations.
=> **La FHF NA sollicite la diminution du schéma-cible à une fourchette de 3 à 4 implantations. En effet, le CH Bergerac est sorti du GIE de l'IRM du Bergeracois le 31 décembre 2022. En conséquence, la SELARL d'imagerie médicale, détentrice de 51 % des parts du GIE en partenariat avec la SAS IMB dont elle est également actionnaire, devrait disposer d'une seule autorisation (SELARL et GIE) et non de 2**

k. RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

▪ Proposition d'évolution des principes généraux de détermination d'implantation de radiologie interventionnelle

S'agissant de l'organisation de l'offre de soins, la FHF Nouvelle-Aquitaine souligne les priorités suivantes :

- **Garantir une organisation de l'offre sur les territoires avec un maillage et surtout une gradation de l'offre** grâce aux mentions A, B, C et D en prenant en compte les structures déjà présentes sur le territoire, en particulier pour les mentions C ou D, au regard de l'environnement nécessaire et indispensable (urgence, chirurgie, réanimation).
 - **Nécessité d'assurer une cohérence entre les autorisations/implantations de soins critiques et celles de radiologie interventionnelle au regard des conditions d'implantation de radiologie interventionnelle**
 - Autorisation de radiologie interventionnelle - Mention A : seules les structures passant convention avec des établissements autorisés en soins critiques mention 1 « réanimation et soins intensifs polyvalents » (USIP) ou, a minima, mention 2 « soins intensifs polyvalents dérogatoires » (USIP dérogatoires) pourront être autorisées en radiologie interventionnelle mention A
 - Autorisation de radiologie interventionnelle – Mention B : seuls les établissements autorisés en soins critiques mention 1 (réa et USIP) ou, a minima, en mention 2 (USIP dérogatoire) pourront être autorisés en radiologie interventionnelle mention B
 - Autorisation de radiologie interventionnelle – Mention C : seuls les établissements autorisés en soins critiques mention 1 (réa et USIP) ou a minima en mention 2 (USIP dérogatoire) et ayant accès à une structure autorisée en chirurgie, sur site ou par convention, pourront être autorisés en radiologie interventionnelle mention C
 - Autorisation de radiologie interventionnelle – Mention D : seuls les établissements autorisés en soins critiques mention 1 (réa et USIP) et ayant accès à une structure autorisée en chirurgie, sur site ou par convention, pourront être autorisés en radiologie interventionnelle mention D
- ⇒ Ainsi, les autorisations de radiologie interventionnelle seront attribuées dans une logique de gradation des soins dans le cadre de laquelle les établissements autorisés en radiologie interventionnelle - mention D seront les établissements de recours.

S'agissant de l'organisation des prises en charge, la **FHF Nouvelle-Aquitaine souscrit pleinement à la prise en compte des obligations réglementaires dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation**, en appelant à vérifier notamment que :

- L'établissement autorisé en radiologie interventionnelle assure la continuité des soins post-interventionnels
Lorsque la continuité est organisée à l'échelle de plusieurs sites, les modalités d'orientation et de prise en charge des patients, ainsi que les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels sont précisées dans une convention
- L'établissement autorisé en radiologie interventionnelle assure la permanence des soins en lien avec le service d'aide médicale urgente

- L'activité de radiologie interventionnelle ne peut être réalisée qu'en présence sur site d'un médecin spécialisé en radiologie et en imagerie médicale
- La présence sur site a minima d'un radiologue compétent en radiologie interventionnelle avancée ou justifiant d'une expérience dans la pratique des actes de radiologie interventionnelle avancée, est requise pour les établissements autorisés en radiologie interventionnelle mention B, C ou D.

S'agissant des conditions de mise en œuvre, il convient de rappeler que :

- Afin de permettre de disposer d'une vision globale de l'offre de soins et des conditions d'accessibilité, **les structures autorisées en radiologie interventionnelle informeront systématiquement l'ARS lors de l'installation d'EML exclusivement dédiés à la radiologie interventionnelle.**
- **Les actes de radiologie interventionnelle ne peuvent pas être réalisés dans des cabinets de ville.**
- **Propositions d'évolution des OQOS**

La proposition de schéma-cibles en fourchettes d'implantations semble adaptée, dans la mesure où elle permet :

- De prévoir la mention inférieure en cas de non-conformité aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement fixées dans les décrets
- D'intégrer les incertitudes liées aux nécessaires évolutions de forme juridique de certains porteurs d'autorisation.

S'agissant de l'analyse par territoire

- **Sur le territoire du Lot-et-Garonne**
=> La FHF NA propose de ne prévoir qu'une seule et unique implantation pour mention C sur le territoire de recours dans le schéma-cible de radiologie interventionnelle pour le CH d'Agen-Nérac (au lieu d'une fourchette de 0 à 2) pour le CH d'Agen-Nérac
=> La FHF NA propose de ne prévoir qu'une seule et unique autorisation pour la mention D sur le territoire de recours dans le schéma-cible de radiologie interventionnelle pour la clinique ELSAN – Saint-Hilaire (CESH) (au lieu d'une fourchette de 0 à 1)
- **Sur le territoire des Landes :**
=> La FHF NA propose l'ouverture d'une implantation en mention C à l'instar de ce qui est prévu dans d'autres départements se trouvant dans une situation comparable, comme, par exemple, en Charente
- **Sur le territoire de Navarre-Côte basque :** le schéma-cible prévoit une fourchette de 0 à 2 implantations en mention D
=> La FHF NA sollicite la diminution du schéma-cible à une seule et unique autorisation d'implantation avec mention D pour le CH de la Côte basque, dans la mesure où la clinique Belharrà ne pourrait pas prétendre à une mention D car elle ne répondrait pas aux critères prévus par le décret n° 2022-1237 du 16 septembre 2022 ?
«IV. – Le titulaire de l'autorisation au titre de la mention D dispose :
«1. Sur site, d'une unité de surveillance continue et d'une unité de réanimation ;

«2. Sur site ou par convention, selon des modalités permettant la prise en charge du patient dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, d'un accès à une structure autorisée en chirurgie ».

I. MEDECINE NUCLEAIRE

Il importe que le Schéma régional de santé tienne compte de la rareté des ressources et permette de répondre aux besoins de la population sans multiplier les sites, source de déperdition de ressources humaines.

S'agissant du maillage territorial

- **La proposition de fixer les schéma-cible en fourchette semble prudente** laissant la possibilité aux titulaires de se positionner en mention A ou en mention B suivant l'activité réalisée et conformément aux conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement.
- **Les cibles proposées d'une simple implantation de médecine nucléaire par site géographique et d'une implantation par territoire permet de garantir l'accès aux soins en cohérence avec la rareté des ressources humaines**
=> Dans ce cadre, il convient de privilégier l'essor des centres déjà existants et d'éviter la création de centres supplémentaires concurrents dans un souci d'efficacité des ressources humaines, des expertises et des techniques.

S'agissant des ressources humaines

Il convient de :

- **Assurer une vigilance sur les autorisations sollicitées par des groupements où les médecins nucléaires sont minoritaires** au regard du risque encouru d'une activité de soin portée uniquement vers la TEP au détriment des examens de scintigraphie.
- **Inscrire le recours à l'activité de télé imagerie de support** dans une démarche de permanence des soins (PDS) et d'accès ininterrompu aux examens TEP et scintigraphiques pour les patients.
- **Encourager la formation de médecins nucléaires et de MERM** au vu de la croissance d'activité et de l'essor de la thérapie.

S'agissant du suivi

Il apparaît essentiel de :

- **Exiger des centres autorisés qu'ils s'engagent à effectuer l'ensemble des activités de soins de médecine nucléaire**, diagnostiques et thérapeutique.
- **Garantir les missions de santé publique relatives à la médecine nucléaire** en prenant en compte dans les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation les éléments proposés dans le projet de SRS 2023-2028 (PDSES, accessibilité, coopérations...).

- **Réaliser des études d'impact**, notamment a posteriori afin de mesurer l'impact des autorisations accordées (en termes d'offre de soins, d'activité et de RH...).
 - **Propositions d'évolution des OQOS**
- **Sur le territoire de la Gironde (33) :**
=> La FHF NA demande l'augmentation du schéma-cible sur une fourchette de 0 à 2 implantations (au lieu de 0 à 1) afin de prendre en compte, en zone territoriale de proximité, le projet potentiel de coopération public-privé d'implantation d'un service de médecine nucléaire sur le pôle de santé d'Arcachon.
- **Sur le territoire du Béarn-Soule :**
=> La FHF NA sollicite l'augmentation du schéma-cible de médecine nucléaire mentions A et B à 0 à 2 implantations (au lieu de 0 à 1), soit une augmentation d'1 implantation afin de prendre en compte l'activité du CH de Pau, ainsi que la coopération historique publique-privée et interrégionale (avec la Région Occitanie)
Comme dans le territoire de la Vienne, il convient ici de faire une exception au principe d'une autorisation par site géographique au regard des coopérations existantes mises en œuvre sur la base de négociations menées pendant plusieurs années.
Il existerait des risques non négligeables sur l'offre de soin de médecine nucléaire si une seule autorisation devait être octroyée sur le territoire.
Par ailleurs, l'ARS a été informée du risque inexistant de prolifération des équipements de médecine nucléaire eu égard au fait que le CH de Pau a déjà atteint le plateau socle avec 3 équipements et que le GCS Pyrénées TEP s'est engagé à ne pas solliciter de nouvelles demandes sur le territoire et est prêt à le formaliser dans un CPOM.
- **Sur le territoire de la Vienne :** le SRS-PRS prévoit un schéma-cible de 0 à 3 implantations de médecine nucléaire mentions A et B
A notre connaissance, il existe 4 autorisations actuellement (SARL sur le site de la polyclinique, GIE sur le site de la Polyclinique, CHU de Poitiers, GIE sur le site du CHU de Poitiers).
=> La FHF NA sollicite une modification du schéma, à savoir une augmentation du schéma de 0 à 4 implantations par exception au principe d'une autorisation par site géographique afin de prendre en compte la coopération publique-privée mises en place depuis plusieurs années.
- **Sur les territoires du Limousin et de la Creuse :** le schéma-cible prévoit la possibilité d'implantation en médecine nucléaire dans chaque département
=> La FHF NA solliciter la modification du schéma-cible de médecine nucléaire pour le territoire de la Creuse : 0 implantation au lieu d'une fourchette de 0 à 1.