



## **AVIS URIOPSS Auvergne-Rhône-Alpes**

### **PROJET REGIONAL DE SANTE 2018-2028**

#### **INTRODUCTION**

L'URIOPSS Auvergne-Rhône-Alpes, Union régionale intersectorielle et interfédérale, regroupe en 2018, 477 organismes privés non lucratifs pour 1314 établissements et services, accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité de tous âges : petite enfance, protection de l'enfance, insertion, personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap et patients.

Cet avis est proposé en lien avec celui du GRISS et validé par les instances de l'Uriopss et les adhérents contributeurs.

L'Uriopss ARA apprécie la qualité des orientations stratégiques et le principe de réalisation d'un schéma régional de santé réellement transversal. Mais nous regrettons que les annexes au schéma comme les annexes territoriales retracent aussi peu toute l'intention du programme régional de santé d'autant que ces annexes deviennent opposables pour les cinq années à venir et qu'elles deviendront la référence utilisable par territoire.

La temporalité de l'installation des CDCA et des CTS n'ont pas permis de donner une plus grande capacité d'analyse territoriale et de faire intervenir la démocratie en santé sur ce PRS.

Dès lors, trois demandes peuvent contribuer à ce stade à la réduction de cet écart :

- L'information et la consultation de ces instances (CDCA, CTS) restent possibles même avec un décalage de temps. Une présentation de chaque annexe territoriale par la DT-ARS locale peut être envisagée et encouragée par l'ARS Auvergne Rhône-Alpes.
- L'évaluation intermédiaire prévue à l'issue du SRS 2018-2023 peut opérer un rapprochement entre la théorie et la pratique par l'identification d'actions nouvelles mises en place sur les territoires.

- L'adaptation annuelle des annexes aux évolutions constatées (besoins et nouvelles offres de services)

La transformation de l'offre telle que prévue par les instances nationales demanderait une plus grande souplesse d'adaptation de l'ARS et des Départements à l'évolution des besoins et aux attentes des usagers, ce qui reste encore trop limité dans le contexte actuel. En effet la montée des fragilités et des inégalités, aussi bien sociales que territoriales croisée à une implication positive et plus forte des usagers dans le système de santé créent une demande de services très évolutifs. Ces nouvelles offres répondent aux attentes des usagers et sont souvent moins coûteuses que le système curatif en pleine saturation du fait de leur rôle préventif.

La réalité géographique de la région impose de penser à faciliter l'accès aux services de santé et de développer les équipes mobiles de services.

La vision prospective qui apparaît dans le COS devrait être accompagnée d'une méthodologie de mise en œuvre dans les documents opérationnels.

Si la vision du médico-social en amont et en aval de l'hôpital tend à laisser la place à une approche populationnelle avec des parcours sans rupture, l'Uriopss note que le renforcement de la prévention et la transformation de l'offre devraient être beaucoup plus visibles et davantage dans l'opérationnalité.

L'URIOPSS souhaite valoriser trois niveaux d'approches pour la mise en œuvre de ce PRS avec la souplesse d'adaptation qui s'impose, lesquels n'imposent pas strictement les mêmes orientations pour les établissements et services concernés :

1. Une approche inclusive en faveur de la population en grande précarité qui nécessite un accompagnement approprié (PRAPS) pour un retour au droit commun
2. Une approche inclusive impulsant l'accès au droit commun pour la population en situation de handicap
3. Une approche concourant à la complémentarité des services de santé, de soutien à domicile, et établissements pour les populations vieillissantes et leurs aidants.

Ces trois approches permettent de distinguer dans l'adaptation de l'offre territoriale les graduations nécessaires en matière de transformation des structures, de prévention et de bienveillance en santé au sens large de l'OMS.

L'évolution très rapide des problématiques et des besoins de services particulièrement en matière d'organisation familiale, les conséquences des maltraitances faites aux femmes et aux enfants, l'évolution notable des troubles psychiques, l'accès aux soins des publics les plus fragiles et en situation de précarité, engagent à une organisation territoriale et infra territoriale très souple et à une coordination améliorée des pouvoirs publics au niveau local.

Les établissements et services sanitaires, médico-sociaux et sociaux sont tous des plateaux de ressources très riches qui peuvent apporter un soutien précieux face à l'évolution des besoins locaux en s'ouvrant sur le territoire. Il nous semble que la transformation de l'offre ne peut pas se restreindre aux regroupements des établissements, mais doit permettre le développement et le

partage des ressources locales existantes pour créer les nouveaux services à la population y compris de droit commun.

Nous faisons en effet le constat aujourd'hui de nombreuses associations créant des projets alternatifs avec les bénéficiaires (en particulier dans le domaine de l'habitat, de la mobilité, des services intégrés ...) permettant de mieux répondre aux besoins. Cela entraîne nécessairement l'apparition de nouveaux métiers qu'il faut anticiper et un fort engagement en matière de ressources humaines et de valorisation des métiers en particulier dans la transition et la complémentarité établissements et domicile.

**Le soutien à l'innovation que l'ARS a déjà engagé ces dernières années, pourrait être largement renforcé sur cette transformation de l'offre et la création des nouveaux services.**

**Le lancement national de la stratégie de transformation du système de santé et l'ouverture du Conseil Stratégique d'Innovation en Santé le 5 avril dernier, doivent permettre de faciliter ce soutien à l'innovation.**

L'Uriopss approuve aussi le développement déjà engagé des centres de santé et des maisons pluri professionnelles de Santé. La région ARA a un potentiel important avec les centres de santé existants que nous avons contribué à faire connaître à l'ARS en 2012. L'évolution et la complémentarité des centres de santé, des maisons pluri professionnelles de santé et des centres de soins Infirmiers est un atout important pour répondre à l'accès aux soins de premier recours et à la prévention.

Enfin l'approche territoriale nécessite une rapide évolution sur l'interopérabilité des systèmes d'informations et un soutien technique et humain quant à leur mise en place, faute de quoi la souplesse d'adaptation aux besoins et la coopération de projet pluri-acteurs locaux sera vaine.

Ces propos liminaires sont complétés par les illustrations qui suivent pour les différents segments populationnels afin d'illustrer la nécessité de prendre le temps d'investir dans le passage de la gestion actuelle à l'offre de services renouvelée de demain. La vision prospective annoncée dans le COS nécessite un pilotage de l'ARS centré sur les grands axes prioritaires et une souplesse d'adaptation des dispositifs existants.

## Personnes âgées

### Des trois exigences du SRS

La première : « prévenir la dégradation de l'état de santé » a déjà été largement abordé dans les premiers PRS et SRS. La prévention à travers la chute, le poids, le circuit des médicaments, la polymédication et iatrogénie, les risques infectieux... tout cela correspond à un travail en continu abordé lors des premières CTP. On s'inscrit là dans la continuité et ce n'est pas un nouvel objectif. Ne peut-on pas mieux valoriser tout le travail de prévention engagé par les acteurs en matière de perte d'autonomie ? En effet, la prévention faite en établissement est défavorable à la détermination des dotations soins et dépendance des établissements. **Mettre en place des actions de prévention aujourd'hui pénalise les établissements dans le calcul des GMP/PMP. Il y aurait lieu**

**de privilégier la prise en compte des conséquences financières de la prévention en termes de moyens pour les ESMS.**

La 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> correspondent davantage aux attentes des acteurs hébergement et domicile :

- **Consolider la coordination territoriale autour de la personne âgée dans une logique de continuité des parcours**

Sur ce point, le développement de type dispositifs pluriels ou maisons de pays de services est souhaité. Ce n'est pas l'affaire des seuls EHPAD de 80 places et plus. Des EHPAD de moindre taille travaillent déjà dans ce sens et la porte d'entrée n'est pas seulement l'EHPAD. C'est l'association dans le secteur du domicile ou de l'hébergement. La résidence autonomie peut aussi être au centre des initiatives.

Malheureusement la réflexion et les propositions des ESSMS lors de la signature des premiers CPOM sont insuffisamment prises en compte. Encourager les associations à développer des services pluriels en mixant services et établissements pour une offre complète sur les territoires, sans les réduire à l'amont et l'aval de l'hôpital mais bien au service des personnes.

- **Anticiper l'accompagnement et les modes d'intervention de demain.**

Sur ce point, « faire monter en compétence les ESSMS grâce aux compétences sanitaires » ne doit pas être le seul ou le principal vecteur ni réduire les spécificités de l'accompagnement médico-social.

**Renforcer les moyens pour les EHPAD qui sont confrontés à l'augmentation de la dépendance ainsi qu'à l'accompagnement des personnes atteintes de MND en ciblant des objectifs de diversification des services dans le CPOM.**

## **EHPAD : transformation de l'offre et contractualisation**

La transformation de l'offre est à ce jour encore très peu abordée dans le cadre de la contractualisation. Les inspecteurs DT-ARS ont une approche par objectifs préétablis dans des grilles CPOM.

Pour la plupart ils visent à ou ils imposent une reconduction rapide des CTP à moyens constants sans prendre en considération les projets des associations à développer des dispositifs pluriels.

Le travail est administratif et n'est pas réflexif et encore moins prospectif. La grille CPOM est bordée d'indicateurs quantitatifs avec une approche sanitaire. La question du prendre soin (to care, bienveillance) et par exemple les approches non médicamenteuses doivent être davantage mises en avant.

Il est nécessaire de simplifier en donnant aux dirigeants des établissements une réelle souplesse de gestion avec le CPOM et EPRD<sup>1</sup>.

A noter que la prévention faite en établissement est défavorable à la détermination des dotations soins. Ne peut-on pas valoriser et étendre tout ce travail de prévention (prévention des escarres, dénutrition, de la perte d'autonomie...) ? L'intégration des possibilités offertes et déjà à l'œuvre en matière de télémédecine serait un plus.

Le recours aux équipes mobiles de l'hôpital (en psychiatrie, en soins palliatifs) reste encore difficile.

S'appuyer sur l'existant (Ehpad, SSIAD, Saad, résidence autonomie, Spasad...) pour renforcer les structures d'accueil temporaire, de répit et d'habitat inclusif.

### **Mêmes remarques pour les soins à domicile (SSIAD et SPASAD)**

La contractualisation expérimentale des SPASAD n'est pas dotée de moyens nouveaux et les objectifs ne sont pas pris en compte.

La stagnation du secteur des EHPAD a conduit une élévation forte du GMP des SSIAD. Or, leurs moyens ne leur permettent pas de répondre aux demandes des patients les plus lourdement dépendants. Leur sentiment est que leur travail évolue de plus en plus vers l'EHPAD à domicile. Une place d'accompagnement pour les personnes handicapées vieillissantes est moins bien financée qu'une place en SSIAD classique.

De ce fait, les actions des SPASAD ne sont pas éligibles en raison du public accueilli auprès de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

### **Soutien à domicile / EHPAD et Accueil alternatif / répit des aidants**

Un point de vigilance doit être signalé : ne pas opposer les deux versants, hébergement et domicile, en pointant exclusivement sur les territoires le renforcement du premier par le redéploiement du second. Au contraire, EHPAD et services à domicile s'accordent à souligner la voie plus positive de la collaboration entre le domicile et l'établissement, intégrant la position et les attentes de l'aidant. Il manque sur les territoires le maillon de l'habitat transitionnel et le dispositif hébergement temporaire présente des lacunes importantes. L'ARS au niveau de la région peut impulser des réflexions territoriales sur la problématique des structures d'accueil temporaire

### **Moyens et conditions de travail**

La pénibilité, le manque de reconnaissance ou d'attractivité des métiers (IDE, AMP, Aide-soignante...) pèsent fortement sur la conduite et la mise en œuvre du SRS.

---

<sup>1</sup> Exemples des sections tarifaires obsolètes, indicateurs Pathos et Gir dépassés. La grille pathos ne prend pas en compte la prévention : ceux qui font le travail de prévention font de la bienveillance au bénéfice physique et moral des usagers et sont pénalisés ensuite financièrement.

- Absence de moyens dédiés aux accompagnements des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de MND (alors que c'est une priorité du SRS).
- Absence de moyens humains supplémentaires pour les cantous : aucune ligne de crédit dédié à cet accompagnement spécifique alors qu'il est plus poussé en termes de taux d'encadrement et d'activités proposées qu'en hébergement classique. Le cantou représente un niveau de charges important pour les établissements.

Même remarque pour les PASA. Peu de PASA financés et pourquoi cibler les établissements de plus de 80 lits pour retenir les porteurs de projet?

- Travailler prioritairement sur la démographie médicale et intégrer au SRS l'insuffisance de médecins coordonnateurs sur les territoires, en net décalage avec les objectifs à atteindre et les missions à remplir et pour lesquels le développement des coopérations et mutualisations avec le sanitaire demeurera insuffisant.

## Personnes en situation de handicap

### - **La transformation de l'offre, l'approche inclusive et la contractualisation**

Dans le cadre de la contractualisation, une place plus grande est accordée dans ce secteur au diagnostic de situation et à la mise en place d'actions nouvelles.

Celles-ci sont très centrées sur les réformes en cours : PCPE, accueil temporaire, externalisation des unités d'enseignement, développement des places de SESSAD et il convient de laisser la place à d'autres projets et à la créativité des associations.

La mise en œuvre des dispositifs pluriels doit pouvoir s'appliquer à tout type de structure (DITEP, DIME, CRP, foyers...).

Les différentes strates de la réponse, notamment à travers la mise en place des PAG, ne doivent pas faire l'impasse sur quelques problématiques importantes.

### - **Penser la mutualisation et les plateformes**

La plateforme est un état d'esprit, un mode fonctionnement. L'organisation en plateformes permet la mutualisation inter dispositifs. Il ne s'agit pas forcément de « créer » des plateformes mais bien de mobiliser la coopération de projets et des partages de ressources pour réorganiser localement la réponse sans ruptures. Cela fait partie des formes de coopérations innovantes sur le plan local.

### - **L'internat garde une place structurante pour la personne**

Le développement en dispositif ne doit pas signifier à l'inverse la fermeture complète des places d'internats. Il convient de ne pas passer du tout au rien. Les usagers et les familles témoignent de l'importance de disposer d'une palette diversifiée de situation. L'internat y a sa place comme dispositif structurant de la personne à un moment T.

- Dans le cadre de l'apprentissage à la vie autonome, appuyer les services (SAVS, SAMSAH, hébergement temporaire...) en tant que ressource, expertise et évaluation pour soutenir les

personnes dans leur projet de vivre à domicile accompagné. Reconnaître ce rôle nouveau dans les annexes territoriales.

- **Le développement de l'habitat inclusif doit pouvoir être accompagné.**

L'habitat inclusif fonctionne dans le secteur handicap comme dans le secteur personnes âgées sur une logique de logements accompagnés. Cela nécessite de penser le volet accompagnement mais aussi de disposer des ressources locales en services sans oublier les SAAD, les SSIAD, les SAVS et les SAMSAH.

La dotation de postes de médecins ne doit pas être l'apanage de l'hôpital et ces dispositifs pluriels doivent pouvoir disposer d'ETP à la juste mesure des attentes et des besoins.

- **Le juste développement hors les murs**

Cela concerne la plupart des dispositifs jeunes ou adultes. Les objectifs aux ESAT de sorties en milieu ordinaire. Les taux de sortie mériteraient un ajustement. Il convient d'être prudent dans l'évaluation des résultats qui sera faite, de ne pas stigmatiser le travail professionnel en ESAT ou encore de ne pas oublier le droit des personnes à une intégration professionnelle protégée et à la réversibilité des situations.

Le développement des interventions hors les murs en CRP s'inscrit dans la diversification des actions conduites et dans un cadre juridique renouvelé.

- **L'accès au droit à l'information et à la communication**

On pourrait déléguer aux associations et dans le cadre de l'existence ou de la mise en place de plateformes. Cela va de pair avec les logiques de parcours et d'orientation en continu.

Pour exemple, le développement des SAMSAH polyvalents est à l'ordre du jour : projets de cahier des charges en région et d'AAP. Il convient d'aider à la mise en place de la polyvalence et de pouvoir s'appuyer sur des centres de références et des lieux-ressources qui reçoivent les personnes.

L'intégration des nouveaux dispositifs d'information (via trajectoire...) demande des moyens d'ordre techniques et humains qui sont refusés dans le cadre des budgets.

Les outils et applications informatiques mises en place (MDPH, Métropole...) manquent de liens et de compatibilité entre les systèmes.

- **L'éthique du projet et du plan d'accompagnement**

Déjà les personnes en situation de handicap (comme les personnes âgées) peuvent faire l'objet de sollicitation (réunions, élaboration de plans ou de projets d'accompagnement personnalisés) de la part de plusieurs ESSMS et financeurs, jusqu'à 7 ! Ils peuvent proposer des orientations contradictoires. Faut-il en ajouter une autre avec le PAG (Plan d'Action Global) ou bien celui-ci se substitue-t-il à tous les autres ? Et à quand un seul projet pour l'utilisateur qui subit plus que ne partage les réunions imposées.

## LE PRAPS

Le PRAPS présente les priorités d'accès aux soins pour les publics les plus précaires avec une priorité sur l'accès au droit commun – via la couverture sociale.

La présentation démographique et du taux de précarité ciblent certains territoires et la population jeune âgée.

Si les dispositifs à renforcer ne sont pas contestables en eux-mêmes, il nous apparaît indispensable de rendre prioritaires les quartiers des villes et les départements ciblés par les plus forts taux de précarité.

Le déploiement de moyens de prévention (priorité d'installation des MSP et développement des Centres de Santé, alternatives innovantes, renforcement de l'accompagnement, formation des professionnels multi acteurs ...) serait un bon moyen d'évaluer les effets de ce déploiement particulier.

Ici les innovations sociales et en santé sont à renforcer, car le travail engagé dans ce sens serait bénéfique à l'ensemble des territoires et pourrait ensuite faire l'objet d'essaimage des innovations.

Le caractère préventif des structures de la petite enfance est certes un peu affiché mais sans perspectives financières claires quant au secteur à développer si ce n'est cette appréhension de PRAPS où la notion de grande précarité ne semble pas clairement définie. Est-ce que des familles ayant un enfant différent et en situation sociale peu amène rentreront dans ce cadre ? Pour quelles aides et prestations de soins pour leur enfant ?

## EN CONCLUSION

L'URIOPSS s'engage à soutenir l'appropriation par les acteurs des orientations stratégiques du PRS.

Nous souhaitons pouvoir contribuer à la méthode de mise en place opérationnelle sur les territoires et à son évaluation qui nous paraît insuffisante au regard des enjeux sociétaux et de santé.

Nous restons très attentifs à l'adaptabilité rapide des conséquences opérationnelles et demandons que soit actée la révision annuelle des annexes aux schémas et annexes territoriales et leurs déclinaisons dans les CPOM. Nous souhaitons une pleine réussite des orientations stratégiques et insistons sur la nécessaire souplesse d'adaptation de la mise en œuvre opérationnelle.