

# Projet régional de santé Centre-Val de Loire 2018-2022

Cadre d'orientation stratégique 2018-2028

Schéma régional de santé

PRAPS

Janvier 2018

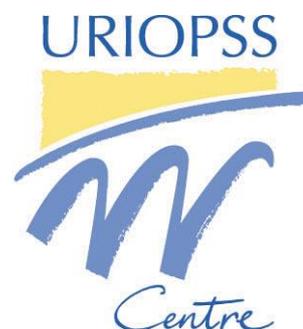
Contribution de l'URIOPSS Centre

URIOPSS Centre  
29 boulevard Rocheplatte  
BP 35  
45016 ORLEANS CEDEX 1

Tél. : 02.38.62.34.39

Fax : 02.38.81.29.72

Mail : [uriopss.centre@wanadoo.fr](mailto:uriopss.centre@wanadoo.fr)



## CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE 2018-2028 : OBSERVATIONS

D'une manière générale, sur le Cadre d'orientation stratégique 2018-2028 (COS), nous formulerons les observations suivantes.

1. **Nous soutenons les trois orientations stratégiques retenues** qui constituent des axes majeurs d'amélioration de l'état de santé de la population de la région.
2. **Les indicateurs retenus, en reconnaissant la difficulté de l'exercice, ne nous semblent pas refléter totalement les ambitions portées par ces orientations stratégiques.** La focalisation sur l'alcool et le tabac et l'approche comportementaliste de l'état de santé, quoiqu'importantes, ne nous semblent pas être une indication suffisamment précise des améliorations attendues des actions engagées dans le cadre de ce PRS.
3. **Les orientations inscrites dans l'axe 2 « Favoriser la qualité de vie, l'autonomie et l'inclusion pour les personnes malades ou en situation de handicap » doivent être précisées pour souligner qu'elles concernent l'ensemble des personnes fragilisées par la maladie, le handicap, la perte d'autonomie, les addictions et la précarité sociale.** Parmi les grands leviers, il serait utile d'intégrer : « Assurer une offre d'accompagnements diversifiée, accessible (y compris financièrement), adaptée aux besoins des personnes et à leur projet de vie ».
4. **Les indicateurs de l'axe 2 « Favoriser la qualité de vie, l'autonomie et l'inclusion pour les personnes malades ou en situation de handicap » sont trop restrictifs en se limitant aux actions engagées en direction des personnes en situation de handicap.** Il est nécessaire d'avoir des indicateurs sur l'accompagnement de la perte d'autonomie et sur l'accompagnement des personnes rencontrant des difficultés spécifiques (maladies chroniques, addictions, précarité sociale).

## SCHEMA REGIONAL DE SANTE : OBSERVATIONS GENERALES

Nous saluons l'important travail réalisé, notamment en matière de concertation, pour la préparation du Projet régional de santé. La rédaction des chapitres relatifs au champ médico-social a été stabilisée dans la version du Schéma régional de santé du 22/12/2017, c'est donc sur cette version que l'URIOPSS s'est fondée pour faire part de ses observations et propositions complémentaires. Cette contribution vous est adressée aujourd'hui et sera soumise, au même titre que les autres contributions, aux membres de la Commission spécialisée « Prises en charge et accompagnements médico-sociaux » de la CRSA du 5 février prochain.

D'une manière générale, sur le Schéma régional de santé (SRS), nous formulerons cinq observations générales à ce stade.

1. **Des orientations partagées dont il faut préciser les conditions de mise en œuvre et les moyens effectivement déployés** : Les orientations majeures proposées dans le SRS sont globalement partagées, que l'on pense par exemple au déploiement d'une politique d'inclusion ou encore à l'adaptation des réponses médico-sociales aux besoins et aux attentes des personnes. Toutefois, les conditions de mise en œuvre et les moyens effectivement déployés demeurent peu précis, il est nécessaire de clarifier ces aspects pour indiquer ce qu'on peut effectivement attendre de ce PRS. Cela passe notamment, sans s'y réduire, à une amélioration significative de la démographie des professionnels de santé sur l'ensemble des territoires de la région.
2. **Une évaluation des besoins qui demeure fragile** : Les PRS 2 ne s'appuie pas sur une véritable évaluation du projet régional de santé précédent ni sur un diagnostic comportant une dimension prospective des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux. Nous n'avons pas ou peu d'information sur le nombre de personnes âgées ou handicapées sans solution ou sans solution adaptée, sur les listes d'attente, sur les délais d'attente pour obtenir une prise en charge ou un accompagnement, informations qui sont pourtant indispensables pour guider les modalités d'organisation, de transformation et d'adaptation de l'offre médico-sociale et de santé aux besoins de la population de la région.
3. **Adapter les indicateurs de résultats** : Les indicateurs retenus ne nous semblent pas répondre à l'enjeu des orientations proposées. En effet, il n'y a pas, ou très peu, d'indicateurs de résultats de la satisfaction des besoins et des attentes des personnes.
4. **Afficher les ambitions politiques de l'action de l'ARS en direction des personnes âgées** : Le secteur des personnes âgées nous semble très insuffisamment mis en perspective dans les axes transversaux du SRS. Pourtant, il nous semble important de mettre en évidence le sens de l'action dans un secteur traversé par de fortes tensions et qui doit faire face à l'augmentation des besoins de personnes âgées de plus en plus dépendantes et ayant besoin de plus en plus de soins de santé.
5. **L'offre médico-sociale en direction des personnes rencontrant des difficultés spécifiques** n'est pas abordée dans les chapitres transversaux relatifs au secteur médico-social, alors même que le chapitre sur le Parcours spécifique Addiction ne répond pas à l'ensemble des enjeux des évolutions de cette offre couvrant des publics et des situations différenciées. Nous pourrions mentionner les besoins en places de soins résidentiels (appartements thérapeutiques, unités « jeunes majeurs », unités « jeu pathologique », avec une priorité à donner à la création d'une unité psychiatrique-addictio). Ou encore des besoins de Lits halte soins santé ou de Lits d'accueil médicalisé.

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

### Objectif n°1 : Transformer l'offre médico-sociale pour favoriser l'inclusion tout au long de la vie

#### CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

Les politiques d'accompagnement des adultes handicapés doivent relever de multiples défis. Le premier, favoriser l'accès à la vie autonome, au droit commun ou au « milieu ordinaire » chaque fois que possible et en fonction du projet de vie de la personne, en développant et en coordonnant les modes d'accompagnements adaptés. L'adaptation de l'offre aux souhaits des personnes handicapées et de leur famille pour permettre leur maintien à domicile et en milieu ordinaire est bien un objectif partagé par l'URIOPSS Centre. De même, l'introduction de plus de souplesse dans les orientations et le fonctionnement des ESMS nous paraît également être une priorité.

Cependant, aussi bien dans l'analyse de la situation actuelle que dans les modalités de réalisation de ces objectifs, nous attirons votre attention sur quelques points de vigilance.

## Transformer l'offre médico-sociale pour favoriser l'inclusion tout au long de la vie : quelques précautions et conditions de réussite

### QUESTION SOULEVEE

Nous partageons sans réserve les principes d'une politique inclusive visant à permettre à chacun, quels que soient sa vulnérabilité et son âge, d'exercer sa pleine citoyenneté et son autonomie. La manière d'y parvenir dépendra toutefois des besoins et des attentes de la personne. Le recours au droit commun sera systématiquement recherché, les personnes vulnérables devront toutefois être suffisamment accompagnées et étayées, toujours en fonction de leur projet de vie, pour que ce parcours citoyen ne devienne pas un « parcours du combattant », laissant les personnes concernées livrées à elles-mêmes. Et ce recours au droit commun ne devra pas être imposé à la personne, si cette solution n'est pas adaptée à sa situation. Le projet de SRS reste très général sur ce sujet d'importance qui constitue une profonde évolution de l'action médico-sociale et de santé. Peut-on, dès lors, préciser dans le SRS les principes directeurs et les conditions de réussite d'une transformation de l'offre médico-sociale au service d'une politique inclusive qui ne serait pas d'abord mue par une recherche d'économie financière ni guidée par les seules références à des taux d'équipement moyens ?

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma prévoit de « Développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins », et notamment de « Développer l'intervention des ESMS à domicile, en milieu ordinaire et en articulation avec les acteurs de droit commun ». Cette diversification des réponses médico-sociales est un enjeu essentiel pour permettre aux personnes de choisir leur lieu de vie, conformément à leur projet de vie. Elle doit ainsi pouvoir répondre à leurs besoins d'accompagnement dans le cadre de leur parcours de vie et de santé.

Cependant l'approche en termes de parcours demeure redoutable à mettre en œuvre et nous devons relever des défis majeurs pour réussir cette politique inclusive.

Le premier défi concerne notre capacité à développer les nouvelles réponses aux besoins et aux attentes des personnes. Le risque majeur pour les personnes est que l'étayage en termes de services d'accompagnement adaptés soit insuffisant à l'issue de cette transformation de l'offre, provoquant des ruptures de parcours ou des « parcours du combattant », avec un sentiment d'abandon.

En effet, des personnes vulnérables plus souvent en logement autonome et en situation d'inclusion (école, formation, emploi, vie dans la Cité...), seront aussi plus souvent en situation de fragilité. Pour que cela constitue une véritable opportunité pour l'exercice de leur citoyenneté et pour leur autonomie, ces personnes devront pouvoir, en fonction de leurs besoins et de leurs attentes, être :

- Accompagnées par des équipes pluri-professionnelles décentralisées mais coordonnées ;
- Avec l'appui de dispositifs connectés ;
- Avec l'appui de « plateformes de veille et d'intervention sanitaire et sociale », qui orienteront vers les équipes spécialisées en 24h/24h, 7j/7j, 365j/an, notamment pour les gestions de crises.

Le second défi concerne ainsi les indispensables coordinations et coopérations territoriales, centrées sur la situation des personnes et non plus principalement sur des logiques institutionnelles. C'est un défi aussi bien pour les autorités compétentes que pour les acteurs de santé, médico-sociaux et sociaux dont les organisations et fonctionnements sont profondément réinterrogés.

Il nous semble que le projet de SRS devrait souligner les principaux points de vigilance dans la conduite de cette transformation de l'offre médico-sociale, parmi lesquels nous soulignerons :

- Le manque de réponses adaptées dans la période (longue?) de transition ;
- Le risque d'isolement des personnes ;
- Le manque de coordination des acteurs ;
- Le risque d'échec des plateformes d'appui, de veille...
- La recherche d'économies plutôt que l'adaptation des réponses aux besoins des personnes.

Cet axe du SRS doit ainsi s'accompagner d'indicateurs de diagnostic et de suivi de la mise en œuvre du schéma qui permettent d'appréhender l'évolution des besoins et des attentes des personnes et l'adéquation des réponses médico-sociales et de santé qui leur sont proposées. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Dans ce contexte, des affirmations selon lesquelles il faut « Poursuivre le rééquilibrage entre places en établissements et services » ou encore « Envisager la conversion partielle de capacités de certains EHPAD en places de SSIAD », sans référence aux besoins et aux attentes des personnes, sont préoccupantes. Nous partageons la nécessité de développer l'accompagnement à domicile et en milieu ordinaire, en ayant chaque fois que possible recours au droit commun. Mais ces propositions ne vont pas nécessairement dans le bon sens si, par exemple, elles privent les personnes dans les situations les plus complexes de réponses adaptées au sein d'établissements. Le projet de SRS doit être plus précis sur ce point et étayé par des indicateurs pertinents s'il veut guider de façon adaptée la transformation de l'offre médico-sociale.

Apparaît aussi un besoin impérieux d'accompagnement pour les organismes gestionnaires et les professionnels afin de leur permettre de s'approprier cette révolution culturelle. Le projet de SRS va ainsi dans le bon sens lorsqu'il indique « Accompagner la réorganisation de l'offre existante afin que chaque acteur contribue à une meilleure adaptation de l'offre aux besoins ». Il serait important de préciser cet objectif qui constitue l'une des conditions majeures de réussite.

## PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

- p.51 : ajouter, dans la partie « Description de la situation actuelle », les caractéristiques de la région non seulement en ce qui concerne les équipements existant mais également en termes d'évaluation des besoins actuels et de manière prospective, par exemple sur le nombre de personnes concernées par les différents dispositifs, le nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement « CRETON », les listes d'attente ou encore les analyses des orientations des MDPH, ainsi que leurs évolutions ces dernières années. Il ne s'agit pas d'un enjeu de connaissance encyclopédique mais d'informations qui sont stratégiques pour adapter les réponses aux besoins et aux attentes de la population et donc pour fonder les décisions de développement et de transformation de l'offre existante.
- p.51 : ajouter dans le point 2. « Développer les réponses inclusives et faire évoluer les prestations servies pour mieux répondre aux besoins », le point suivant : « veiller à l'existence effective d'accompagnements alternatifs adaptés aux besoins et aux attentes des personnes avant la suppression de réponses médico-sociales existantes ».
- p. 52, ajouter dans le paragraphe : « Déployer la démarche « réponse accompagnée pour tous » sur l'ensemble des territoires de la région CVDL » le point suivant (qui n'est aujourd'hui mentionné que dans le parcours spécifique Autisme alors que les PCPE sont polyvalents) : « Assurer une coordination régionale pour les PCPE ».

## Petite enfance 0-3 ans : Renforcer les structures d'accompagnements précoces des jeunes enfants

---

### QUESTION SOULEVEE

Le renforcement des structures d'accompagnements précoces des jeunes enfants (dépistage / diagnostics précoces / accompagnements / soins) afin d'en réduire les délais est un réel enjeu comme cela est souligné dans le document. La question du renforcement du nombre de structures d'aval est primordiale pour anticiper l'augmentation du nombre d'enfants diagnostiqués qui en découlera.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma insiste sur l'importance du champ anténatal et du dépistage et diagnostic précoce. Il n'est pas fait explicitement mention de la nécessité de renforcer les dispositifs d'accompagnement en aval. Si la phase de diagnostic s'améliore, il est probable en effet qu'un nombre plus important de solutions d'accompagnements soit nécessaire pour pouvoir répondre à l'ensemble des besoins identifiés. En effet, les listes d'attente en CAMSP/CMPP, en SESSAD et en IME s'allongent, avec des délais d'attente de plusieurs années parfois. Ces délais d'attente constituent une véritable perte de chance pour ces enfants qui sont alors privés des accompagnements adaptés à leurs besoins et susceptibles de favoriser leur autonomie et leur inclusion.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

p.53 : Ajouter dans le paragraphe spécifique au déploiement des plans d'action « petite enfance 0-3 ans » :

- Poursuivre les créations de places en CAMSP, en SESSAD et en IME, pour réduire les listes d'attente et les délais de prise en charge.

## Enfant et jeunes (3-20 ans) : poursuivre les actions en faveur de l'inclusion scolaire

### QUESTIONS SOULEVEES

Le « droit à la scolarisation en milieu ordinaire » doit être effectif chaque fois qu'il participe à l'intérêt de l'enfant. Cela implique que ce « droit » ne doit pas devenir de manière systématique une « obligation à la scolarisation en milieu ordinaire » si ce mode d'inclusion n'est pas adapté aux besoins et aux attentes de l'enfant et de sa famille.

Par ailleurs, l'accueil dans l'école de secteur ne peut se faire qu'au regard de la qualification des professionnels accompagnant l'enfant dans sa scolarité.

### ARGUMENTAIRE

Certains enfants en situation de handicap se retrouvent en situation d'échec dans le cadre de la scolarisation en milieu ordinaire qui leur est proposée. Pour certains enfants, la scolarité en milieu ordinaire ne sera pas la meilleure ou la seule réponse à offrir. La scolarisation en milieu ordinaire doit avoir toute sa place, mais sans occulter pour certains le besoin d'une scolarisation adaptée en IME ou en ITEP, ou bien en parallèle d'une scolarisation en milieu ordinaire, d'un suivi par un SESSAD, pouvant intervenir également dans le cadre de temps scolaires réduits.

Par ailleurs, on constate une insuffisance du nombre de professionnels spécialisés et formés : différentes compétences professionnelles sont nécessaires pour permettre la scolarisation de l'enfant en situation de handicap. Enseignants, enseignant référent, enseignants spécialisés des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, les enseignants spécialisés itinérants, auxiliaires de vie scolaire (AVS) : l'ensemble de ces professionnels doit être formé selon ses besoins, et doit pouvoir définir clairement son rôle auprès de l'enfant.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

P. 53 : dans le paragraphe sur le déploiement des plans d'action enfants et jeunes (3-20 ans) :

- ajouter dans le premier point : « Privilégier lorsque cela est possible et correspond aux besoins et aux attentes de l'enfant et de sa famille ... »
- ajouter un nouveau point : « Identifier en concertation avec l'Education nationale et les associations accompagnant les jeunes en situation de handicap, les compétences nécessaires à l'accueil des enfants handicapés dans leur école de secteur ».

## Jeunes de plus de 20 ans - adultes

---

### QUESTION SOULEVEE

La problématique du devenir de l'accompagnement des jeunes adultes maintenus en établissements pour enfants au titre de l'amendement Creton ne peut occulter la nécessité de créer des places pour adultes en services ou en établissements.

### ARGUMENTAIRE

Les accompagnements médico-sociaux pour enfants sont saturés notamment en raison du maintien de jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON dans des structures pour enfants et jeunes faute de place dans les structures adultes. Les « Pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap », qui ont été mis en place fin 2017, pourront apporter des réponses utiles pour les personnes sans solution mais ils ne pourront à eux seuls répondre à l'importance des besoins recensés.

Un lien avec le nombre de places d'ESAT est notamment à effectuer pour les jeunes dont l'insertion en milieu ordinaire de travail ne s'avère ni souhaitée ni possible.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

P.53 : Insérer dans le paragraphe la phrase soulignée :

- « L'efficacité des dispositifs mis en place pour les jeunes sous « amendement CRETON » sera facilitée par des accompagnements plus modulaires : accompagnements à domicile, via des missions SAVS voire SAMSAH, ou SESSAD élargi jusqu'aux 25 ans, mais également insertion professionnelle via le renforcement de l'offre de travail protégé, pour éviter la sortie de l'IME (voire d'ULIS) sans aucun suivi ».

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

### Objectif n°1 : Transformer l'offre médico-sociale pour favoriser l'inclusion tout au long de la vie

#### CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES

L'adaptation de l'offre au souhait des personnes âgées d'être accompagnées pour permettre leur maintien à domicile et dans le milieu de vie ordinaire en évitant les ruptures de parcours est un objectif de travail partagé également par l'URIOPSS Centre. Nous partageons la nécessité de renforcer les coopérations entre les SAAD et les SSIAD via la création de SPASAD, d'améliorer l'accès et de développer les alternatives à l'hébergement permanent en EHPAD, de faire face à l'urgence des situations à domicile ou en établissement ou de mutualiser les moyens et les compétences sur un territoire.

Mais la seule transformation de l'offre ne nous paraît pas suffisante pour faire face l'accroissement très important attendu dans les prochaines années des besoins en termes d'accompagnement des personnes âgées dépendantes (disponibilité des professionnels de santé, moyens financiers, etc.). Nous sommes notamment surpris que soient envisagées des suppressions de places d'EHPAD (pour les convertir en places de SSIAD) sans que soit démontrée la capacité de la région à répondre aux besoins de la population de la région.

## La prise en charge par les SSIAD des situations urgentes

### QUESTION SOULEVEE

L'organisation de la prise en charge par les SSIAD des situations urgentes semble être un concept nouveau et le projet de schéma ne s'attache pas à l'explicitier. Afin d'émettre un avis sur cette proposition, l'URIOPSS Centre demande des compléments d'information.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma prévoit de créer « *une organisation des SSIAD [qui] intégrera via les autorisations ou les CPOM, la possibilité de prendre en charge territorialement les situations urgentes [...]* ». Cette mesure est sans doute à mettre en corrélation avec le manque de fluidité dans les parcours de soins et notamment pour les sorties d'hospitalisation (cf. Chapitre 3 – Adapter l'offre de soins à l'évolution des pratiques professionnelles et aux besoins des usagers). Des initiatives sont déjà à l'œuvre (visite d'admission du SSIAD à l'hôpital, partenariat privilégié avec les services sociaux hospitaliers, mise en place d'une fiche de liaison, etc.) et une expérimentation de SSIAD pour des situations urgentes avait déjà été conduite dans l'Indre-et-Loire mais n'avait pas, à l'époque, été confortée par les autorités.

#### *Pour quelles situations urgentes ?*

Pour caractériser une situation « urgente » il est nécessaire de créer des critères partagés par les différents partenaires : fragilité sociale, charge en soins, décompensation, etc. ? Il ne faudrait pas que le seul critère soit la réduction du temps d'hospitalisation.

#### *Augmentation de la capacité des SSIAD avec des places spécifiques dédiées ?*

Territorialement, des SSIAD ont des listes d'attente. La gestion de cette liste peut dépendre de l'urgence de la situation mais également du niveau de dépendance de la personne, de sa situation de fragilité, de la date de la demande, etc. Il semble difficile qu'un SSIAD puisse prendre toutes les situations qualifiées « d'urgentes » sans places dédiées et au vu des objectifs du PRS, il ne semble pas pertinent de réduire leur capacité.

#### *Financements complémentaires ?*

Les SSIAD ont un tarif unique par usager dans le cadre d'une dotation globale. Ils doivent donc rechercher un équilibre dans la charge en soins des personnes accompagnées afin de ne pas dépasser leur enveloppe. Cet enjeu sera notamment crucial dans le cadre de la réforme EPRD/CPOM. Les situations d'urgences, si elles sont liées à la charge en soins de la personne pourront compromettre cet équilibre, crucial pour les structures.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P.54, dans le paragraphe Personnes âgées en perte d'autonomie, à la fin du 2<sup>ème</sup> point relatif à l'organisation des SSIAD,

- ajouter « Une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés sera engagée pour préciser ce qui est entendu par l'organisation d'une prise en charge territorialement des situations urgentes ».

## La recherche d'une organisation efficiente pour les SSIAD

### QUESTIONS SOULEVEES

Pour être menée à bien, la recherche d'organisation efficiente, et notamment les mutualisations ou regroupements, nécessitent, d'une part, un appui financier (ces opérations demandant du temps et des expertises complémentaires) et, d'autre part, des orientations de politiques publiques territoriales claires, pour établir des projets stratégiques et des services adaptés aux besoins locaux.

En outre, ces nouvelles organisations ne doivent pas conduire à réduire les interventions en milieu rural.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma prévoit également de créer « une organisation des SSIAD [qui] intégrera via les autorisations ou les CPOM, la recherche d'organisation efficiente (regroupement des petites structures, mutualisations, pour garantir la continuité des prises en charge et l'optimisation des fonctions supports». Le secteur associatif a conscience de cette nécessité et travaille depuis plusieurs années à des rapprochements, mutualisations ou regroupements. Des initiatives en la matière nous paraissent importantes à soutenir telles que la création de SPASAD ou le rapprochement des services avec les établissements pour personnes âgées par exemple. Mais l'URIOPSS tient à rappeler quelques points d'attention.

#### *Le soutien financier pour cette recherche d'organisation efficiente*

Créer des partenariats privilégiés, coordonner des prises en charge avec des partenaires et conduire des démarches de mutualisation demandent du temps et donc des ressources humaines et financières.

#### *Le nécessaire maintien de l'offre sur l'ensemble des territoires*

La tarification actuelle des SSIAD ne permet pas de valoriser l'intervention auprès de personnes âgées vivant dans des zones rurales. Ainsi, il faudra veiller à ce que des rapprochements entre structures n'éloignent pas l'offre des besoins de cette population.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

Inscrire dans le projet de schéma un engagement à soutenir financièrement les démarches de mutualisation via notamment la contractualisation, avec une attention particulière au maintien des interventions dans les zones rurales.

## Le développement de la coordination et de la complémentarité SAAD-SSIAD-HAD

---

### QUESTION SOULEVEE

Comment promouvoir le développement des SPASAD sans financement complémentaire ?

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma prévoit une évolution de l'offre qui portera sur « *la coordination et la complémentarité SAAD-SSIAD-HAD, et la promotion des SPASAD* ». A l'instar de la recherche d'une organisation efficace pour garantir la continuité des prises en charge, l'URIOPSS Centre est également favorable au développement de la coordination et de la complémentarité des services.

Les nouvelles dispositions prévues pour favoriser les prises en charge communes SSIAD-HAD devraient renforcer les partenariats sur les territoires.

En ce qui concerne les coordinations SAAD-SSIAD, l'URIOPSS Centre regrette l'échec, en région, de l'expérimentation SPASAD alors que des services étaient prêts à s'y engager. Cet échec est principalement lié à des problématiques de financement (refus de financements complémentaires de la part des Conseils départementaux et non prise en compte des coûts de la coordination). Sans un engagement financier de la part des autorités, le développement de ce type de structuration, risque d'être contrarié.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P 54, Inscrire dans le Schéma régional de santé l'engagement suivant dans le plan d'action :

- soutenir financièrement le développement des SPASAD dans le cadre des démarches de contractualisation.

## Le développement de l'hébergement temporaire d'urgence

### QUESTIONS SOULEVEES

- Pourquoi ne limiter le recours à l'hébergement temporaire d'urgence qu'aux seules sorties d'hospitalisation ?
- Comment permettre une accessibilité financière à ce type de dispositif ?

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma propose de « *disposer de places d'hébergement temporaire d'urgence dans une gestion dynamique de places pour la préparation du retour à domicile et la mise en place du plan d'aide après la sortie d'hospitalisation* ». L'URIOPSS Centre soutient cette orientation déjà développée dans le cadre du PAERPA mais souhaite soulever quelques interrogations.

#### *Quel reste à charge pour la personne âgée ?*

Mais nous nous interrogeons sur la problématique du reste à charge pour la personne âgée. Son montant est reconnu comme un frein important à l'essor de ce type d'offre. Nous souhaiterions que soit travaillée la possibilité de prendre en charge le coût de l'hébergement (cf. PAERPA) au risque sinon de contrarier la mise en œuvre de cette action.

#### *Le périmètre de « l'urgence »*

Le projet de PRS insiste sur la question des sorties d'hospitalisation, problématique effectivement importante dans la recherche de la continuité des parcours. Mais l'hébergement d'urgence pourrait également avoir d'autres objectifs comme, par exemple, l'accompagnement de la personne aidée lorsque l'aidant est hospitalisé. Cette proposition nous paraîtrait cohérente avec les autres orientations du schéma notamment celles liées à l'accompagnement de l'aidant.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P.54, paragraphe 3, rédiger le 2<sup>ème</sup> point en ajoutant les points soulignés :

- « Disposer de places d'hébergements temporaires d'urgence, avec un reste à charge limité pour la personne âgée, dans une gestion dynamique de places pour la préparation du retour à domicile et la mise en place du plan d'aide après la sortie d'hospitalisation et en cas d'hospitalisation de l'aidant notamment ».

## La conversion partielle de capacités de certains EHPAD en places de SSIAD

### QUESTION SOULEVEE

Une telle orientation interroge puisqu'elle pourrait laisser penser qu'il y a globalement une offre excédentaire de places d'EHPAD dans la région, ce qu'aucun élément dans les diagnostics vient étayer. L'Uriopss Centre attire l'attention sur les risques de cette mesure : baisse de l'offre d'hébergement en région, danger pour l'accessibilité financière des EHPAD, concurrence avec des SSIAD déjà existants et compétences des porteurs.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de PRS propose, afin de diversifier et d'ouvrir sur l'extérieur l'offre institutionnalisée, d'« envisager la conversion partielle de capacités de certains EHPAD en places de SSIAD (SSIAD généralistes ou spécialisées) ». L'URIOPSS Centre promeut l'ouverture des EHPAD sur l'extérieur et soutient des initiatives visant par exemple à proposer un plateau technique (télémédecine, formation des intervenantes à domicile, etc.) ou des prestations (animation, restauration, sorties, etc.) aux structures ou personnes âgées dépendantes de leur territoire. Mais la conversion partielle de capacités d'hébergement en SSIAD nous interroge fortement.

#### *Y-a-t-il trop d'offre d'hébergement en EHPAD en région Centre-Val de Loire ?*

Il n'est plus prévu, au niveau national, de création importante de places d'EHPAD car il est estimé que l'offre est suffisante. L'URIOPSS Centre attire l'attention des autorités sur le fait qu'une partie de l'offre est inaccessible financièrement pour une grande partie de la population âgée. D'ailleurs, beaucoup d'EHPAD publics et associatifs, avec des tarifs encore attractifs ont très souvent des listes d'attentes. Dans cette proposition, est-il question de retirer des places d'hébergements permanents à des EHPAD dont les places ne sont pas occupées pour les attribuer à des porteurs de SSIAD ? Il faudrait alors analyser les raisons pour lesquelles ses places sont inoccupées (tarif hébergement, localisation, qualité...), analyse dont nous ne disposons pas. Ou est-il question de transformer des places d'EHPAD dans le cadre des négociations CPOM avec des porteurs ayant à la fois de l'hébergement et un SSIAD ? Cela nous paraîtrait inadapté car il s'agit le plus souvent de porteurs publics ou associatifs ayant des listes d'attentes sur leur partie hébergement. Cette alternative risque de contrarier davantage l'accessibilité financière des places d'EHPAD.

#### *Est-il question de demander à des EHPAD de proposer une offre de SSIAD ?*

Cette conversion pourrait également amener des porteurs d'EHPAD à développer une offre de SSIAD. Il existe toutefois déjà des porteurs de SSIAD dans l'ensemble du territoire, ayant une expertise et une autorisation territoriale, qu'il conviendra de conforter. Nous soutenons en revanche les réflexions engagées sur « l'EHPAD hors les murs », par création de places avec des prestations spécifiques, en cohérence avec les missions des EHPAD et la volonté du schéma d'ouvrir les institutions sur l'extérieur.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P.54, paragraphe 3, supprimer cette proposition (« Envisager la conversion ... ») et la remplacer par

- « Réaliser un diagnostic sur le nombre de places d'EHPAD, « d'EHPAD hors les murs » (dont il conviendra de définir le concept), de SSIAD, de SPASAD et d'HAD nécessaires pour répondre aux besoins et aux attentes de la population ».

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

**Objectif n°1 : Transformer l'offre médico-sociale pour favoriser l'inclusion tout au long de la vie**

POINTS TRANSVERSAUX SUR LES LEVIERS ET LES INDICATEURS

## La gouvernance territoriale partagée

---

### QUESTION SOULEVEE

Comment peut-on envisager des modes d'association des représentants des usagers et des acteurs qui mettent en œuvre les politiques publiques dans la nouvelle gouvernance territoriale partagée proposée ?  
Quelle organisation des modalités d'articulation avec les autres instances départementales et régionales est-il prévu ?

### ARGUMENTAIRE

Il est prévu de mettre en place « une gouvernance territoriale organisée et partagée entre institutionnels : ARS/CD/MDPH/Éducation nationale/Organismes de protection sociale permettant de piloter et coordonner la transformation de l'organisation de l'offre médico-sociale et la démarche « réponse accompagnée pour tous ». Nous nous réjouissons de la mise en place d'une gouvernance partagée aux niveaux départemental et régional, indispensable de notre point de vue pour faciliter la cohérence et la lisibilité des politiques publiques territoriales et éviter le fonctionnement en silo. Dans la mesure où il s'agit d'une gouvernance partagée, nous pensons toutefois qu'il serait souhaitable que soit prévu les modes d'association de représentants des usagers et des acteurs qui mettent en œuvre ces politiques et les modes d'articulation avec les instances de concertation (CTS, CDCA, etc.) ou encore avec les CLS afin que chacun puisse jouer pleinement son rôle.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P.55, dans la partie « trois grands leviers transversaux seront activés »,

- Définir des modalités de représentation des usagers et des acteurs de terrain et l'articulation avec les autres instances de concertation locales.

## Les indicateurs de résultats

### QUESTION SOULEVEE

Peut-on identifier des indicateurs de résultats qui permettraient de rendre effectivement compte des avancées permises par les politiques d'inclusion pour les personnes âgées et handicapées concernées ? En d'autres termes, peut-on définir des indicateurs de résultats portant sur la satisfaction des besoins et des attentes des personnes plutôt que des indicateurs relatifs aux organisations et aux dispositifs, en veillant à ce qu'ils couvrent aussi bien le champ des personnes âgées que des personnes handicapées ?

### ARGUMENTAIRE

Les indicateurs retenus ont vocation à guider l'action des politiques publiques et à rendre compte des actions effectivement engagées pendant la durée du SRS. Il est donc nécessaire de définir avec précision ces indicateurs qui constitueront des repères privilégiés pour le suivi et l'évaluation du PRS.

Or, nous constatons que la plupart des indicateurs retenus sont des indicateurs relatifs à des équipements et à des données de gestion. Ainsi, page 56, en dehors de l'indicateur n°3 - s'il s'agit du nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement CRETON-, aucun indicateur ne permet d'appréhender la satisfaction des besoins et des personnes. Par exemple :

- Quid du nombre de personnes sans solution d'accompagnement ? (Nous sommes dans un objectif de transformation de l'offre médico-sociale pour favoriser l'inclusion).
- Quid du nombre de personnes handicapées orientées sans solutions adaptées ?
- Quid du nombre de personnes handicapées de la région Centre-ValdeLoire accompagnées en Belgique ?
- Quid des délais d'accès aux services (CAMDP, CMPP, SESSAD, SAMSAH, SSIAD, etc.) ?
- Quid des listes d'attente dans les établissements et services pour personnes âgées et handicapées ?

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

- Il faut que le SRS prévoit une concertation avec l'ensemble des acteurs sur ce sujet afin d'identifier des ratios pertinents qui reflètent l'ambition des politiques publiques pour répondre aux besoins et aux attentes de la population.
- Les indicateurs actuels proposés page 56 doivent être précisés dans leur objet et leur modalité de calcul et complétés par d'autres indicateurs :

➡ **L'INDICATEUR N°3** « Nombre de places en amendement CRETON sur le nombre de places en établissements PH pour enfants » soulève plusieurs questions :

- S'agit-il du « nombre de places en amendement CRETON » ou s'agit-il du nombre de personnes en amendements CRETON ?
- Le chiffre 384 ne correspond pas au ratio annoncé.
- la valeur cible à 5 ans (de -50%) mériterait d'être explicitée et justifiée. Pourquoi ce taux cible ?

➡ **L'INDICATEUR N°4** « Part des places créées en établissements et services par transformation / requalification »

- Couvre-t-il les personnes âgées, les personnes handicapées ou les deux ?
- Aurons-nous un, deux ou trois indicateurs distincts ?
- Couvre-t-il uniquement les places sous compétences ARS, les places sous compétences conjointes ARS/CD ou toutes les places pour personnes âgées et handicapées ?
- La notion de place sera-t-elle encore pertinente en application du décret « nomenclature » ?

## Axe : Accès au système de santé

### Chapitre 4

**Objectif n°2 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité**

## Des éléments de diagnostics et des modalités d'évaluation à enrichir *(pour les personnes handicapées comme les personnes âgées)*

### QUESTION SOULEVEE

Le paragraphe relatif au « Contexte et enjeux » comme les « Modalités d'évaluation » ne donne aucune indication sur les besoins et les attentes de la population et occulte l'importance des données médico-socio-économiques des territoires de la région. Cette recherche d'équité ne se fonde pas sur l'analyse des inégalités sociales ni sur une approche fine des territoires, au risque de mal orienter la répartition de l'offre.

### ARGUMENTAIRE

Les objectifs affichés comme les « Modalités d'évaluation » soulignent que dans le champ médico-social, il n'y a pas de référence aux inégalités sociales de santé mais uniquement aux inégalités territoriales d'équipement et de coût/ habitant. Pourtant le recours aux réponses médico-sociales n'est pas indépendant des caractéristiques socio-économiques de la population. Ces caractéristiques socio-économiques sont donc à prendre en compte si l'on souhaite conduire une politique d'inclusion pour tous. Plutôt que des données de gestion, les indicateurs pertinents rendraient compte par territoire, par exemple, des temps d'accès ou des distances, des délais et listes d'attente, de l'accessibilité financière, du nombre de personnes sans solution ou sans solution adaptée.

Les caractéristiques des populations des territoires sont peu explicitées dans le paragraphe sur le contexte et les enjeux (p.57) et pourraient amener à la définition d'objectifs et d'actions erronés ou faussés. En effet, les caractéristiques relatives à la pauvreté, au taux de chômage, à la prévalence de certaines maladies, prévalence des affections longues durée, mais également du handicap et des problématiques de santé associées ne sont pas évoquées. Or, elles caractérisent grandement les problématiques d'un territoire et conditionnent donc les solutions à y apporter. Ainsi, si le taux d'équipement dans l'Indre est considéré comme satisfaisant et largement supérieur aux taux d'équipements des autres départements, aucun lien n'est fait avec ces indicateurs médico-socio-économiques qui impliquent des besoins plus importants pour sa population. Il n'apparaît donc pas pertinent que les seuls indicateurs taux d'équipements et coût/habitant soient les seuls considérés dans la rééducation de inégalités territoriales. A titre d'illustration, il faut analyser précisément le taux d'équipement pour distinguer les places qui concernent un recrutement national ou régional de celle qui réponde à un besoin départemental.

De même il serait intéressant qu'un lien soit fait avec les listes d'attente, le nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement « CRETON » ou encore l'analyse des orientations des MDPH. En effet, si le taux d'équipement dans l'Indre est le plus élevé de la Région, les listes d'attentes pour des places en MAS ou en ESAT restent importantes dans ce département.

Sans ces analyses, il paraît inapproprié de considérer un territoire « suréquipé » sur la seule base d'une comparaison de taux d'équipement moyens.

## PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P. 57 : Préciser les définitions et les sources des indicateurs relatifs au taux d'équipement et au coût par habitant : par exemple, les données prises en compte (issues de Statiss) pourraient-elles être rapportées au nombre de personnes handicapées par territoire ? Les taux d'équipement reflètent-ils l'offre sous compétence de l'ARS, de l'ARS et des CD, des CD ? Le coût/habitant doit-il prendre en compte uniquement les dépenses d'assurance maladie ou également celles de l'Aide sociale départementale ?
- P. 57 : Intégrer des indicateurs médico-socio-économiques dans la partie relative au « contexte et enjeux » ainsi que : l'indicateur « liste d'attente » en établissements et services ; des informations issues de Viatrajectoire ; le nombre de jeunes adultes relevant de l'amendement « CRETON » ou encore les informations issues de l'analyse des orientations des MDPH.
- P.57 : Ajouter, dans le 3ème paragraphe dans la partie « contexte et enjeux », les mots soulignés : « Choisir son lieu de résidence/de vie en fonction de son lieu de vie initial et/ou de celui de ses proches en permettant aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap et à leurs proches d'exprimer leurs attentes et besoins fait partie de la politique de réduction des inégalités ».
- P. 59 : Ajouter les indicateurs suivants
  - temps d'accès ou des distances par type d'ESMS / département ;
  - délais et listes d'attente par type d'ESMS / département ;
  - reste à charge par type d'ESMS / département ;
  - nombre de personnes sans solution ou sans solution adaptée par type d'ESMS / département.

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

**Objectif n°2 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité**

### CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

Réduire les inégalités y compris infra territoriales, au sein des territoires infra départementaux en tenant compte des forces et des faiblesses de chaque territoire est un objectif tout à fait partagé par l'URIOPSS Centre. Les spécificités de notre Région génèrent des inégalités territoriales fortes notamment en termes d'accès aux services et aux soins et cela est tout à fait souligné dans le projet de schéma. Cependant certains points mériteraient d'être précisés.

## Le renforcement de l'accessibilité comme condition sinequanone d'une plus grande équité sur les territoires

---

### QUESTION SOULEVEE

La question des transports est au centre des questionnements sur l'effectivité d'une plus grande équité sur les territoires dans le cadre d'une politique inclusive. C'est un des points majeurs à anticiper, notamment sur le plan budgétaire.

### ARGUMENTAIRE

La description de l'objectif, p.58, du projet de schéma régional de santé, occulte la question des transports. Or, pour l'ensemble des territoires ruraux de la Région, la question de l'accès aux services sociaux, médico-sociaux et de santé, est conditionné par leur accessibilité. Une réflexion, non seulement sur la localisation de ces services mais également sur le maillage territorial en termes de transports collectifs est primordial. Le renoncement à certains services du fait de l'éloignement géographique est une problématique réelle rencontrée par les personnes en situation de handicap et leur famille.

Par ailleurs, les professionnels du secteur sont amenés à véhiculer les personnes accompagnés pour les accompagner d'un dispositif à un autre. Ce temps passé par les professionnels, sera croissant si le fonctionnement en dispositif tend à se mettre effectivement en place.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

P.58, sur les modalités de mise en œuvre, ajouter les points suivants :

- Engager une réflexion avec le Conseil régional, les Conseils départementaux et les associations sur le réseau de transport permettant l'accès à la santé
- Prévoir budgétairement les coûts engendrés par les transports nécessaires à l'accessibilité de tous aux ressources de santé des territoires

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

**Objectif n°2 : Améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité**

### CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES

Les disparités territoriales en matière d'offre médico-sociale pour les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent prendre, pour l'URIOPSS Centre, deux formes et l'une d'elles n'apparaît pas dans le projet de schéma. En effet, le projet souligne le fait que les disparités territoriales quantitatives de l'offre médico-sociale en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie sont faibles à l'exception de l'offre d'accueil de jour et de SSIAD dans le département d'Eure-et-Loir et d'hébergement temporaire dans l'Indre et l'Indre-et-Loire. Pour y faire face, le projet de schéma prévoit des créations de places mais également des redéploiements. Mais la problématique quantitative de l'offre ne doit pas occulter celle de l'accessibilité.

## L'accessibilité financière des EHPAD sur les territoires

### QUESTION SOULEVEE

Les disparités en matière d'accès aux EHPAD ne doivent pas seulement être appréhendées en termes de nombre de places ou de coût/habitant mais également en termes de reste à charge pour les usagers en fonction des territoires.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma ne prévoit que des indicateurs en termes de coût pour l'assurance maladie ou de nombre de places pour mesurer la réduction des disparités territoriales. Or, par exemple, l'indicateur « *écart de coût/habitant entre le département le plus et le moins doté* » devrait être rapproché, pour les EHPAD, avec « *l'évolution du tarif hébergement/évolution des revenus des personnes âgées en perte d'autonomie sur le département* ». En effet, la prédominance du secteur commercial dans certains secteurs urbains et les hausses globales des tarifs hébergement ces dernières années suite aux nécessaires améliorations de la qualité des prestations, rendent de plus en plus problématique l'accessibilité financière de cette offre. Le maintien à domicile doit rester un choix et non une obligation par manque de moyens financiers.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P.57, 4<sup>ème</sup> paragraphe, ajouter un point sur les disparités des tarifs hébergements en région Centre-Val de Loire et/ou une quantification de places habilitées à l'aide sociale par département.
- P.59, paragraphe sur les modalités d'évaluation, ajouter les indicateurs :
  - « pourcentage de places habilitées à l'aide sociale en EHPAD », avec comme valeur cible le maintien de cette proportion » ;
  - « évolution du tarif moyen hébergement/évolution des revenus des personnes âgées en perte d'autonomie par département ».

## L'accessibilité territoriale des offres de répit : accueils de jour et hébergements temporaires

---

### QUESTION SOULEVEE

La répartition territoriale de cette offre consécutive aux redéploiements de places ne risque-t-elle pas de limiter l'accès des personnes en milieu rural ?

### ARGUMENTAIRE

Ces dernières années, l'ARS Centre- Val de Loire travaille avec les acteurs de terrain à des redéploiements de places d'accueils de jour et d'hébergements temporaires afin d'améliorer la qualité des prestations proposées et leur effectivité. Mais ce travail pertinent ne doit pas aboutir à des difficultés d'accessibilité de cette offre pour les personnes âgées en perte d'autonomie isolées, notamment en milieu rural. Il faudra donc veiller à la répartition territoriale de cette offre.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P.58, dans « Modalités de mise en œuvre », ajouter : « Veiller à ce que les redéploiements de places d'accueils de jour et d'hébergements temporaires ne se traduisent pas par des difficultés d'accessibilité pour les personnes âgées en perte d'autonomie isolées, notamment en milieu rural.

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

### Objectif n°3 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie

#### CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPEES

Les personnes en situation de handicap présentent une vulnérabilité particulière. Leurs problèmes de santé, qu'ils soient ou non liés au handicap, se traduisent par un cumul de pathologies et de fragilités. De plus, un manque d'accès à la prévention, aux soins et plus largement à la vie sociale, se surajoutent à ces difficultés au point de conduire parfois à des sur-handicaps. Malgré la volonté de décroisement entre le sanitaire et le médico-social, l'accès à la santé reste aujourd'hui un parcours du combattant pour les personnes en situation de handicap.

Inclure toute personne en situation de handicap dans un parcours de prévention global, d'accès aux soins et de soutien aux aidants, et ce dans son environnement, comme cela est affiché dans le projet de schéma apparaît donc primordial.

## Inclure toute personne en situation de handicap dans un parcours d'accès aux soins

### QUESTION SOULEVEE

Le projet de schéma insiste sur l'importance d'éviter les ruptures dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap, sans préciser si l'on est sur le registre de la santé somatique ou de la santé psychiatrique.

Par ailleurs, il semble important d'intégrer les soins bucco-dentaires dans ces priorités.

### ARGUMENTAIRE

Le handicap psychique prenant de plus en plus de place dans l'accompagnement des personnes en établissements et services comme à domicile, la question du repérage et de la prévention en santé mentale apparaît capitale. Si cette problématique est traitée dans le parcours spécifique à la Santé Mentale, il apparaît important de préciser dès la fiche objectif 3 du chapitre 4, que les parcours de santé comprennent également la psychiatrie. Le nombre de passages inappropriés aux urgences psychiatriques est une problématique à évoquer, les établissements médico-sociaux, démunis face à la hausse des problématiques psychiatriques, s'adressent souvent aux urgences psychiatriques par défaut alors que ces passages pourraient être évités.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS

- Ajouter p.60, dans le paragraphe relatif aux points faibles : « insuffisance du nombre d'équipes mobiles de psychiatrie »
- Ajouter p.61, dans la description de l'objectif :
  - « encourager l'intervention d'équipe mobile de psychiatrie en structures médico-sociales »
  - « encourager la signature de conventions tripartites ARS/Psychiatrie et établissements médico-sociaux »
- Ajouter p.61, dans la description de l'objectif, dans la déclinaison de l'ambition :
  - « De développer la prévention et les soins bucco-dentaires » ( à intégrer également dans le tableau sur les « Echéances intermédiaires)
  - « De développer les dépistages des troubles visuels et auditifs »
- Ajouter p. 61, dans la partie modalités de mise en œuvre : « promouvoir le parcours de soins PH dans les projets médicaux des MSP, des CPTS, des GHT, des CLS et CLSM »
- P.62 : dans la partie indicateur, préciser « taux de passages inappropriés aux urgences somatiques et psychiatriques pour les personnes en situation de handicap. »

## Permettre l'accès à la prévention de droit commun des personnes handicapées

---

### QUESTION SOULEVEE

La question de l'accès aux actions de prévention par les personnes handicapées, qu'elles soient accompagnées en établissement ou à domicile, reste centrale. Or l'accès à la prévention pour l'ensemble des citoyens de la région s'avère déjà extrêmement compliqué.

### ARGUMENTAIRE

Certaines précisions mériteraient d'être apportées dans le texte pour préciser les modalités de mise en œuvre de cet axe afin d'atteindre l'objectif visé. En effet, si les objectifs de cette fiche sont partagés par les associations de l'URIOPSS Centre, on ne peut occulter à ce niveau-là la difficulté, pour tous, d'accès aux dispositifs de prévention de droit commun. Comment faire alors pour que les personnes handicapées ou en perte d'autonomie y accèdent sauf à cibler ces publics dans l'accès à la prévention et aux soins et à abonder en moyens pour répondre à l'ensemble des besoins, notamment en nombre de professionnels.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS

- p.61, préciser les modalités de mises en œuvre au regard de l'objectif « développer une prise en charge territorialisée et graduée de droit commun en fonction des problématiques rencontrées et à identifier territorialement » en ajoutant par exemple : « soutenir financièrement des actions de préventions en soins destinées aux publics spécifiques « personnes handicapés » ».

# Axe : Accès au système de santé

## Chapitre 4

**Objectif n°3 : Anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie**

### CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES

Les objectifs proposés sont partagés par les associations. D'une manière générale, la situation des personnes âgées pourraient être précisée dans la partie « Contexte et enjeu », qui ne mentionne que les personnes handicapées.

#### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

- P.60, ajouter dans la partie « Contexte et enjeu » : « Inclure toute personne, en situation de handicap et en perte d'autonomie,... »
- P.60, ajouter dans la partie « Contexte et enjeu » des éléments relatifs à l'analyse des ruptures de parcours pour les personnes âgées.

## Des modalités d'évaluation à préciser

---

### QUESTION SOULEVEE

Au vu des mesures prévues dans le plan d'actions visant à anticiper les risques de rupture dans les parcours de santé des personnes âgées, la baisse de 50% de passage aux urgences inutiles nous paraît disproportionnée.

### ARGUMENTAIRE

La lutte contre les ruptures de parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie est une nécessité. Le projet de schéma s'attache à éviter « *les passages aux urgences des personnes de plus de 75 ans et plus non suivies d'hospitalisation* », indicateur retenu pour évaluer l'action. Pour cela, il est proposé notamment de renforcer l'équipe de nuit dans les EHPAD et de développer les recours aux équipes mobiles, de soins palliatifs ou d'HAD dans les structures médico-sociales.

Toutefois, il nous paraît utopique d'envisager une réduction de moitié des passages aux urgences inappropriés grâce à ces deux mesures car elles ne prennent pas en compte une autre source d'orientation : le domicile. Il nous semblerait donc davantage préférable d'utiliser l'indicateur suivant : « nombre de passages aux urgences de résidents d'EHPAD non suivis d'hospitalisation ».

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P.62, intitulé des indicateurs de résultats : préférer l'indicateur « nombre de passages aux urgences de résidents d'EHPAD non suivis d'hospitalisation ».

# Axe : Efficience du système de santé

## Chapitre 2

**Objectif n°2 : Assurer l'analyse approfondie des EIGAS (Événements indésirables graves associés à des soins) sur l'ensemble du territoire régional**

## Le soutien aux établissements et services médico-sociaux dans le développement de la culture de la sécurité des soins

---

### QUESTION SOULEVEE

Comment soutenir le développement de la culture de la sécurité des soins dans les établissements et services médico-sociaux sans aucun moyen financier complémentaire ?

### ARGUMENTAIRE

L'Uriopss Centre soutient le développement de la culture de la sécurité des soins au sein notamment des établissements et services médico-sociaux, son implication dans la constitution et dans la gouvernance de l'association QUALIRIS en est une illustration. L'appui de la future SRA et la formation des professionnels sont effectivement des vecteurs de développement de cette culture mais sans soutien financier, ils risquent d'être insuffisants. En effet, l'analyse approfondie des EIGAS demande des compétences propres (chargé qualité) et du temps (organisation des RETEX notamment).

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

P.91, dans la partie « Modalité de mise en œuvre »,

- ajouter un levier d'action « Financement, via les CPOM, d'un temps de chargé qualité dans les établissements et services médico-sociaux ».

# Axe : Continuité du parcours de santé

## Chapitre 2

**Objectif n°1 : Développer l'usage des outils numériques par les professionnels et acteurs de la santé au service de la continuité des parcours de santé**

## Le déploiement de services numériques socles : quels priorités, soutiens et accompagnements pour les acteurs ?

### QUESTION SOULEVEE

Le développement de l'usage des services numériques socles préconisé par les évolutions législatives et réglementaires vont impacter les pratiques professionnelles des acteurs du secteur médico-social et de la santé. Quelle définition des priorités régionales et quels soutien financier et accompagnement leur sera proposé afin d'assurer une appropriation optimale ?

### ARGUMENTAIRE

Les acteurs privés non lucratifs de la santé, du médico-social et du social participent d'ores et déjà et à différents niveaux à cette révolution numérique. Cependant, un certain nombre de prérequis, essentiels au développement des systèmes d'information sur tous les territoires, ne sont à ce jour pas remplis :

- accès au haut débit extrêmement limité voire inexistant dans certaines zones rurales ;
- manque de formation des acteurs, notamment dans les cursus de formation initiale ;
- moyens dédiés insuffisant à ce jour à l'investissement et à la maintenance des systèmes d'information.

De ce fait, l'utilisation des systèmes d'information dans notre secteur reste bien souvent limitée aux progiciels de gestion (comptabilité, paye, ressources humaines), sans harmonisation entre les associations. Les établissements et services ne disposent pas toujours d'un dossier unique de l'utilisateur informatisé.

Pourtant, comme le souligne notamment le rapport Piveteau<sup>1</sup>, le déploiement d'un système d'information partagé par les établissements et services est une condition absolue d'absence de rupture de parcours pour les personnes accompagnées.

Les associations regroupées au sein de l'URIOPSS ont soutenu le principe d'une convergence des systèmes d'information pour faciliter le partage d'information entre les acteurs d'action sociale et de santé. Elles ont aussi souligné leurs vives préoccupations quant aux moyens qui seront alloués aux établissements et services pour permettre le respect de ces règles de convergence.

En effet, que ce soit en termes de qualité de la connexion internet et de la téléphonie, de compétences humaines, d'investissements informatiques, de maintenance, de capacité à protéger les données et les droits des usagers, les moyens aujourd'hui dédiés sont insuffisants. Si la mutualisation et la professionnalisation sont indéniablement des modes opératoires à privilégier, il n'en reste pas moins que des moyens supplémentaires devront être dégagés pour soutenir l'évolution vers des systèmes d'information partagés.

<sup>1</sup>Rapport « Zéro sans solution. Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches », juillet 2014

Dans ce contexte, les priorités d'action en matière de systèmes d'information via notamment le déploiement de services numériques socles doivent nécessairement s'accompagner d'une programmation financière qui pourrait utilement éclairer les associations. Ce sujet pourrait ainsi être travaillé avec les associations gestionnaires dans le cadre de la conclusion de CPOM et dans le cadre de la procédure budgétaire.

Enfin, l'Uriopss est attachée à ce que ce cadre régional permette le développement de systèmes d'information partagés qui demeurent pleinement aux services des stratégies respectives des associations, et qu'il ne soit pas un moyen d'instrumentalisation de ces stratégies.

## PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

p.102 : Ajouter, dans les Modalités de mise en œuvre :

- « Définir précisément les priorités régionales, les projets à mutualiser et la maîtrise d'ouvrage pour la conduite de ceux-ci ».
- « Évaluer précisément les coûts de déploiement des systèmes d'information dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux de la région afin d'assurer un déploiement optimal des services numériques socles ».
- « Former les acteurs, en formation continue mais également en cursus initial ».
- « Assurer une coordination entre les différents dispositifs déployés par les financeurs ».
- « Associer les usagers dans la réflexion commune ».

# Axe : Continuité du parcours de santé

## Chapitre 4

Objectif n°2 : Développer une offre territorialisée pour le soutien et l'accompagnement des aides aux aidants

## L'accessibilité de l'offre d'accompagnement des aides aux aidants : la nécessaire mais non suffisante question de la visibilité de l'offre

---

### QUESTION SOULEVEE

La problématique de l'accessibilité de l'offre d'accompagnement des aides aux aidants ne se limite pas à la question de la visibilité et de la communication ; l'accompagnement de l'aidant est également un enjeu.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de schéma relève un manque de visibilité de l'offre existante en matière d'accompagnement des aidants et prévoit un certain nombre de mesures visant à améliorer l'information et la communication : diagnostic territorial, centre de ressources, site internet etc. Ces mesures sont effectivement nécessaires mais nous paraissent insuffisantes pour améliorer leur accès.

#### *La problématique du transport*

Le projet de schéma ne fait pas mention de la problématique de l'organisation du transport notamment pour les conjoints des personnes âgées dépendantes. En effet, certains d'entre eux ont des difficultés pour se déplacer de manière autonome et auraient besoin d'un accompagnement au transport trop souvent non pris en charge par les financements des actions.

#### *La problématique du « garde malade »*

Participer à des actions de formations, de soutien social ou de préservation d'une vie sociale suppose que l'aidant quitte son domicile, et donc l'aidé. Or, les financements des actions proposées permettent rarement de prendre en charge le coût d'un « garde malade ». Des solutions sont peut-être à trouver en partenariat avec les accueils de jour ou les services d'aide et d'accompagnement à domicile mais cela suppose une coordination des offres et des aides.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P.119, dans la partie « Description de l'objectif », ajouter un point « Développer des modalités d'accompagnement des aidants aux offres de répit ».
- P119, dans la partie « Mise en œuvre », ajouter des propositions d'actions visant à développer cet objectif : l'accompagnement physique (transport accompagné par exemple) et la mise en place d'un « garde malade ».

# Parcours spécifiques

**PERSONNES AGEES**

## La place des services à domicile et des EHPAD dans le repérage des fragilités

### QUESTION SOULEVEE

Le projet de schéma ne prévoit pas de valoriser davantage les missions des structures qui, au quotidien, développent des actions de prévention et de repérage des fragilités.

### ARGUMENTAIRE

Le repérage des fragilités et le développement des actions de prévention sont des axes de travail partagés par l'URIOPSS Centre. Le développement de la formation des professionnels, du diagnostic et des évaluations précoces et la lutte contre les facteurs d'hospitalisation nous semblent être des axes de travail importants. Cependant, nous pensons qu'il pourrait être également intéressant de soutenir davantage les missions des structures existantes qui, au quotidien, développent des actions de prévention aujourd'hui peu valorisées.

#### *Pour le domicile*

Il pourrait être intéressant de renforcer les missions des services dans ce repérage par :

- Le soutien à la création de SPASAD, structures ayant une mission spécifique dans le repérage des fragilités et le développement des actions de prévention ;
- La diversification des compétences des SSIAD avec par exemple, la création de postes de psychologues ou d'ergothérapeutes ;
- Le financement, via la conférence des financeurs, d'actions de prévention individuelles développées par les services d'aide et d'accompagnement à domicile sous CPOM (SAAD bénéficiant du Fonds d'appui aux bonnes pratiques ou du Fonds de restructuration) comme préconisé par l'axe 3 du guide technique des conférences « La coordination et l'appui des actions de prévention mises en œuvre par les SAAD ».

#### *Pour les EHPAD*

Une valorisation financière des actions de prévention développées par les structures (lutte contre les chutes, contre la déshydratation, la dépression, etc.) pourrait être envisagée, dans le cadre d'appels à projet par exemple ou via la signature des CPOM.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

- P.126, dans les modalités de mise en œuvre ajouter un point « Renforcer les missions de prévention des services à domicile et des EHPAD notamment via les négociations CPOM ».

## L'objectif du repérage précoce des fragilités

### QUESTION SOULEVEE

L'objectif et les « Modalités de mise en œuvre » sont intéressants, mais ces dernières ne précisent pas l'organisation et les financements prévus pour réussir cette mise en œuvre. De même, les indicateurs identifiés pour les « Modalités d'évaluation » ne nous paraissent pas appropriés pour mesurer les effets du développement du repérage précoce des fragilités.

### ARGUMENTAIRE

Nous sommes pleinement favorables aux propositions formulées dans les « Modalités de mise en œuvre » mais nous inquiétons de l'absence d'indications qui permettraient d'identifier les perspectives de mise en œuvre concrète. Une priorisation et un calendrier prévisionnel de déploiement des actions, des propositions d'organisation et l'identification de financements rendraient plus lisible le sens de ces orientations.

Par ailleurs, le projet de schéma prévoit, comme indicateurs de résultat, la réduction du « taux de passages aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus non suivis d'hospitalisation » ou du « Taux de ré hospitalisation à 30 jours des personnes âgées de 75 ans et plus en médecine et chirurgie pour le même motif », c'est-à-dire des indicateurs de rupture de parcours (indicateurs qui sont déjà utilisés dans l'objectif 3, chapitre 4 de l'axe Accès au système de santé). Il nous semble que ces indicateurs ne répondent pas aux objectifs du repérage précoce des fragilités. En effet, la non dégradation de la perte d'autonomie ou sa prise en charge précoce peut aboutir à d'autres effets : évolution du PMP et du GMP, évolution du nombre de GIR 5 dans la file active des SAAD, etc.

Il serait utile d'avoir des indicateurs régionaux sur l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité ainsi que des indicateurs sur les moyens effectivement déployés en lien avec les modalités de mise en œuvre préconisées.

### PROPOSITION DE L'URIOPSS CENTRE

- Ajouter un paragraphe sur les « Echéances intermédiaires » précisant la priorisation et un calendrier prévisionnel de déploiement des actions, des propositions d'organisation et l'identification de financements pour rendre plus lisible le sens de ces orientations.
- P. 127, dans les modalités d'évaluation, prévoir d'autres indicateurs à travailler notamment avec les organismes gestionnaires dans le cadre des négociations CPOM : nombre de repérages précoces effectués, nombre d'actions spécifiques développées, etc.
- Intégrer des indicateurs régionaux sur ;
  - « l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité »
  - « les moyens effectivement déployés en lien avec les modalités de mise en œuvre préconisées.

# Parcours spécifiques

**HANDICAP**

## Favoriser les apprentissages et le parcours scolaire dans une logique d'inclusion

### QUESTION SOULEVEE

La scolarisation en milieu ordinaire doit être mise en œuvre dès que cela est possible et accompagnée. Pour ce faire, des professionnels formés doivent accompagner l'enfant tout au long de son parcours.

### ARGUMENTAIRE

Dans la description de l'objectif opérationnel n°1, le projet de schéma p.129 précise la nécessité d'un appui par les structures médico-sociales dans des parcours de scolarisation en milieu ordinaire. Or, la formation des professionnels de l'éducation pourra être un facteur de réussite de cette fiche action relative à la scolarisation. Enseignants, enseignants référents, enseignants spécialisés des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté, les auxiliaires de vie scolaire... : l'ensemble des professionnels doit être formé selon ses besoins et doit pouvoir définir clairement son rôle auprès de l'enfant pour permettre la réalisation de son projet de vie. Aussi une concertation avec l'Education nationale sur les formations nécessaires aux professionnels pour l'accueil des jeunes handicapés

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- p.129, ajouter dans les modalités de mise en œuvre : « partager avec l'Education Nationale et en concertation avec les ESMS les formations nécessaires à l'accompagnement des enfants handicapés en milieu scolaire ordinaire ».
- Dans les indicateurs, ajouter un indicateur relatif au nombre de professionnels, par établissement scolaire, formé à l'accueil des enfants handicapés, en précisant les formations suivies.
- p.128, il est indiqué : « Aucune unité externalisée en région Centre-Val de Loire qui réponde stricto sensu à la définition (une unité d'enseignement externalisée avec le personnel de la structure médico-sociale qui intervient directement dans les établissements scolaires) » ce qui nous semble inexact. N'existe-t-il pas une unité d'enseignement externalisée au CAMSP de Vierzon depuis plusieurs années ?
- p.129, des listes d'attente pour des jeunes orientés en IME et qui poursuivent une scolarisation dans les ULIS sont mentionnées et chiffrées seulement pour le Loiret. Serait-il possible d'avoir un état des lieux complet ? Nous proposons de retenir ce type d'indicateur pour les différents dispositifs dans les « Modalités d'évaluation p.130.
  - Indicateurs : « liste d'attente / département pour les différents dispositifs d'inclusion scolaire en milieu ordinaire ou en établissement »

## Renforcer l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de personnes handicapées

### QUESTION SOULEVEE

L'insertion professionnelle en milieu ordinaire comme objectif en soi doit être appréhendée au regard de la réalité du secteur.

### ARGUMENTAIRE

L'insertion professionnelle en milieu ordinaire est aujourd'hui assez faible pour des raisons diverses : absence d'emploi en milieu ordinaire, la volonté des travailleurs de rester en milieu protégé, l'inadaptation de nombreux travailleurs handicapés d'ESAT au milieu ordinaire du fait de troubles psychiques et comportementaux importants. Pour nombre de travailleurs handicapés, l'ESAT constitue la solution d'accompagnement adaptée, en témoignent les listes d'attente importantes pour l'obtention de places en ESAT.

Par ailleurs, en termes de dynamisation du tissu économique local, les ESAT sont des acteurs reconnus, permettant de conserver de l'activité dans certains territoires. Le gel des places d'ESAT depuis 2013, bloque d'ailleurs certains ESAT dans leur capacité de développement économique. Cette donnée doit être prise en compte dans la réflexion sur l'avenir du travail protégé en lien avec le Schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- Dans la partie « Contexte et enjeu », nous proposons des modifications :
  - Dans le 4<sup>ème</sup> paragraphe, la part des services n'est pas « sensiblement » inférieure au niveau national, mais simplement « légèrement » ;
  - Dans le 4<sup>ème</sup> paragraphe, nous contestons l'affirmation selon laquelle « Les ESAT ainsi que les SAMSAH et les SAVS devront ainsi faire évoluer leurs modes de fonctionnement, ce qui contribuera à réduire les durées moyennes d'accompagnement, *parfois anormalement élevées* ». Si des évolutions sont à prévoir, elles ne peuvent être motivées sur ce seul objectif, dans la mesure où si l'accompagnement est proposé, c'est qu'il s'inscrit dans une orientation de la MDPH et a donc vocation à répondre aux besoins de la personne. Nous demandons la suppression de la fin de cette phrase et de nouvelles précisions sur les motifs des évolutions attendues.
- P.131 : Supprimer dans « situation actuelle », la création de places d'ESAT puisque ce n'est pas le cas depuis 2013.
- P.132 : dans les modalités de mise en œuvre :
  - Ajouter un axe : « renforcer l'offre de travail protégé ».
  - Préciser ce que le SRS envisage lorsqu'il indique : « Mettre en œuvre la rénovation des CRP/CPO ». Il n'y a aucune indication dans le diagnostic ni propositions sur ce sujet.
- p.133 : sur l'indicateur comptabilisant le nombre d'adultes handicapés suivis en dispositif d'emploi accompagné, il est important de prendre en compte que ces dispositifs nécessitent du temps, avec des allers retours probables nombreux entre le milieu protégé et le milieu ordinaire. Un indicateur plus qualitatif, comme le taux de travailleurs handicapés suivis par le dispositif emploi accompagné, insérés dans le milieu ordinaire à 5 ans, semble plus pertinent.
- P.133 : ajouter un indicateur relatif aux listes d'attente dans les dispositifs d'accompagnement (SAMSAH, SSIAD, ESAT, MAS, FAM...).

# Parcours spécifiques

SANTE MENTALE

## La prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques encore insuffisante dans l'offre médico-sociale (objectif opérationnel n°3)

### QUESTION SOULEVEE

Le nombre de places spécifiques en établissement ou service médico-sociaux reste faible. Par ailleurs, les professionnels dans les établissements et services souffrent d'un manque de compétences spécifiques à l'accompagnement du handicap psychique, qui se fait particulièrement ressentir alors que les liens avec la psychiatrie restent extrêmement compliqués.

### ARGUMENTAIRE

La prévalence du handicap psychique dans l'ensemble des établissements et services médico-sociaux est de plus en plus importante quel que soit le territoire concerné. Or, les professionnels du secteur médico-social, en l'absence de professionnels médicaux et paramédicaux spécialisés, ne sont pas armés pour faire face à certaines situations qui se retrouvent alors aux urgences psychiatriques.

Les relations avec le secteur psychiatrie, qui permettraient via par exemple des conventionnements, de fluidifier la prise en charge de ces personnes, sont au cœur de la prise en compte des besoins des personnes handicapées psychiques dans le médico-social.

Sur le champ de l'enfance, une place importante est prise dans certains départements par les CAMSP pour les enfants de moins de 6 ans et par les CMPP pour les jeunes et les adolescents qui, entre autres, mettent à disposition de la population des personnels spécialisés (pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues...) palliant ainsi le manque de moyens des services de pédopsychiatrie et la faible démographie médicale et paramédicale de la région. Mais cela reste largement insuffisant.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P.160 : sur le paragraphe « les soins somatiques et la médecine générale en ville ». Expliciter la phrase « c'est une problématique dont on doit pouvoir tenir compte dans les établissements médico-sociaux » : qu'est-ce que cela veut dire, avec quels moyens ?...
- P.162 : sur le paragraphe concernant les actions visant à renforcer la coordination des acteurs : encourager les conventionnements entre le secteur hospitalier psychiatrique et les établissements médico-sociaux
- P. 162, ajouter un indicateur : nombre de conventions entre établissements médico-sociaux et hôpitaux psychiatriques ou services de psychiatrie des hôpitaux généraux.

## Parcours spécifiques

ADDICTION

Objectif n°1 : développer une culture de la prévention, collective et individuelle, des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre

## Prévention

### QUESTION SOULEVEE

La prévention est un outil de santé publique essentiel pour tâcher de diminuer le nombre de personnes dépendantes, éviter l'aggravation de la situation des jeunes consommateurs voire pour retarder l'âge de la première consommation.

La loi de santé inscrit la prévention en tant que mission obligatoire des CSAPA, cette mission constitue donc bien une priorité de santé publique. Toutefois, son coût n'est pas encore pris en charge par la dotation globale des CSAPA et l'absence de financement pérenne limite les possibilités de développer des programmes validés, de les mener de manière satisfaisante et de toucher un public large.

### ARGUMENTAIRE

Si la prévention n'est pas assurée, les publics qui pourraient être touchés de manière « préventive » risquent de se retrouver à être pris en compte de manière « curative » dans les centres de soins spécialisés, les séjours hospitaliers. En conséquence, c'est aussi le coût humain et financier qui en sera plus élevé. Le rôle de la prévention est aussi de faciliter le repérage précoce et parfois l'accès aux soins. Elle doit pouvoir exercer ses missions en particulier par des « consultations avancées » en direction des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité.

De même les axes relatifs aux consultations de proximité des CJC restent en cela à consolider.

Parmi les priorités relevées, figure toujours la nécessité de développer ces consultations jeunes consommateurs pour aller au-devant d'un public de plus en plus jeune qui se trouve de plus en plus confronté à des conduites à risques face à l'usage de drogues et face aux conduites addictives sans drogue. Ce dispositif à l'interface du soin et de la prévention individuelle et collective comme de la formation de l'entourage des enfants et des jeunes gens, doit permettre un meilleur accompagnement du public jeune pour éviter de le voir basculer dans des conduites addictives plus graves. L'aspect financier reste le point faible pour atteindre cet objectif.

La prévention suppose par ailleurs de développer la logique « d'aller-vers » et d'impliquer l'ensemble des partenaires institutionnels qui ont dans leur champ de compétence le public potentiellement concerné par les addictions.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

Au niveau de l'objectif 1, le projet de PRS identifie plusieurs leviers parmi lesquels :

- La coordination des politiques publiques régionales et départementales : *dans les partenaires cités, il semblerait important de ne pas omettre : les CLS, le Conseil régional (pour leurs compétences sur les lycées et CFA), les conseils départementaux (compétences collège, PMI, protection de l'enfance), l'éducation nationale, la CAF, les acteurs de la santé au travail.*
- L'intégration réglementaire de la prévention dans les missions obligatoires des CSAPA. Sur ce point, il nous semble important de souligner que ce levier ne sera totalement opérant qu'une fois que cette mission obligatoire s'accompagnera d'un financement pérenne.

Dans l'objectif 1, le projet prévoit 4 types d'actions parmi lesquelles :

- Proposer un continuum en prévention, adapté à toutes les étapes du parcours et tout au long de celui-ci et favoriser l'accès des jeunes aux dispositifs dédiés : CJC, MDA : sur ce point, il nous semble important de souligner que les MDA ne constituent pas un dispositif dédié mais un partenaire.
  - P. 145 : modifier la fin de la phrase par : ... et favoriser l'accès des jeunes aux dispositifs dédiés : CJC, consultations avancées (mises en places chez les partenaires : MDA, établissements scolaires, lieux de vie, etc.)
  
- Faire entrer la prévention dans les préoccupations et les pratiques
  - Promouvoir la prévention, le repérage et l'intervention précoce ainsi que la prévention de la rechute
    - Proposition URIOPSS Centre : préciser les modalités de mise en œuvre en ajoutant par exemple : « en systématisant » la présence des CSAPA et CAARUD de proximité dans les dispositifs de 1er recours.
  - Poursuivre le déploiement des missions obligatoires des structures spécialisées (CAARUD, CSAPA, ELSA et consultations hospitalières) sur la base des moyens alloués :
    - Propositions URIOPSS Centre
      - Ajouter après CSAPA (*dont Consommation Jeunes consommateurs*)
      - Ajouter : « sur la base des moyens qui seront alloués. »

Au détail des actions, ajouter :

- Favoriser la formation, la sensibilisation des acteurs et le développement d'outils de communication

Aux 4 types d'actions proposées, ajouter :

- Développer « l'aller vers » les usagers, les territoires, les professionnels.
- Soutenir l'intégration des missions de prévention dans la dotation globale des CSAPA.

➤ Ajouter les indicateurs suivants :

- Taux d'évolution de la prévalence des autres substances psycho-actives
- Taux d'évolution de la prévalence des addictions sans substance
- Taux d'évolution du personnel formé au repérage, aux interventions précoces notamment
- Nombre de programmes mis en œuvre en région
- Taux de couverture des programmes CPS sur l'ensemble du territoire régional et sur les territoires prioritaires.

# Parcours spécifiques

ADDICTION

**Objectif 2 : développer une culture de la réduction des risques et des dommages des conduite addictives et favoriser sa mise en œuvre**

## Addiction

## Objectif 2 : développer une culture de la réduction des risques et des dommages des conduites addictives et favoriser sa mise en œuvre

### QUESTION SOULEVEE

Le développement de la réduction des risques passe par le soutien de l'offre et la sécurisation des activités des CAARUD.

### ARGUMENTAIRE

Chaque département de la région Centre-Val de Loire dispose d'au moins un CAARUD mais la couverture territoriale par ces établissements est difficile compte tenu des moyens à déployer pour aller à la rencontre d'usagers isolés et géographiquement dispersés, avec une augmentation du nombre de personnes concernées dans les territoires ruraux, loin des lieux d'échanges de matériels et d'accès aux services des CAARUD. Des modalités mobiles d'intervention existent (peu) mais leur coût n'est pas toujours totalement couvert par l'ONDAM. Les missions d'accès au dépistage et d'analyse des produits nécessitent le développement des partenariats et donc des moyens humains. Par ailleurs, comme le rappelle le projet de PRS, l'un des enjeux de la RdR réside dans l'acceptation des CAARUD par leur environnement.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P. 147 : Ajouter dans le paragraphe « Types d'actions » :
  - Faire accepter les CAARUD dans leur environnement
- P. 148 : dans le paragraphe « Convaincre de l'intérêt de la RdR »,
  - Ajouter un item : « Co-construire le lien social : sécurité publique, santé publique »
  - Compléter le 3<sup>ème</sup> point du paragraphe « Convaincre de l'intérêt de la RdR » : rendre accessible la RdR, notamment aux publics en situation de vulnérabilité (jeunes, personnes sous « main de justice », personnes isolées, femmes enceintes, population démunie...) (par exemple : gratuité des traitements de substitution et renforcer la disponibilité des outils) *sur l'ensemble des territoires*.
- P. 148 : dans le paragraphe « Développer l'aller vers les usagers, les territoires, les professionnels », compléter la phrase : « Couvrir les territoires prioritaires ...» par « Couvrir *l'ensemble des territoires et renforcer les territoires prioritaires* »
- Propositions relatives aux indicateurs :
  - Territoires couverts par des équipes mobiles spécialisées en addictologie
  - Nombre d'actions de formations mises en place sur le sujet
  - Nombre de programmes spécifiques validés et mis en œuvre (TAPAJ, un logement d'abord, etc.).

## Addiction

## Objectif 3 : développer une culture du lien pour favoriser les soins et l'accompagnement des personnes présentant une conduite addictive et favoriser sa mise en œuvre

### QUESTION SOULEVEE

La question de la complémentarité entre l'offre sanitaire, médico-sociale, sociale est essentielle : nous sommes face à un besoin de cohérence et d'articulation entre les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dans le cadre des parcours de santé et du service territorial de santé au public.

### ARGUMENTAIRE

Le projet de PRS invite au partage de pratiques, au développement des partenariats, du travail en proximité ce qui peut paraître paradoxal quand la législation et les pratiques de l'ARS conduisent à une mise en concurrence des acteurs notamment au travers des appels à projets.

Le projet de PRS fixe comme priorité le fait de « favoriser une approche globale décloisonnée, structurée et lisible du parcours de santé afin d'éviter les ruptures ». Cela fait effectivement partie des enjeux que nous relevons même s'il est important de rappeler que les CSAPA et CAARUD portent dans leurs missions le rôle de coordination des acteurs et de ressources pour les usagers. En tant qu'acteurs du 1<sup>er</sup> recours, ils assurent une mission d'organisation des parcours, d'appui aux cas complexes et de pivot au niveau territorial.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- P. 151 : Ajouter dans le paragraphe « Types d'actions » :
  - Faciliter les coopérations entre le secteur sanitaire et médico-social en finançant des consultations de proximité dans les maisons de santé et pôle de santé (par exemple en développant les points de contact avancé des consultations jeunes consommateurs) dans tous les lieux fréquentés par les jeunes.
  - Donner les moyens aux CSAPA et CAARUD d'assurer la mission de pivot sur le territoire dans la proximité et la durée afin d'assurer la fonction territoriale d'appui pour les cas les plus complexes et d'éviter les ruptures dans les parcours.
  - Encourager les conventionnements entre le secteur sanitaire, médico-social, social, éducatif, etc.
- Propositions relatives aux indicateurs :
  - Nombre de consultations avancées (CSAPA – CAARUD) dans les dispositifs de 1<sup>er</sup> recours (MSP, cabinets médicaux, etc.).
  - Nombre de cas complexes, coordonnés, répertoriés dans les recueils de données.
  - Nombre de places résidentielles médico-sociales et unités spécifiques créées.
  - Nombre de conventions entre établissements médico-sociaux et sanitaires, services pénitentiaires, éducatifs, petite enfance.

# PRAPS

A l'instar de la version précédente, le projet prévoit un nombre d'objectifs et sous-objectifs limité. Nous sommes en accord avec ce choix qui permet d'éviter l'effet de dispersion et la réalisation de réelles avancées sur les priorités retenues. De même, nous entendons l'intérêt de définir des priorités d'actions larges afin de permettre de la souplesse et une possible adaptation des actions prévues. Toutefois, nous espérons que ces choix ne remettront pas en cause la définition et la réalisation de mesures concrètes et que des publics tels que les personnes sous mesure de protection ou les personnes résidant en milieu rural (agriculteurs / éleveurs en difficulté) ne seront pas oubliés.

En outre, le code de la santé publique stipule que le PRAPS détermine « les moyens à mobiliser ». Sur la question des moyens financiers, nous nous interrogeons également sur ceux qui seront mobilisés sur les 5 ans à venir pour conduire les priorités fixées dans ce document de programmation.

## PRAPS

## Objectif 3 : prévenir les situations de rupture des personnes les plus éloignées du système de santé

### Rupture dans le parcours de soins

#### QUESTION SOULEVEE

La rupture dans le parcours de soins constitue un enjeu majeur qui doit effectivement apparaître dans les priorités du PRAPS afin de prévenir et de limiter leur survenance. Ce qui constitue un réel défi dans la mesure où les facteurs de ruptures sont nombreux et ont des sources très diverses.

#### ARGUMENTAIRE

Parmi les facteurs de ruptures, nous pouvons relever : la peur du système, le sentiment de honte, le découragement devant la complexité des dispositifs, la difficulté des personnes d'accéder au système en raison de l'instabilité de leur situation. En effet, une grande partie du public en précarité ou situation de vulnérabilité est confrontée à des changements fréquents et involontaires de situation qui remettent en cause leur accès au parcours de santé : problème de domiciliation pour les personnes à la rue, passage d'un établissement à un autre, d'une ville ou d'un département à un autre. Cela est d'autant plus vrai et fréquent pour les personnes engagées dans un parcours de migration : orientation du niveau national vers des dispositifs régionaux puis départementaux dans des établissements le plus souvent situés en zone rurale. Dans ce contexte, la continuité des soins et l'insertion des personnes dans le parcours de santé est très complexe. De même, malgré les procédures mises en œuvre pour accélérer ou favoriser l'accès aux soins, de nombreux blocages ou lenteurs administratifs sont constatés sur le terrain par les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne.

#### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

Nous avons bien noté la volonté de l'ARS de mobiliser le COPIL pendant la durée du programme afin d'évaluer sa mise en œuvre. Dans ce cadre, nous espérons qu'elle veillera à ce que l'ensemble des institutions, qui jouent un rôle dans le champ des inégalités sociales de santé (en matière de logement, d'emploi, d'éducation notamment) et qui peuvent permettre de prévenir ces ruptures, prendra part à la réalisation de cet objectif.

## L'enjeu autour du diagnostic

---

### QUESTION SOULEVEE

Le PRAPS prévoit un focus sur l'accès aux soins des publics migrants. Dans ce domaine, les textes identifient deux nouveaux leviers : la médiation en santé et l'interprétariat. Même si le contenu de ces deux types d'accompagnement reste à préciser, certains acteurs de la région ont développé des actions de ce type et jouent cette fonction d'interface entre les personnes et les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Pourtant, les dispositifs existant concourant à cet objectif poursuivent généralement leur mission avec des financements très limités et précaires.

### ARGUMENTAIRE

La réalisation d'un diagnostic régional sur ces deux items est prévu afin de répertorier les besoins et d'apporter des réponses. Ces questions nous semblent effectivement prioritaires, c'est pourquoi, nous pouvons regretter qu'en 2017, c'est-à-dire quelques mois avant la réalisation de cet état des lieux, plusieurs actions de médiation en santé aient été remises en cause notamment dans le département du Loiret. Il nous semble en effet regrettable que des actions mises en œuvre par des associations avec le soutien de bénévoles (permanences de médecins, d'infirmières, de pédicures, psychologues, etc.) et soutenues par l'agence depuis plusieurs années soient du jour au lendemain remises en cause sans diagnostic préalable du service rendu et de son intérêt pour le public concerné.

### PROPOSITIONS DE L'URIOPSS CENTRE

- Réaliser un diagnostic du service rendu et de son intérêt pour le public avant de remettre en cause le soutien financier apporté aux différents dispositifs.