

2nde partie

**Contributions spécifiques de
chaque fédération ou
organisme**

Avis fédéral sur le Projet Régional de santé d'Ile de France

1° Présentation de la fédération

Issu de la Fédération d'aides aux mères créée par Henriette VIOLLET en 1927, la fédération a été **reconnue d'utilité publique dès 1938**.

D'aide aux mères, la Fédération devient en 2000 la Fédération nationale d'Aide et d'Intervention A Domicile (FNAID). Cinq ans plus tard, nouvelle mutation importante, la FNAID et l'Union Nationale des Associations Coordinatrices de Soins et de Santé (UNACSS) unissent leurs réseaux pour devenir A DOMICILE Fédération nationale.

ADESSA A DOMICILE Fédération nationale est issue de la fusion absorption au 1^{er} janvier 2010 entre deux organisations, **A DOMICILE Fédération nationale et ADESSA** ; A DOMICILE Fédération nationale, reconnue représentative des centres de soins infirmiers, ayant absorbé la Fédération ADESSA.

ADESSA A DOMICILE représente quelque 400 associations et organismes gestionnaires publics et privés à but non lucratif. Ces structures emploient près de 40 000 salariés en France métropolitaine et dans les collectivités d'outre-mer.

Le réseau couvre les **22** régions françaises. Les associations et structures gestionnaires à but non lucratif sont présentes dans plus de **90** départements, dont les départements, collectivités et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Ile de la Réunion, Mayotte).

- ✓ **20 %** des structures interviennent exclusivement auprès des familles
- ✓ **83 %** des structures interviennent auprès des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap
- ✓ **85 %** des structures proposent des services à la personne
- ✓ **33%** sont des services de soins à domicile (Centres de Soins Infirmiers et Services de Soins infirmiers A Domicile) : 79 CSI, 58 SSIAD.

Mouvement associatif de référence en matière d'aide et de soins à domicile, ADESSA A DOMICILE Fédération nationale a une vocation généraliste, représentant des gestionnaires à but non lucratif du secteur de l'aide, du soin et du médico-social.

La Fédération privilégie une approche globale des personnes et une prise en charge sans discrimination, à tous les âges de la vie.

ADESSA A DOMICILE Fédération nationale représente plusieurs types de structures :

- Des services intervenant à domicile
 - dans le domaine médico-social
 - Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) à destination des personnes âgées, handicapées et des familles
 - Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)
 - dans le domaine sanitaire :
 - Centres de Soins Infirmiers (CSI)
- Des établissements concourant au soutien à domicile (accueils de jour).

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile, service médico-social, concourent notamment au soutien à domicile, à la préservation et à la restauration de l'autonomie pour les personnes avançant en âge et d'accompagnement et de compensation pour les personnes en situation de handicap dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien ou au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage.

Les SAAD assurent au domicile des personnes ou à partir du domicile, des prestations de d'aide à la vie quotidienne pour l'accompagnement et le soutien dans les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels de compensation aux limitations de l'autonomie, hors ceux qui sont réalisés sur prescription médicale.

Les SAAD interviennent au domicile des familles pour un accompagnement, un soutien à la parentalité (grossesse pathologique, sortie précoce de maternité, maladie du parent, de l'enfant,...) ainsi que pour des missions éducatives auprès des familles confrontées à des difficultés d'éducation, de scolarisation, d'insertion sociale, de précarité économique, ...

Les services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

- ~ de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ;
- ~ de personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ;
- ~ de personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées.

Le SSIAD favorise le maintien ou le retour à domicile, en préservant ou en améliorant l'autonomie de la personne.

Les centres de soins infirmiers

Les centres de soins infirmiers qui sont une catégorie de centres de santé sont considérés par le code de santé publique comme des services de santé concourant à l'offre de premier recours. Ces structures de proximité sont, de par leur organisation, une alternative entre l'établissement de santé et l'ambulatoire.

Les centres de soins infirmiers ont pour rôle de :

- Permettre le retour et le soutien au domicile des usagers dans les meilleures conditions. Les centres de soins infirmiers permettent le maintien à domicile des personnes, qu'elles soient, âgées, handicapées, dépendantes, isolées, atteintes de maladies chroniques ou en phase de retour à domicile suite à une hospitalisation ;
- Favoriser l'éducation du patient et de son entourage notamment dans le cadre de pathologies chroniques ;
- Dispenser des soins infirmiers ambulatoires (soins infirmiers techniques et soins d'hygiène et de nursing) et en assurer la continuité ;
- Mener des actions de santé publique collectives ;
- Assurer une prise en charge globale (soins préventifs, éducatifs, curatifs, palliatifs...).

Les infirmiers (es) salariés du centre effectuent les soins infirmiers, sur prescription médicale, à domicile ou au centre en salle de soins. Néanmoins, la grande majorité des actes sont réalisés à domicile, faisant des CSI des acteurs de la filière du soutien à domicile.

Les centres de soins infirmiers sont généralement dirigés par un infirmier coordinateur et sont dotés d'un secrétariat.

Les centres de soins infirmiers assurent les soins 7 jours sur 7, 365 jours sur 365, voire 24 heures sur 24.

Les centres de soins infirmiers mettent en place une coordination interne et externe et le tiers payant.

Les accueils de jour

Etablissements médico-sociaux, l'accueil de jour a pour objectif de proposer des réponses alternatives pour les personnes limitées dans leur autonomie, qu'elles soient âgées ou en situation de handicap, afin de leur permettre de continuer à vivre à leur domicile, si elles ont en fait le choix. L'accueil de jour, même si ce n'est pas son objectif premier, est également une réponse apportée aux aidants familiaux.

Pour les personnes âgées, l'accueil de jour contribuera à la préservation et à la stimulation de l'autonomie et du lien social.

Pour les personnes en situation de handicap, l'accueil de jour contribuera à la préservation du lien social et sera un lieu collectif d'intervention de professionnels en fonction des formes de handicaps.

Pour les aidants familiaux, l'accueil de jour sera un lieu de contact et d'échanges et, également, une réponse au répit physique et psychologique dont les proches ont besoin.

Si le Plan Solidarité Grand Age [PSGA] et les plans Alzheimer ont contribué au développement des accueils de jour « personnes âgées », toutefois de façon inégale sur les territoires, il n'en est pas de même pour répondre aux attentes des personnes en situation de handicap.

2° Avis sur le projet régional de santé et les positionnements fédéraux

ADESSA A DOMICILE défend la notion de prise en charge globale de la personne. Cela se traduit notamment par la coopération entre les structures, la coordination interne et la prévention, et ce afin que l'intégralité des besoins de la personne soit identifiés et satisfaits dans les meilleures conditions.

~ Dans ce sens, il est primordial d'**améliorer la sortie d'hospitalisation, de développer des conditions satisfaisantes de retour à domicile**

Les sorties doivent être anticipées au maximum afin notamment de permettre de contacter le plus rapidement possible les structures d'aval pour organiser le retour à domicile dans de bonnes conditions.

Cela passe par la conclusion systématique de conventions de partenariat entre les établissements de santé et les structures participant au soutien à domicile (SAAD, SSIAD, CSI, HAD...). La structure contactée aura la charge d'organiser les visites d'évaluation de la personne dans l'établissement de santé et à son domicile avant sa sortie en fonction de ses compétences et en lien avec les autres structures environnantes. Cette évaluation aurait pour objectif d'apprécier les besoins de la personne afin de préparer au mieux son retour à domicile.

Pour ce faire les établissements de santé devraient disposer d'un recensement de l'offre sanitaire et médico-sociale environnante intervenant à domicile. Ce document décrirait également le rôle et les missions des services.

La condition sine qua none de la mise en place de ces évaluations est leur financement.

Spécifiquement, comme indiqué dans le chapitre de la périnatalité, il est essentiel que dans les conditions du retour à domicile – élément clé du projet de naissance – les services d'aide à domicile aux familles soient associés suffisamment en amont pour permettre une préparation et une coordination satisfaisantes.

~ L'accent doit également être mis sur **la prévention de la perte d'autonomie**.

Cette prévention passe par **la mise en sécurité du domicile et l'adaptation de celui-ci à la perte d'autonomie**. Bien que privé, le domicile doit être adapté aux limitations d'autonomie de la personne et à la sécurité nécessaire pour les intervenants professionnels ainsi que les aides techniques contribuant au respect des personnes, aidantes et aidées.

Il faut limiter les risques de la vie à domicile des personnes vieillissantes, sensibiliser la famille aux enjeux et mettre les salariés dans des conditions techniques d'intervention en respect des risques professionnels et de maltraitance ; être à même de suivre ensuite les dispositions prises.

~ Elaborer **un guide transversal d'accès à l'information, aux services disponibles et aux conditions d'accès**.

La complexité de nos systèmes, la diversité des aides, la multiplicité des initiatives en faveur d'un accompagnement précoce de la perte d'autonomie, des retours à domicile, les lieux d'information et les prestataires de service ne sont pas suffisamment visibles.

Pourtant, une meilleure fluidité des informations contribuerait à une meilleure anticipation des situations à risque.

Les cibles d'un tel thésaurus seraient, bien entendu, les personnes âgées et leur entourage mais aussi les médecins traitants, les caisses de retraite, les collectivités locales, les services sociaux des municipalités, les assistants de services sociaux des hôpitaux, tout autant que les réseaux et les professionnels de la périnatalité ...

~ Mettre en œuvre **des visites de convivialité - Soutien relationnel** (et psychologique le cas échéant) **à domicile**

Les personnes vieillissantes souffrent de leur isolement social.

Il est prouvé que cet isolement est facteur de perte d'autonomie anticipée, se donner les moyens d'y remédier est donc une façon de retarder les effets du vieillissement, tant d'un point de vue humain qu'économique.

~ **Préserver l'autonomie des gestes de la vie quotidienne**

Des personnes peu actives voient leur autonomie se dégrader rapidement.

Prévenir et retarder la perte d'autonomie en favorisant une dynamique et l'entretien des facultés physiques et du lien social.

Impliquer les personnes ayant de faibles pertes d'autonomie dans la stimulation des gestes de la vie courante et des facultés intellectuelles et sociales.

Ces séances de préservation de l'autonomie pourraient s'inspirer des soins de réhabilitations et d'accompagnement réalisés par des ergothérapeutes ou des psychomotriciens dans le cadre des équipes spécialisées Alzheimer.

- ~ ADESSA A DOMICILE est particulièrement attentive à ***l'identification des centres de santé et notamment des centres de soins infirmiers dans le système de santé***. Ces structures sont des acteurs à part entière de l'offre de soins de premier recours et ne doivent pas être mis à la marge.

Il est primordial notamment au regard de ce que représentent les centres de santé en Ile de France que leur rôle et leurs missions soient bien identifiés dans le projet régional de santé. Les organisations gestionnaires de ces centres ont réaffirmé leur volonté de porter le développement de ces structures qui favorisent l'accessibilité aux soins et permettent un exercice regroupé et coordonné.

Les centres de soins infirmiers sont des acteurs à part entière de la filière du maintien/ soutien à domicile et de la filière gériatrique, ils doivent dès lors être identifiés à ce titre dans le PRS :

Identifier les centres de soins infirmiers au même titre que les infirmiers libéraux. En effet, les centres de soins infirmiers interviennent en collaboration avec les HAD et les SSIAD et participent à la prise en charge à domicile :

- page 130/ milieu de la page 258 / page 263 / p.262 / fin de la page311 / début de la page 312 / fin de la page 313 / milieu de la page 316 / en dessous du point 13.5.5 page 318 / page 319 / page 571 du volet thématique du SROS
- page 27 du SROS médico-social inscription des centres de soins infirmiers dans la filière gériatriques

Mentionner les centres de santé au même titre que les maisons de santé :

- Page 36 et page 571 du volet thématique du SROS

- ~ ADESSA A DOMICILE plaide en faveur d'une ***définition précise du rôle et des missions de chaque acteurs de la filière du domicile afin d'éviter les chevauchements ou les ruptures de prises en charge***. Il est primordial que chaque acteur sache identifier ses partenaires et qu'il connaisse à la fois son champ d'intervention et celui des autres services.

Page 300 « 13 – HAD »

Afin d'éviter une superposition de l'offre, il faut mettre en relation le développement de l'HAD avec l'offre de soins infirmiers sur le territoire (CSI / SSIAD / infirmiers libéraux) et ce, même si normalement les indications pour la prise en charge ne sont pas identiques. En effet, il est constaté sur le terrain que certaines HAD récemment créées ont tendance à prendre en charge des patients qui devraient normalement être suivis en SSIAD ou en CSI.

Il est important de bien identifier et de mettre en relation les compétences et rôles de chacun dans la filière du domicile.

L'HAD doit également se coordonner avec les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour favoriser une prise en charge globale de la personne.

- ~ ADESSA A DOMICILE souhaite que ***les acteurs déjà installés sur les territoires soient valorisés avant de créer de nouvelles structures***. Il est primordial de s'appuyer sur l'existant avant de recréer et financer une offre quasiment identique. Il n'en demeure pas moins que l'existant peut avoir besoin d'être amélioré afin de répondre totalement aux objectifs et aux besoins.

Dans ce sens, nous nous interrogeons sur l'objectif décliné à la page 35 du SROS médico-social, à savoir favoriser le concours des EHPAD à l'accompagnement à domicile.

Si le but recherché est la coordination entre les établissements et les services, nous y sommes favorables. Mais compte tenu que l'objectif serait l'accompagnement au retour à domicile, il nous semble primordial que la démarche s'appuie prioritairement sur les SAAD pour qui le domicile est le domaine de prédilection. Une procédure type de coordination pourrait être proposée pour harmoniser les pratiques.

Par contre si l'objectif est le développement des services de l'EHPAD qui est visé nous ne pouvons pas y être favorables. En effet, il est primordial de prendre appui sur les services existants, de favoriser les collaborations avant d'imposer un nouvel acteur sur le champ du domicile qui nécessite des compétences et connaissances spécifiques.

- ~ ADESSA A DOMICILE demande ***un traitement égalitaire des centres de santé et des centres de soins infirmiers par rapport aux maisons de santé pluridisciplinaires et aux infirmiers libéraux.*** Dans ce sens, une analyse fine du SROS ambulatoire a été conduite.

p.25 du SROS ambulatoire :

En écho à ce que nous avons exprimé précédemment, nous considérons qu'il convient de s'appuyer sur les structures existantes avant d'en créer de nouvelles. Les centres de santé médicaux et polyvalents constituent une offre de soins relevant du premier recours, pratiquant des tarifs opposables, le tiers payant, permettant ainsi l'accès de tous aux soins. Cette offre doit être soutenue politiquement et financièrement au même titre que les maisons de santé.

Par ailleurs, dans les territoires en déficit médical, il peut être envisagé que les centres de soins infirmiers accueillent des vacations de médecin ou d'autres professionnels de santé, voire développent des protocoles de coopération (article 51 Loi HPST) sous réserve du financement des actes « délégués ».

p.37 du SROS ambulatoire :

Les centres de santé devraient pouvoir bénéficier du même volume pour les aides à l'installation que les professionnels de santé libéraux.

p.54 du SROS ambulatoire :

Il faudrait également présenter l'exercice en centre de santé aux étudiants en médecine. Il faudrait prévoir des témoignages de médecins exerçant en centre de santé. Les PAPS doivent bien présenter les centres de santé.

p.56 du SROS ambulatoire :

Promouvoir l'exercice salarié au même titre que l'exercice libéral.

p.63 du SROS ambulatoire :

Il faut également prévoir l'accompagnement des porteurs de projets de création de centres de santé.

p.65 du SROS ambulatoire :

Les travaux sur le modèle économique des centres de santé doivent être mis en cohérence avec les travaux qui vont être engagés au niveau national que ce soit avec le Ministère ou avec l'assurance maladie.

p.77 du SROS ambulatoire :

« Les soins infirmiers de premier recours peuvent être dispensés également par les services infirmiers des centres de santé ou par les services de soins infirmiers à domicile. » Il faut rajouter les centres de soins infirmiers à cette énumération.

p.78 du SROS ambulatoire :

Il faut également promouvoir l'installation des centres de soins infirmiers.

p.82 du SROS ambulatoire :

Les centres de soins infirmiers composent également l'offre de soins de premier recours, il convient de les y intégrer.

p.103 du SROS ambulatoire :

Intégrer les centres de soins infirmiers dans la filière du maintien/ soutien à domicile et dans la filière gériatrique.

- ~ **Dans le volet Périnatalité** du SROS thématique ADESSA A DOMICILE demande que ***l'aide aux familles à domicile soit intégrée*** comme un accompagnement indispensable complémentaire du suivi de la santé de la mère et de l'enfant, lors de la sortie de maternité.

p.96 du SROS thématique Périnatalité : Définir en commun un vrai projet périnatal

Pour la 5^{ème} étape « Après le retour à domicile ... » intégrer en complément de l'entretien post-natal, la préconisation d'une intervention de professionnels de l'aide à domicile, notamment dans les situations de repérage de vulnérabilité psychologique et/ou sociale.

p.96 et 97 du SROS thématique Périnatalité : Mieux accompagner la sortie de maternité

Pour les sorties précoces entre J0 et J2, dans le cas de postpartum pathologique avec une prise en charge HAD, dans le cas de post-partum présentant des vulnérabilités psychologiques et/ou sociales, il est essentiel d'insister sur la nécessaire complémentarité à développer entre les différents services concernés et les services d'aide à domicile spécialisés dans l'aide aux familles, avec des professionnels compétents et formés sur ces thématiques.

Le 22 novembre 2012

Contact :

Aurore Rochette

Déléguée santé et soins

ADESSA A DOMICILE Fédération nationale

Tél : 01 44 52 82 89

Email : a.rochette@adessadomicile.org



Proposition de contribution aux schémas d'organisation sanitaire et médico-social

La Fnars IdF et la Fédération Addiction ont souhaité apporter une contribution commune à l'élaboration des schémas et du PRS afin de mettre en évidence les problématiques spécifiques liées à la précarité, aux pathologies chroniques et aux addictions.

Tout d'abord il est utile d'identifier que, Ces trois problématiques sont présentes dans les différents schémas ainsi qu'au niveau du PRS. La question des addictions est une priorité régionale de santé de même que la précarité et les pathologies chroniques. Elles doivent apparaître sur l'ensemble des schémas ainsi qu'au PRS en tant que problématique transversale. Il s'agit de cette manière d'inciter l'ensemble des professionnels à mettre en œuvre des complémentarités de compétences au-delà des champs et des secteurs d'intervention

Rappelons en effet que le rapport sur la santé des personnes sans chez soi de 2009, indiquait que 16% de cette population s'estimait en mauvaise santé (soit 5 fois plus que dans la population générale), 65% déclarent 2 fois plus souvent souffrir d'une ou plusieurs maladies (soit 2 fois plus qu'en population générale) et, quelle que soit la maladie physique considérée (hypertension, maladies respiratoires, etc.), la prévalence est toujours plus importante chez les sans domicile que dans l'ensemble de la population. Il pointait également une surmorbidity psychiatrique pour cette population.

D'une manière générale nous pouvons déplorer un manque d'analyse des besoins, du fait notamment de l'absence d'études et de données objectivées, sur la problématique de la précarité.

Si les addictions touchent un large public, la précarité rend plus complexe la prise en charge des personnes. Les réponses se construisent donc à la croisée des chemins entre sanitaire,

médico social et social ; aussi, afin de gagner en efficacité des différents schémas, une meilleure articulation de ces derniers entre eux nous semble nécessaire.

En ce qui concerne le schéma sanitaire :

Nous pouvons déplorer la difficulté pour le secteur hospitalier de recevoir de manière adaptée les personnes en situation de précarité du fait de ses propres contraintes (durée moyenne de séjour notamment).

Le rapport sur la santé des personnes sans chez soi de 2009, constatait un retard à consulter souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes : moindre souci porté à sa santé, moindre priorité accordée aux soins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux et vitaux urgents, méconnaissance du système de soins, etc. Mais le retard à consulter pouvait également s'expliquer du fait de dysfonctionnements du système de soins, notamment hospitalier, face à une population qui sort du cadre habituel.

Nos propositions :

La valorisation des codes Z, comme demandée lors des Etats Généraux du VIH, permettrait au secteur hospitalier de prendre en charge plus aisément ce public.

Il nous semble indispensable que l'ensemble des hôpitaux d'aigu (MCO) disposent systématiquement d'une PASS hospitalière intégrant un volet pharmacie.

Enfin, des objectifs doivent être fixés aux services de soins de suite quant à l'accueil des personnes en situation de vulnérabilité qui y sont actuellement difficilement admises. L'offre de soins sanitaire des addictions doit s'inscrire dans une offre complémentaire au médico-social, favorisant les collaborations partenariales de ces deux secteurs et la ville.

En ce qui concerne le schéma médico-social :

Il est essentiel de favoriser l'accès au droit commun des personnes en situation de précarité pour le champ médico social et notamment pour les établissements accueillant des personnes âgées, personnes handicapées.

Notre proposition :

Afin de faire évoluer les pratiques, il serait nécessaire d'intégrer aux appels à projets à venir une dimension sur l'accueil des personnes en situation de précarité (par exemple en intégrant un pourcentage minimum de personnes relevant de l'aide sociale dans les futurs EHPAD). L'innovation nous semble être, dans ce cadre, l'outil adapté, via notamment la formation des équipes et la mise en place d'équipes d'accompagnement dédiées.

En ce qui concerne plus particulièrement le PRIAC, nous déplorons qu'un tel outil de planification n'existe pas pour le secteur personnes en difficulté spécifique.

En ce qui concerne le schéma prévention :

Nous regrettons que la prévention ne représente que 0.3% du budget de l'Agence Régionale de Santé d'IdF alors même que les dispositifs de prévention sont de nature à réduire durablement les inégalités de santé et à impacter de manière significative sur la santé des franciliens.

A ce titre nous proposons que les différents schémas intègrent un volet prévention complémentaire. De même qu'il apparaît important que la question soit portée au niveau national afin que la politique de prévention attendue puisse pleinement développer des dispositifs pérennes de prévention notamment sur la question des addictions.

En ce qui concerne le PRAPS :

Même si nous saluons la qualité du travail effectué, le PRAPS est globalement insuffisamment prospectif. En outre il ne dispose d'aucun moyen dédié et aucun des schémas ne prévoit de moyen dédié au PRAPS. A ce titre à défaut de moyen pour mettre en œuvre ces orientations le PRAPS risque de rester lettre morte.

Nous proposons donc que chaque schéma décline les modalités de mise en œuvre du PRAPS.

En conclusion, il nous semble nécessaire de passer d'une démarche sectorielle à une démarche articulée des différents schémas tant en terme de champs d'intervention que de territoires.

De plus, nos fédérations auraient souhaitées que les schémas et le PRS actent la nécessité d'étendre la démocratie sanitaire aux représentants d'usagers qui en sont le plus éloignés : personne en situation d'addiction, de précarité ...

Paris le 23/11/2012

La Fédération Addiction et la Fnars IdF

Avis de la Délégation Régionale FEGAPEI Ile-de-France sur le Projet Régional de Santé soumis à concertation

Nous avons participé à la rédaction de l'avis inter-fédéral des représentants du secteur privé non lucratif sur le projet de PRS; cet avis vous a été communiqué de manière groupée.

La présente note, propre à la FEGAPEI et au secteur médico-social accompagnant les personnes handicapées, fait d'ailleurs partie des documents constituant le corps de la contribution globale aux côtés des autres signataires de l'avis inter-fédéral.

Nous nous limitons dans le présent document à insister sur les points qui nous paraissent les plus significatifs pour ce qui nous concerne directement, et à effectuer quelques développements spécifiques et concrets.

En effet, et précisément parce que nous reconnaissons tout à fait l'important travail effectué, dans des conditions extrêmement compliquées, par les équipes de l'Agence Régionale de Santé, tant au niveau de la Région que des Délégations Territoriales, il nous semble particulièrement regrettable que la vision donnée par le PRS ne soit pas suffisamment concrète.

Malgré ses avancées, le texte proposé reste en retrait à la fois des positions prises par le nouveau Gouvernement (à confirmer) mais aussi d'options opérationnelles déjà prises par l'ARS et notamment dans le PRIAC.

Nos principaux commentaires et critiques sont les suivants, que nous avons répartis en deux catégories:

- ✓ 4 "éléments-clés" indispensables à ajouter, dans une logique générale d'amélioration des différentes formes de coopération,
- ✓ 3 pistes de réflexion à engager rapidement.

Jean-Jacques HESSIG
Délégué Régional FEGAPEI Ile-de-France

21 novembre 2012



Coopérations territoriales : les points-clés à ajouter au Projet Régional de Santé

Les propositions que nous développons ci-dessous sont liées à un travail commun avec les autres acteurs et nous semble fortement consensuelles.

Sur le terrain, la coopération existe, parfois inégale et/ou épisodique, souvent fructueuse et quotidienne et nous savons que l'ARS est en attente de toute coopération possible et utile. A ce titre, nous souhaitons que la **coopération sous toutes ses formes soit à la fois retenue comme priorité au sein du PRS, mais apparaisse également en filigrane de chaque priorité** relative au handicap et secteur médico-social.

Au-delà des volontés d'agir communes, l'élément majeur qui doit absolument apparaître dans le PRS et être mis en œuvre lors de toutes actions est celui d'une **fongibilité asymétrique des enveloppes budgétaires prévue par la loi Hôpital Patient Santé Territoires**.

Enfin, sans oublier la coopération nécessaire entre l'ARS et les Conseils Généraux, notamment en termes de programmation des appels à projets, nous insistons sur 4 éléments particuliers :

1. Connaissance approfondie des besoins et des profils des personnes handicapées.

Le retard en matière d'analyse des besoins et des attentes est considérable et commence seulement à se combler (points départementaux sur les personnes sans solution). Les MDPH sont légalement responsables de cette mission de proximité. Le SROSMS insiste d'ailleurs sur cette priorité.

Toutefois la connaissance des besoins ne doit pas se limiter à une photographie actuelle mais être envisagée dans une **dimension prospective** (projection des parcours de vie, adaptation des ESMS, GPEC, formation des professionnels) et accompagnée d'une **analyse des profils, besoins et attentes des personnes handicapées**.

Cette analyse croisée des besoins au sens large doit être **une priorité collective et multi-acteurs** (ex: déclarations obligatoires des établissements, y compris ceux relevant du sanitaire).

Idéalement (mais aussi pratiquement) **la solution à mettre en œuvre se situe au niveau régional** et doit impliquer l'ensemble des MDPH: il appartient à l'ARS de la promouvoir et de la coordonner.

2. Coopération avec l'Education Nationale

Depuis 2005, l'Education Nationale est un acteur à la fois obligatoire et essentiel du parcours de vie des enfants, adolescents et même adultes handicapés. Au regard des espoirs des familles, mais aussi des difficultés d'accueil notamment en cas de troubles de comportement, il est essentiel que cette priorité soit reprise dans le PRS, en articulation avec les dispositifs relevant du champ de l'ARS : que seraient les SESSADs sans possibilité de scolarisation ?



L'ARS doit impulser une **dynamique partenariale avec l'Education Nationale et le PRS reprendre des éléments clés sur les objectifs et les moyens de la scolarisation.**

Il est particulièrement essentiel de traiter de manière urgente et de définir les objectifs concernant:

- d'une part l'accompagnement et les prises en charges précoces découlant des avancées en termes de repérage et de diagnostics, notamment dans le champ de l'autisme,
- d'autre part l'effet des déscolarisations, au moment du cours préparatoire, et après 12 ans, sur le fonctionnement des SESSADs (+ de temps d'accompagnement), sur le nombre de places requises en IME et sur le seuil d'ouverture des IMPros.

3. Projets interdépartementaux et régionaux

Au moment où les travaux sur le PRS se terminent, il demeure encore très difficile de concevoir des projets interdépartementaux et/ou régionaux (un seul projet sans affectation territoriale, une MAS, sur les 12 appels à projets prévus dans le calendrier prévisionnel de l'ARS paru le 15 juin 2012).

Or il s'agirait là à la fois d'une source importante d'économies d'échelle mais aussi aurait vertu d'exemplarité. De plus certains domaines, comme celui de l'accueil temporaire se prêtent particulièrement à cette logique régionale, lorsque la proximité quotidienne n'est pas l'exigence principale.

4. L'effectivité de la fongibilité asymétrique

La fongibilité asymétrique (des enveloppes sanitaires vers le médico-social) a été l'élément de la loi HPST, qui, au moment des débats, a permis à une bonne partie du secteur médico-social de soutenir le projet de réforme.

Plus de trois ans après l'entrée en vigueur de cette loi, la mise en œuvre de la fongibilité asymétrique tarde à se concrétiser, notamment au sein de la Région Ile-de-France dans laquelle un seul projet a bénéficié (et partiellement) de cette logique (Département 91). Par ailleurs, dans certaines régions, cette fongibilité a été mise en œuvre par un même opérateur, sans passer par la procédure d'appel à projet, ce qui soulève des questionnements quant à sa transparence.

Nous déplorons cette situation qui va à l'encontre d'une véritable dynamique d'accompagnement adapté aux besoins spécifiques des personnes et qui empêche en particulier l'émergence de solutions spécifiques et innovantes pour les personnes handicapées psychiques et les personnes avec autisme. Nous souhaitons ainsi que les modalités de mise en œuvre de la fongibilité asymétrique des enveloppes du secteur sanitaire vers le **secteur médico-social soient effectives et transparentes et à ce titre inscrites comme priorités au sein du PRS.**

Pistes de réflexions à engager rapidement

Trois autres "éléments-clés" sont absents du projet de PRS, car ne dépendant pas directement du champ de l'ARS Ile-de-France. Mais les travaux à effectuer sont essentiels pour la réussite des objectifs poursuivis par l'ARS, avec l'appui de la CNSA et de la DGCS.

A ce titre, ils devraient apparaître dans tout PRS.

1. Refonte de la Formation professionnelle initiale et continue

La Formation professionnelle initiale et continue est reconnue comme une priorité par tous les acteurs pour une adéquation aux besoins identifiés en termes de population accueillie et d'emplois à pourvoir.

La formation initiale dans le champ médico-social (notamment pour les qualifications du travail social) repose majoritairement sur une alternance entre une formation théorique en centre de formation et une formation pratique dans les établissements. Cette alternance permet de structurer les connaissances et compétences des futurs professionnels.

Les structures d'accueil de stage sont au même titre que les centres de formation des « sites qualifiants / apprenants ». Il importe aujourd'hui d'engager un travail sur ces deux pans pour que l'offre de formation initiale soit adaptée aux enjeux du secteur de l'accompagnement des personnes handicapées.

Concernant la formation théorique, il importe de mobiliser les centres de formation et les IRTS pour que des heures soient consacrées à la formation des futurs salariés sur les modalités d'accompagnement attendues dans les associations du secteur du handicap, en créant des modules ad'hoc.

Au-delà, nous souhaitons que l'ARS, le Conseil Régional et les Conseils Généraux se coordonnent pour obtenir, sur une base interministérielle, les réformes nécessaires au contenu des programmes (très marqué par la psychanalyse, d'ailleurs) et à leur enseignement.

Des initiatives ont eu lieu en ce domaine, notamment dans le champ de l'autisme, mais restent trop marginales.

Pour la qualité du contenu de la formation initiale quant à l'accompagnement des personnes handicapées, au côté des OPCA concernés et des autres acteurs, un financement ad'hoc pourrait être prévu pour **accélérer le processus d'actualisation des connaissances** des formateurs en demandant **aux centres de formation et aux IRTS de consacrer un temps d'enseignement suffisant** sur le sujet.

Concernant la formation pratique, comme le souligne le rapport intitulé « Le tutorat de futurs cadres du secteur social : analyse d'une pratique de la démarche de site qualifiant » publié par le CEREQ, la culture en matière d'accueil de stagiaires est très hétérogène et souvent développée de façon empirique. Les structures et leurs responsables n'ont pas toujours eu l'opportunité de se pencher sur les textes législatifs de référence, ou de prendre du recul par rapport à leur pratique tutorale (peu de formations de tuteurs, peu de production d'outils de suivi de stagiaires, etc.).

Or, la qualité des conditions de stage constitue un des enjeux majeur pour la qualité de la formation initiale. Aussi, souhaitons nous que l'ARS en lien avec le Conseil Régional et les Conseils Généraux se coordonnent pour **accompagner en termes de moyens les associations** qui prennent le temps de s'investir sur des missions de sites qualifiants, d'entreprises apprenantes dans le cadre de l'accompagnement des personnes handicapées.

Concernant la formation continue, l'ARS pourrait être moteur d'initiatives d'actions de formation sur les différents sujets concernant l'accompagnement des personnes handicapées à destination des acteurs multiples pouvant intervenir dans ce champ (médecine ambulatoire, acteurs du sanitaire) en s'appuyant sur les principaux objectifs du PRS. Ces actions de formation pourraient être élaborées et cofinancées avec les autres acteurs de la formation (OPCA, Conseil régional...).

L'ARS Ile-de-France doit se positionner en tant qu'acteur des réformes de la formation professionnelle à construire ensemble si les objectifs du PRS doivent être atteints, tous secteurs confondus.

2. Vigilances financières

Dans un contexte gouvernemental du maintien de l'effort en faveur des personnes handicapées, les associations gestionnaires s'engagent, à leur tour, à poursuivre leurs efforts dans la gestion de leurs établissements et services, notamment par la maîtrise des dépenses et la recherche de gains d'efficacité (meilleures prévisions, gestion améliorée et pluriannuelle des enveloppes, mutualisations et rapprochements...).

Cependant il n'est pas cohérent d'impacter la qualité des prises en charge et accompagnement, alors même que les textes réglementaires, la parution de nouvelles normes et le progrès des méthodes éducatives augmentent les exigences en la matière.

Nous attirons l'attention de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social et plus particulièrement l'attention de l'ARS Ile-de-France sur la nécessité de **ne pas compenser la création de places nouvelles par la baisse de la qualité**. Les déclarations gouvernementales vont dans le même sens.

A ce titre une application "aveugle" de la **convergence tarifaire serait dangereuse** tant les situations sont différentes en (France et en) Ile-de-France, en termes d'immobilier, de taux d'évolution de la masse salariale et surtout de profils accueillis et de méthodes d'accompagnement.

3. Assurer un accompagnement des personnes handicapées vieillissantes adapté et sans rupture

Il s'agit clairement d'une des priorités retenues dans le PRS, mais qui, à l'instar de la prise en charge précoce (à l'autre bout de la chaîne de la vie), n'est pas suffisamment reflétée dans le PRIAC, ni dans les calendriers prévisionnels parus jusqu'ici.

L'espérance de vie des personnes handicapées a sensiblement augmenté ces dernières années en France. Cependant, il existe actuellement fort peu de solutions adaptées aux besoins spécifiques des personnes handicapées vieillissantes qui, trop souvent encore, sont orientées vers des établissements inadéquats, tels les EHPAD.

Une telle démarche conduit à une véritable rupture dans leur parcours de vie. De même, les besoins en soins, plus importants lors de l'avancée en âge, posent la question de l'adaptation du fonctionnement des ESMS et de la formation des professionnels du handicap face au phénomène du vieillissement des personnes handicapées.

Fort de ce constat, la FEGAPEI a mené une réflexion sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, notamment avec le concours du Groupement de priorités de santé dédié à cette thématique.

Ainsi, pour la Fédération, l'un des enjeux majeurs en la matière réside dans le financement des structures médico-sociales permettant un accompagnement adapté et sans rupture aux personnes handicapées avançant en âge.

Nous préconisons :

- ✓ la mise en place d'une fongibilité d'une partie de l'enveloppe «personnes âgées» vers l'enveloppe « personnes handicapées» afin de favoriser le développement des projets innovants en la matière,
- ✓ l'expérimentation du parcours de soins des personnes âgées en faveur des personnes handicapées vieillissantes afin de promouvoir des projets-pilotes associatifs mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation et permettant un meilleur accès aux soins,
- ✓ le développement du travail en réseau avec les maisons de retraites et les diverses autres institutions en charge de ces questions, sous l'égide de l'ARS, un peu comme cela est fait pour le l'accompagnement des enfants et adolescents en collaboration avec l'Education Nationale.

Nous sommes tout à fait prêts à nous investir dans un groupe de travail transversal dédié.

Principales conclusions des propositions d'ajout au projet de PRS

Il est nécessaire d'engager des réformes structurelles, dont une grande partie est à la main de l'ARS et des Conseils Généraux, telles que :

- ✓ une répartition plus claire des rôles des secteurs sanitaire et médico-social, avec le transfert et la fongibilité des sommes correspondantes,
- ✓ une application effective et transparente du principe de fongibilité asymétrique,
- ✓ une évaluation beaucoup plus fine et approfondie des profils, besoins et attentes des personnes handicapées accueillies ou non (cf. point 1 ci-dessus),
- ✓ une exigence forte du respect des nouvelles normes d'accompagnement,
- ✓ la redéfinition de la participation de l'Assurance Maladie aux budgets des FAMs, etc...

et, plus généralement, l'ensemble des propositions reprises dans l'avis interfédéral (d'ordre plus global et concernant l'ensemble du PRS), que nous avons cosigné et que nous joignons en annexe à ce document.



La FEGAPEI, fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées, fédère 500 associations et 4000 établissements et services pour personnes handicapées et fragiles. Ces établissements et services emploient 120 000 salariés et accompagnent plus de 240 000 personnes.

A travers la diversité de leurs activités, les associations adhérentes à la FEGAPEI interviennent sur tous les types d'accompagnement :

- L'accompagnement des enfants et des adultes ;
- L'hébergement ;
- Le travail protégé et les entreprises adaptées ;
- L'accompagnement à domicile.

A ce titre, la fédération et les associations qu'elle représente, se positionnent, en tant qu'acteurs de santé*, sur les enjeux du secteur (scolarisation, vieillissement, autisme, handicap psychique, ...), en apportant analyse, préconisations et outils et en portant des projets innovants.

Parmi les associations adhérentes à la FEGAPEI figurent également des services tutélaires et des Unions départementales des associations familiales, qui assurent une protection juridique aux personnes vulnérables.

La FEGAPEI, en tant que syndicat d'employeurs, défend les intérêts des associations dans leur fonction d'employeur (convention collective, accords de branche, etc.), associations dont leur cœur de métier est l'accompagnement des personnes handicapées et fragiles.

Par ailleurs les Groupements en charge des Priorités de Santé, qu'elle a initiés, correspondent aux priorités définies par l'ARS, et nous mettent en position de répondre très vite aux initiatives et demandes provenant des autorités de tarification (avis, groupes de travail, innovations...).

Pour en savoir plus : www.fegapei.fr

* Santé, au sens de la définition de l'OMS : un état de complet bien-être physique, mental et social.

AVIS SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE Ile de France

A - SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

Le Projet Régional de Santé, soumis à concertation officielle dans l'ensemble de ses composantes, engage une nouvelle conception de la planification régionale en s'appuyant sur des logiques de transversalité, de coopération, de territorialisation nécessaire et d'efficience du système de santé.

Les enjeux franciliens sont désormais connus de tous, partagés dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), et les différents schémas et programmes viennent en préciser les actions concrètes à mettre en œuvre sur le terrain.

Il y a lieu toutefois d'enrichir le travail remarquable réalisé par l'ARS Ile-de-France en vous soumettant les positions de notre secteur privé non lucratif sur cinq axes considérés comme prioritaires pour nos établissements et services.

I. ADAPTER LES PARCOURS AUX NOUVEAUX BESOINS DES USAGERS ET CONCEVOIR UNE COORDINATION TERRITORIALE EFFICIENTE

Les deux axes attendus du PRS Ile de France, un parcours de santé global et la réduction des inégalités de santé, sont étroitement liés et l'organisation des réponses doit être envisagée en termes de projets territoriaux et locaux de santé.

« C'est le principe même d'une organisation globale et intégrée du système de santé qui semble permettre l'émergence de politiques publiques coordonnées, se donnant comme objectif affiché, la lutte contre les inégalités de santé ».

Nous insistons sur le levier majeur d'une telle politique, consistant dans une organisation :

- territorialisée,
- de proximité,

- **alliant tous les professionnels concourant au système de soins de premier recours, dans un cadre de travail approprié pour faciliter l'accès des personnes,**
- **en capacité de s'élargir aux professionnels des champs social, médico-social et hospitalier,**
- **et assurant la prise en compte de l'accessibilité financière (tarif conventionné opposable et tiers-payant de principe).**

Ainsi, la territorialisation de proximité des parcours permettra d'optimiser la prise en charge des usagers en premier recours et d'adapter les organisations des prises en charge dans les établissements de santé désormais confrontés à une mutation stratégique.

➤ L'INTEGRATION DE LA TRANSVERSALITE

A la lecture globale du SROS hospitalier, nous notons qu'un très grand nombre de volets thématiques font référence au schéma ambulatoire et/ou médico-social. Cette analyse décloisonnée des activités de soins répond aux enjeux régionaux mais également aux enjeux de reconnaissance et de développement du secteur privé non lucratif dans l'ensemble de ses composantes et de ses terrains d'intervention.

Il convient à ce titre de mettre en exergue la qualité de construction du volet psychiatrie du SROS où l'ensemble des composantes du soin, de la prévention et notamment de la réinsertion sont prises en compte de manière synchrone, diversifiée et graduée en fonction des publics.

Les réponses transversales et spécialisées actuelles apportées par le secteur privé non lucratif, méritent d'être reconnues et soutenues. Elles se caractérisent en effet par une activité souvent hors sectorisation, transverse, coordonnée avec les acteurs de chaque territoire concerné, bassin de vie des personnes et des familles.

➤ L'ADAPTATION DES PARCOURS

Face au vieillissement de la population, à la chronicisation et à la complexité des pathologies, il nous semble important d'insister sur ce nouvel enjeu du SROS qui doit se référer à la notion de parcours de vie, y intégrant les parcours de soins par type de pathologie chronique avec le développement de filières de soins et d'accompagnement adaptées et identifiées au niveau territorial.

En effet, l'épisode aigu ne représente plus qu'un moment dans le « parcours du patient ». Il ne doit donc plus être considéré comme la clé d'entrée du parcours.

Au-delà de la labellisation des filières de soins dont le renforcement et l'évaluation sont indispensables, il demeure incontournable de promouvoir très largement les expérimentations sur le parcours de soins auprès de l'ensemble des acteurs intervenants dans la prise en charge.

Nous proposons que :

- **les thématiques prioritaires de ces expérimentations puissent être déterminées en concertation avec les fédérations régionales dans le cadre du programme de mise en œuvre du Projet Régional de Santé promis par l'ARS Ile-de-France au premier semestre 2013 ;**
- **les parcours de santé des personnes âgées et/ou handicapées atteintes de maladies chroniques telles que l'AVC, le cancer, le diabète et l'insuffisance rénale puissent naturellement faire partie des priorités ;**
- **de plus, concernant la déclinaison opérationnelle et stratégique de ces expérimentations, une « même » expérimentation puisse faire l'objet d'un lancement sur un ou plusieurs territoires (ou infra-territoires tels que les bassins de vie) afin de pouvoir procéder à deux types d'évaluation (individuelle et comparative) pour une généralisation éventuelle et adaptée.**

Parallèlement, nous considérons que les actions de prévention et d'éducation à la santé (dépistage, éducation thérapeutique) doivent être développées, mieux financées et mieux coordonnées.

En outre, dans la construction d'un parcours de santé contraint financièrement, nous proposons de promouvoir largement le système ambulatoire ainsi que les alternatives aux hospitalisations à temps complet ou l'HAD tout en veillant à la conformité des pratiques avec les recommandations des sociétés savantes.

En effet, le volet SSR (particulièrement concerné) ne peut pas orienter systématiquement vers l'HAD, sans évoquer le rôle des SSIAD et des SAMSAH, qui en lien avec l'HDJ et l'offre ambulatoire doivent permettre de prendre en charge une grande majorité des patients.

Le rôle de l'HAD SSR doit se limiter à la prise en charge des patients les plus lourds, lorsqu'elle est plus appropriée que l'HC ou l'HDJ SSR.

Enfin, l'aval du SSR et le retour au domicile des personnes âgées, fragiles et/ou précaires demeure complexe en Ile-de-France et nous saluons l'initiative proposée dans le volet SSR de développer des liens que nous souhaitons aussi formaliser avec les différentes autorités concernées que sont les Conseils généraux, le Conseil régional, les Villes, les tribunaux, les MDPH, ainsi qu'avec les professionnels concernés tels que les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et plus largement les travailleurs sociaux et médico-sociaux.

Au sujet des patients lourds et complexes, la mise en œuvre des volets SSR et USLD devra s'accompagner de solutions spécifiques concrètes facilitant l'accès à des structures médico-sociales spécialisées, défi important pour notre secteur, en capacité de le relever compte tenu de sa transversalité en la matière.

La mise en œuvre d'une coordination territoriale efficiente est largement promue dans le schéma hospitalier et prend une forme concrète avec notamment la mise en place d'une plateforme régionale pour les maladies chroniques.

Il nous semble que cette plateforme, véritable innovation en réponse au besoin urgent de coordination entre les acteurs au service d'un parcours de santé lisible et coordonné, devra, pour réussir, s'appuyer sur la professionnalisation de la fonction de coordination, correctement financée, et par la mise en œuvre de formations adaptées, tel que cela est prévu pour la pédiatrie.

Elle devra également s'appuyer sur la mise en œuvre de coopérations professionnelles pérennes et pilotées, quelles que soient les institutions dont ces différents acteurs relèvent.

Les établissements privés non lucratifs assurent la prise en charge des usagers à tous les stades de la maladie chronique et sont porteurs d'idées novatrices en ce domaine, notamment avec la mise en œuvre de filières intégrées en cancérologie et en gériatrie.

Il conviendra de s'appuyer sur ces structures et sur leur expérience dans le cadre de la mise en place de la plateforme régionale pour les maladies chroniques.

Par ailleurs, dans le domaine de la coopération, le recours à la contractualisation est approprié.

Nous attendons la reconnaissance et la signature de contrats locaux de santé et la prise en compte de l'expérience des Ateliers santé-ville inscrits dans les contrats urbains de cohésion sociale et qui devra être reprise au-delà des quartiers identifiés dans le cadre de la Politique de la Ville, seuls jusqu'alors concernés.

L'articulation entre les professionnels et les institutions (hôpitaux, ville, médico-social et social) pourra aussi être renforcée notamment au travers de l'élaboration concertée du schéma directeur pour un système d'information de santé régional, communiquant et intégré.

En effet, l'efficacité d'un parcours de santé repose sur les capacités des différents intervenants de la prise en charge à communiquer et à échanger les bonnes informations au bon moment.

Dans ce cadre, nous proposons :

- **qu'une démarche d'amélioration de la qualité soit engagée, en lien avec les représentants d'usagers, et déclinée au travers d'indicateurs permettant d'évaluer la fluidité de ces informations ;**
- **la démarche d'élaboration engagée doit être soutenue avec l'implication sollicitée et nécessaire des acteurs de terrain.**

II. ASSURER L'ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX SOINS

➤ POUR LES ACTIVITES DE SOINS

Au-delà de l'accessibilité géographique traitée au travers de nombreux volets thématiques, il nous paraît important de souligner la problématique de l'accessibilité financière aux soins, aujourd'hui facteur n°1 de renoncement aux soins, et qui est ciblée à plusieurs reprises dans les volets thématiques.

Il convient alors de rappeler que les établissements du secteur privé non lucratif sont de par leurs missions engagés dans l'application de tarifs opposables, ce qui nous semble mériter d'être plus spécifiquement souligné dans les parties du SROS traitant de ce sujet.

Par exemple, l'USLD est synonyme de reste à charge important pour l'usager de par la construction tripartite de son financement alors que la prise en charge en SSR est couverte à 100% par l'Assurance Maladie.

Sachant que les USLD accueillent majoritairement des personnes âgées et/ou précaires, nous considérons que cette situation impose que des solutions soient rapidement mises en place en vue de répondre à un des objectifs premiers du PSRS, à savoir la réduction des inégalités de santé.

➤ POUR LE PREMIER RECOURS

Il nous semble pertinent de promouvoir les centres de santé, les centres de soins infirmiers et les maisons de santé pluridisciplinaires ou à orientation gériatrique avec en appui les établissements de santé, l'hospitalisation à domicile, les structures médico-sociales telles que les SSIAD et les EHPAD, par ailleurs impliqués dans un processus de médicalisation à poursuivre et amplifier avec l'attribution de nouveaux crédits nationaux.

Toutefois, nous demandons de prendre en compte les difficultés financières largement connues des structures d'exercice regroupé, tels que les centres de santé, et de les résoudre dans le cadre d'expérimentations régionales relatives à de nouveaux modèles de financement.

Notre objectif est d'initier un nouveau modèle de premier recours, de proximité, pratiquant tarif opposable et tiers payant et accueillant professionnels de santé locaux tels que ceux de la Protection maternelle et infantile, ou ceux de santé scolaire (Education nationale, Villes parfois), travailleurs sociaux, etc, assurant par définition-même de leurs missions, la transversalité des regards et de l'accompagnement ambulatoire.

III. ACCOMPAGNER LA MISE EN ŒUVRE DE LA GRADATION DES SOINS

Le SROS précise que la garantie de l'accessibilité au sens large et de la sécurité des soins doit se faire en lien avec la gradation des soins et avec l'organisation mise en place pour la permanence des soins. La mise en œuvre d'une gradation des soins, telle qu'envisagée pour la plupart des activités de soins (notamment chirurgie spécialisée, pédiatrie, HAD, oncologie, SSR, psychiatrie), représente effectivement l'enjeu majeur et innovant de ce SROS auquel les établissements devront savoir répondre.

Nous soulignons que les établissements du secteur privé non lucratif sont engagés dans de nombreuses filières performantes et répondent à des besoins par ailleurs non couverts par le secteur public ou privé lucratif sur certains territoires de santé.

Ainsi, à l'avant-veille de ce changement « typologique » de caractérisation de l'offre de soins, nous préconisons la mise en place d'une instance de concertation régionale, telle qu'elle existe au sujet de la permanence des soins. La reconnaissance du positionnement effectif des établissements privés non lucratifs dans leurs filières territoriales est un enjeu majeur de la gradation des soins. Par ailleurs, nous proposons que la question du développement d'une typologie des services d'urgences fondées sur leurs moyens médico-techniques puisse également être traitée dans le cadre de cette instance de concertation régionale.

IV. APPORTER DES REPONSES AUX QUESTIONS DE DEMOGRAPHIE ET D'ATTRACTIVITE MEDICALE ET PARAMEDICALE

La question cruciale, et dans certaines spécialités urgente, de la démographie fragilise et fragilisera les établissements à la fois de court séjour (professionnels médicaux) et de moyen séjour (professionnels paramédicaux). Cette question est abordée dans le volet transversal du SROS hospitalier ainsi que dans les volets thématiques liés aux activités les plus durement touchées.

La conséquence de cette démographie médicale défavorable est le manque pressant de ressources médicales qui se fait notamment ressentir en périphérie de la région. Le SROS avance des solutions de regroupements pour l'utilisation de plateaux techniques communs, notamment en chirurgie, faisant progresser la complémentarité entre les sites, au travers de temps partagés de chirurgiens et/ou anesthésistes, pour une prise en charge efficiente des patients.

Toutefois, pour faire face aux risques majeurs qui vont peser sur la pérennité d'un certain nombre d'établissements de santé (publics autant qu'ESPIC), nous soutenons qu'il conviendrait, en complément aux solutions précédemment listées, que le SROS incite les Doyens des UFR de Médecine à travailler sur les collaborations (conventions HU) qui permettraient de traduire dans les faits la « responsabilité territoriale » des UFR de Médecine franciliennes dans certaines localités et disciplines.

Nous pensons en outre que la déclinaison territoriale des deux Conférences hospitalo-universitaires proposées, serait déterminante pour faciliter la prise en compte de l'analyse des besoins de proximité et rendre opérationnelles et cohérentes ces nouvelles collaborations.

Par ailleurs, la mise en œuvre de coopérations entre établissements est largement promue dans ce schéma.

Nous réaffirmons que ces coopérations doivent être pensées de manière transversale à partir d'expériences de terrain et leur formalisation se doit d'être adaptée et ne peut donc se limiter aux Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) mais, pour plus de cohérence et d'efficacité, se concrétiser dans le cadre des filières de soins existantes avec un double écho médical et territorial.

C'est à ce prix que la médecine de parcours, associée à l'enjeu de l'adaptation indispensable des prises en charge des maladies chroniques et complexes, pourra prendre tout son sens en appui sur le dialogue de filières désormais intégré dans les logiques de prises en charge en moyen séjour et en médico-social.

Concernant la démographie paramédicale défavorable, il convient de rappeler que nos structures franciliennes, notamment SSR, rencontrent de lourdes difficultés liées en particulier au recrutement et à la fidélisation des masseurs-kinésithérapeutes. En effet, la contrainte du financement des études incite les diplômés à rejoindre le secteur libéral aux dépens du secteur hospitalier.

A la demande de la FEHAP Ile de France et de l'URIOPSS Ile de France notamment, de nouvelles modalités de formation paramédicale (gratuite) pourraient être développées et conditionnées contractuellement à une période de service en établissement.

Par ailleurs, concernant spécifiquement le secteur médico-social, nous proposons que les établissements privés non lucratifs puissent être moteurs sur les expérimentations de mutualisations envisagées par le SROS entre EHPAD ou EHPAD – Hôpital en vue de mettre à disposition des « paramédicaux rares » (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes) en EHPAD.

V. PARTICIPER AUX MISSIONS DE SERVICE PUBLIC

La dernière partie du volet transversal du SROS hospitalier fait mention des missions de service public au travers de leur appréciation générale ou détaillée en fonction du niveau d'objectivation des besoins en implantations.

Les besoins identifiés pour les missions faisant l'objet d'un inventaire sont globalement couverts par les établissements assurant aujourd'hui ces missions, sauf cas particulier de la permanence des soins notamment pour la chirurgie de spécialité où la réorganisation en cours devra permettre de répondre de manière plus satisfaisante à la couverture des besoins.

Concernant les missions ne faisant pas l'objet d'un inventaire, il convient de rappeler que les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux privés non lucratifs sont naturellement engagés dans la prévention, l'éducation thérapeutique et les actions de santé publique.

Par ailleurs, la mise en œuvre du Développement Professionnel Continu (DPC) relève d'une obligation individuelle incombant à chaque professionnel médical, a priori à compter de 2013, ce qui incite les établissements à anticiper l'impact financier et humain de celui-ci.

A ce titre et parallèlement à l'attribution législative de cette mission aux établissements publics de santé, nous soulignons que les établissements privés non lucratifs franciliens entendent compter sur le soutien méthodologique et financier de l'ARS Ile-de-France afin de pouvoir réellement bénéficier des gains cliniques et économiques résultant de la mise en œuvre de ce dispositif.



B - SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MÉDICO-SOCIALE VOILETS PERSONNES AGEES ET PERSONNES HANDICAPÉES

1. SUR LE VOLET PERSONNES AGEES

Les éléments de planification médico-sociale soumis à concertation établissent une priorité d'action sur la nécessité de réformer dans le sens d'un accroissement de la qualité des prises en charges institutionnelles, notamment par l'utilisation des conventions tripartites (CTP) comme leviers de négociation et de définition de mesures d'amélioration de la qualité, par le soutien financier à la création des PASA ou encore par la volonté affirmée de développer le secteur du domicile. Nos deux fédérations se félicitent de telles intentions mais restent prudentes tant concernant leur concrétisation que le refus de mise à l'agenda d'une programmation d'accroissement quantitatif de l'offre institutionnelle.

I. L'offre en établissement pour personnes âgées

Le schéma régional d'organisation médico-social est très incertain sur la capacité de développement de la capacité d'EHPAD, alors que le diagnostic réalisé traduit sans équivoque le besoin impérieux de développer les capacités de ces structures pour faire face aux enjeux démographiques. En effet, l'analyse prospective du schéma prévoit une augmentation de 25 000 à 30 000 personnes âgées dépendantes entre 2010 et 2020. Le schéma estime que 39 % de cette population dépendante devrait être prise en charge en établissement. Ces éléments font apparaître un besoin de création d'environ 12 000 places d'EHPAD d'ici à 2020.

Dans ce contexte, la FEHAP et l'URIOPSS estiment qu'il est insuffisant de considérer qu'il « faut avant tout préserver et améliorer l'état du parc existant et mettre l'accent sur d'autres leviers tels que les opérations de recomposition et de redéploiement de l'offre, davantage au sein de chaque département qu'entre départements, pour réduire autant que possible les disparités territoriales dans l'accès de proximité » (p. 23). Le schéma doit certes s'engager à garantir la qualité de l'accompagnement et l'égalité répartition territoriale de l'offre, mais il a comme mission essentielle de programmer la réponse aux besoins futurs de la population francilienne, ce à quoi il renonce.

S'agissant de la qualité de l'accompagnement, il est à constater de grandes difficultés dans le renouvellement des conventions tripartites, justement quand elles prévoient un passage au tarif global. On ne peut que s'interroger sur les actions qu'entend mettre en œuvre l'agence, en lien avec les Conseils généraux franciliens, pour que les CTP deviennent effectivement un outil au service d'une qualité d'accueil accrue. **En particulier, il est urgent de prévoir pour les EHPAD une augmentation du ratio d'encadrement, condition majeure de l'efficacité et de la prévention de la maltraitance.**

Ce ratio doit absolument progresser avec l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies et de la charge de travail correspondante, afin de limiter le risque d'épuisement du personnel et de maltraitance des résidents, ainsi que la fréquence des arrêts de travail (qui réduit encore un peu le ratio d'encadrement et aggrave l'épuisement et la maltraitance). **Si l'on se préoccupe de mener une politique efficiente, il est nécessaire de rompre ce cercle vicieux générateur de coûts sociaux. Une meilleure concertation entre ARS et Conseils généraux est indispensable car la répartition des financements entre dépendance et soins constitue également un frein à la création de postes.**

En matière de qualité d'accueil également, **la formation du personnel accompagnant les personnes âgées doit être maintenue voire renforcée, notamment dans les domaines suivants** : les troubles du comportement ; les moyens non médicamenteux pour prendre en charge ces troubles ; la douleur chronique et le douleur aigue ; les soins palliatifs et la fin de vie ; la place des familles en EHPAD ; la protection des majeurs et le mandat de protection future ; les addictions des personnes âgées ; la santé au travail (prévenir les troubles musculo-squelettiques) ; les gestes d'urgence (pour les personnels de nuit notamment) ; etc.

La politique de création de places institutionnelles est marquée par l'incertitude de l'ARS quant aux moyens budgétaires dont elle disposera et est ainsi renvoyée, pour sa mise en œuvre, à l'importance des dotations allouées par la CNSA.

La FEHAP et l'URIOPSS regrettent que l'agence régionale de santé oppose l'argument financier au développement de capacités d'EHPAD et de leur médicalisation, alors que l'OGD Personnes âgées est largement sous-consommé (plus de 200 M€ en 2011). Ces crédits doivent être utilisés pour la création de places et pour la médicalisation des structures. En effet, si certains EHPAD sont soumis au mécanisme de convergence tarifaire, d'autres sont largement sous-dotés en comparaison au tarif plafond issu de calcul GMPS. Ces établissements largement sous-dotés doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part de l'ARS. En effet, ces situations impliquent soit un déficit des établissements mettant en cause leur pérennité, soit le report du différentiel sur le reste à charge du résident.

Concernant les pathologies associées au vieillissement, la géro-psi-chi-at-rie doit être une priorité du schéma, notamment dans la perspective de diminuer les hospitalisations. En effet, les EHPAD ne disposent aujourd'hui ni des moyens ni des compétences nécessaires à l'accueil des personnes âgées psychotiques ou souffrant de pathologies nécessitant des liens étroits et continus avec le secteur. Or, le nombre de personnes âgées concernées ne cesse d'augmenter et les EHPAD se voient contraints de limiter leur admission, faute d'un accompagnement construit avec les secteurs psychiatriques. A minima, un véritable partenariat entre les médecins psychiatres hospitaliers et les médecins coordonnateurs doit être construit, notamment pour une meilleure réactivité en matière de réajustement des traitements.

Enfin, l'Agence régionale de santé entend promouvoir le rôle des logements-foyers et de l'habitat collectif pour personnes âgées autonomes, dans l'offre de prise en charge de la personne âgée. Cette orientation pertinente gagnerait à marquer davantage le lien entre ces établissements et les services à domicile (HAD, SSIAD, SAAD). Les plateformes de service que le SROMS entend bâtir sur les EHPAD devraient également être envisagées entre services à domicile et logement-foyer.

II. L'offre de service à domicile

L'ARS souhaite mener une politique incitative donnant toute leur place aux services d'aide à domicile. Si nous sommes particulièrement sensibles à cette proposition, il attire néanmoins l'attention de l'agence d'une part sur le risque que peut représenter cette démarche si la mission des SAAD n'est pas définie et, d'autre part, sur les difficultés que l'ARS devra prendre en compte pour réaliser cette complémentarité entre le soin et l'accompagnement. S'agissant du risque, il est fondamental de considérer les SAAD comme des compléments de l'offre médico-sociale et non comme un substitut des SSIAD pour les prises en charge les plus légères. Délaisser aux SAAD les missions de soins desquelles les SSIAD seront incités à se détourner, faute d'un système de tarification adapté, exposerait les personnes âgées et les SAAD à d'importantes difficultés de cadrage de l'intervention. En revanche, faire des SAAD les acteurs de proximité de la prévention et de l'information des personnes et de leurs aidants constituerait une véritable valeur ajoutée du parcours de santé.

Cependant, nous attirons l'attention de l'agence régionale de santé sur la situation financière des services d'aide et d'accompagnement à domicile et sur l'urgente nécessité d'inciter les conseils généraux à mettre en place les expérimentations relatives au financement des SAAD autorisés et agréés sans attendre le terme du 31 décembre 2013. Par ailleurs, nous invitons l'ARS à participer au financement de certaines missions de ces services, notamment en matière de prévention, comme le permet l'arrêté ministériel du 12 septembre 2012.

Quant aux SSIAD, le SROMS entend éviter leur surspécialisation, tout en prévoyant la diversité des modalités d'action de ces services. Nous soutenons cette conception des services infirmiers, mais attire l'attention de l'ARS sur les premières projections d'une application théorique à 100 % du mode de calcul-distribution, lesquelles montrent que 67% des services voient leurs dotations diminuées dont 19% dans une proportion supérieure à 15%. Or, la spécificité régionale d'une activité où la proportion en SMTI est comparativement moins importante qu'à l'échelle nationale – le GIR 4 étant le groupe iso-ressource le plus important en Ile-de-France – en est justement la cause. **La programmation régionale envisagée par l'ARS et soutenue par le secteur privé non lucratif bute donc sur l'application d'un certain nombre de dispositions qui, si elles ne relèvent pas du périmètre normatif de l'agence, doivent intégrer les spécificités franciliennes.**

III. Le parcours de santé des personnes âgées

L'ARS Ile-de-France a réalisé une expérimentation encourageante sur le parcours de soins dans le nord de Paris. La connaissance mutuelle des acteurs du territoire et le développement d'outils communs de suivi des personnes âgées permet d'accroître l'efficacité de la prise en charge.

Ce travail de mise en commun passe par la définition d'infra-territoires pertinents dans lesquels les acteurs du parcours de soin peuvent échanger et suivre les mêmes patients.

1. Les enjeux de l'intégration de la personne âgée au parcours de santé.

L'implication du premier recours est indispensable. En lien avec le Volet ambulatoire, le parcours de santé de la personne âgée ne peut être accessible que lorsque la présence médicale et paramédicale est suffisante.

Il pourrait être imaginé la mise en place de plateforme de services de santé réunissant en un même lieu des SSIAD, HAD et professionnels de santé. Ces centres permettraient d'assurer un meilleur lien entre domicile et établissements et de créer des filières complètes assurant la continuité des soins et de l'accompagnement. Ces plateformes devraient pouvoir être chargées des actions de prévention et d'éducation thérapeutique, trop souvent assumées, par défaut, par les hôpitaux.

Les services d'aide à domicile idéalement couplés à des SSIAD doivent également être intégrés à la coordination du parcours de la personne âgée. Les services à domicile interviennent en amont et à tous les stades de la dépendance. Ces services doivent pouvoir orienter les personnes et les aidants vers l'entrée du parcours de soins et d'accompagnement.

2. L'amélioration de la coordination du parcours de santé de la personne âgée dépendante.

Il est important de développer les prises en charge des personnes âgées atteintes de polypathologies, en MCO et en SSR. Cette expertise doit être accessible aux secteurs ambulatoire et médico-social, notamment via les équipes mobiles gériatriques.

Par ailleurs, la fluidification et la sécurisation du parcours de santé de la personne âgée passe nécessairement par la constitution de « grappes » d'offres de prise en charge accessibles en secteur 1 pour le secteur sanitaire et limitant le reste à charge pour le champ médico-social et social. Il n'est pas acceptable que les personnes renoncent aux soins ou à l'accompagnement ou soient prises en charge dans des délais incompatibles avec leur état de santé, pour des motifs financiers.

Enfin, il est impératif que les personnes âgées puissent s'appuyer sur la médecine générale de proximité et à défaut, sur un coordinateur territorial capable d'orienter les personnes vers les établissements appropriés. A ce titre, la coordination efficace du parcours appelle un **meilleur partage du dossier patient** entre les différents acteurs.

Nous accueillons très favorablement la volonté de l'ARS d'accompagner et de promouvoir le rôle des centres de santé. Nous sommes convaincus qu'ils sont le maillon incontournable d'une offre de premiers recours pluridisciplinaire en secteur 1. **Le secteur privé à but non lucratif soutient la proposition de l'ARS de mettre en place un programme de travail visant à élaborer un modèle économique viable pour les centres de santé.** Les acteurs de notre secteur partageront avec l'agence les difficultés qu'ils rencontrent les moyens mis en œuvre pour les contourner.

2. SUR LE VOLET PERSONNES HANDICAPEES

L'URIOPSS et la FEHAP notent la volonté de l'ARS d'améliorer **l'évaluation qualitative et quantitative des besoins des personnes handicapées** et de l'offre existante pour y répondre : **cette évaluation précise et complète était attendue dans le cadre de cette version du SROMS car c'est d'elle qu'auraient du découler les orientations stratégiques sur les 5 années à venir.**

Au-delà de cette observation d'ordre général, le projet de SROMS appelle de notre part les remarques suivantes *(les extraits du SROMS sont repris en bleu)* :

« La loi du 2 janvier 2002 met l'usager au centre du dispositif de l'action sociale et médico-sociale »

L'expression « usager au centre du dispositif » est impropre. La formulation appropriée est celle-ci : **Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 2 janvier 2002, l'usager des établissements et services médico-sociaux est passé du statut d'« objet » de prise en charge à celui de « sujet », assorti de droits et de devoirs.**

1. Etat des lieux

– Les flux

*« La programmation exige une **étude plus poussée** de la capacité réelle des PH de chaque territoire à accéder aux services MS dont elles ont besoin »*

Il nous semblerait opportun d'ajouter une fiche action spécifique concernant l'étude des listes d'attente des établissements et des flux de personnes handicapées d'un département à l'autre (avec le concours indispensable des MDPH).

Concernant les personnes « placées » en Belgique :

« Il convient de préciser que cette enquête, a porté uniquement sur la situation des franciliens handicapés (enfants et adultes) dont le placement en Belgique faisait l'objet d'un financement assurance maladie. En effet il est apparu que la majorité des adultes handicapés franciliens accueillis dans les établissements belges ne relevait pas d'un financement de la sécurité sociale mais bénéficiait de l'aide sociale. Ce qui explique les distorsions constatées avec les chiffres avancés par les conseils généraux de la région. »

Il serait pertinent de **disposer d'une vue d'ensemble concernant les enfants et adultes placés en Belgique, ce qui nécessite que l'ARS travaille en coopération plus étroite avec les Conseils généraux.**

2. Le contexte social, sanitaire et médico-social

– Rôle de la MDPH

La phrase ci-dessous, supprimée de la précédente version du projet de SROMS, tendait à démontrer la détermination de l'ARS à conduire une véritable étude des besoins :

« L'ARS considère qu'un effort est à conduire pour construire un véritable système d'information régional relatif au handicap, effort nécessairement collectif associant en premier lieu les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) mais également d'autres acteurs. »

Compte tenu de l'obligation de la CNSA de mettre en place un système d'information national rassemblant les données d'activité des MDPH, notamment en matière d'évaluation des besoins, **nous encourageons l'ARS à insister auprès de la CNSA pour que cette obligation posée par l'article L247-2 du CASF soit suivie d'effet, et pour que les données qui doivent être rassemblées à ce niveau soient accessibles et exploitables au niveau de chaque ARS.**

– Accès aux soins

« Il convient tout particulièrement de motiver les professionnels de santé qui ont le souci d'une mise en accessibilité complète de leurs locaux et espaces de consultation. »

Il nous semble nécessaire que l'Agence concrétise davantage cette intention et prévoie **une fiche action spécifique précisant de quelle manière cette « motivation des professionnels de santé » sera recherchée.**

« Enfin des actions destinées à éviter des hospitalisations prolongées et :ou d'urgence doivent être expérimentées. Pour exemple, l'intervention des équipes de HAD dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées contribuent à écourter des hospitalisations parfois traumatisantes. De même, l'expérimentation dans le secteur du handicap de la télé-médecine peut éviter des hospitalisations « en urgence » en rassurant les équipes de soins en place dans les EMS. »

- L'URIOPSS est favorable à l'intervention de l'HAD en établissement médico-social, au nom de l'égalité d'accès entre tous les citoyens à ce dispositif. La FEHAP s'est fortement mobilisée auprès des pouvoirs publics afin d'ouvrir la possibilité d'intervention de l'HAD dans l'ensemble des structures médico-sociales intervenant auprès des personnes handicapées.
Nous demandons à l'ARS d'organiser par territoire des groupes de travail réunissant les services d'HAD et les structures médico-sociales, afin de présenter les possibilités du dispositif et de prévoir ses modalités concrètes de mise en œuvre.
- **La télé-médecine ne dispense pas du besoin en personnel de soin dans les établissements** : le personnel non médical ne saurait mettre en œuvre les indications données par un médecin à distance.

- Articulation sanitaire/médico-social

L'ARS préconise le partenariat entre établissements médico-sociaux et hôpitaux, or certains de ces derniers refusent le conventionnement. **Nous demandons à l'Agence de prévoir des mesures incitatives fortes au conventionnement à destination des hôpitaux, afin que cette préconisation ne reste pas lettre morte.**

3. Les étapes du parcours de la personne handicapée

- Scolarisation et insertion professionnelle

En matière de **scolarisation** des enfants handicapés, le projet de schéma indique que *« Les taux de scolarisation des enfants handicapés métropolitains (31 %) et franciliens (29,20 %) sont très proches. »*

Ces taux ne sont pas significatifs dans la mesure où ils ne précisent pas le nombre d'heures hebdomadaire moyen de scolarisation. **Il conviendrait de préciser cette moyenne et ce qu'elle recouvre (nombre d'enfants scolarisés moins d'une demi-journée par semaine, une demi-journée, une journée, etc.)**

« L'Île de France dispose de 465 structures médico-sociales (IME et SESSAD) dont 322 comprennent une unité d'enseignement parmi lesquelles 255 ont signé une convention avec l'Education nationale ou sont dans un établissement scolaire hors contrat. »

Les difficultés liées au manque d'enseignants ne sont pas mentionnées dans le projet de schéma, alors qu'elles sont bien réelles : un certain nombre d'unités d'enseignement, pourtant conventionnées avec l'Education nationale, ne sont pas dotées d'enseignants. **La fiche action portant sur le renforcement de la coopération entre l'Education nationale et l'ARS devra intégrer cette problématique.**

Concernant l'insertion professionnelle, les problématiques des ESAT sont abordées principalement sous l'angle des travailleurs handicapés vieillissants, question en effet très importante. **Cependant, il aurait été nécessaire de prévoir également des mesures de soutien aux ESAT qui se trouvent en situation de déficit notamment du fait de la mise en place des tarifs plafond.**

En outre, si le schéma souligne bien les difficultés de recrutement des personnels paramédicaux, il ne mentionne pas celles concernant le personnel à la fois éducatif et technique, comme les moniteurs principaux d'ESAT (restauration, blanchisserie, espaces verts...), pour lesquels l'application de la grille de la CCN 1966 ne permet pas de recruter un personnel suffisamment qualifié. A terme, cela peut remettre en cause :

- le processus bien engagé de la **professionnalisation des travailleurs en ESAT** (manque de personnel compétent au niveau technique pour apprendre le métier),
- **l'équilibre financier de ces structures** (manque à gagner commercial dû à un manque de ressources d'encadrement efficaces sur le terrain :

- optimisation des modalités de travail, connaissance du réseau de fournisseurs/clients potentiels...).
- Personnes handicapées vieillissantes

« Garder une place en foyer demeure très problématique à l'issue d'une activité en ESAT. [...] Il sera nécessaire de prendre en compte l'ensemble de ces questionnements. »

Le schéma devrait précisément être l'outil de réponse à ce type de questionnements. **Pour les travailleurs d'ESAT cessant leur activité, il serait nécessaire de prévoir en concertation avec les Conseils généraux des places en foyer de vie, ou en foyer d'hébergement doublé d'un accueil de jour.**

4. Les situations complexes de handicap

- Autisme et TED

« L'Agence Régionale de Santé a décidé de promouvoir et financer des actions de sensibilisation à l'état des connaissances et aux recommandations de la HAS en faveur des secteurs sanitaires et médicosociaux. »

Les actions de sensibilisation sont nécessaires mais non suffisantes concernant l'autisme : **il faut leur ajouter des actions (financées) de formation et de supervision des professionnels.**

- Handicap psychique

« Faciliter l'accès aux soins des personnes handicapées psychiques ; L'amélioration de l'accompagnement »

Une fiche action spécifique indiquant les modalités de mise en œuvre de ces deux objectifs devrait être créée (reprenant, en les précisant, les orientations du volet psychiatrie du SROS).

Pour les personnes en situation de handicap psychique, l'accès aux soins est indissociable de l'accès au logement : **une articulation est nécessaire entre l'ARS et la DRIHL sur ce point en particulier.**

Autres remarques :

- Les CMPP n'apparaissent pas suffisamment dans le schéma, sauf pour l'autisme, ce qui est paradoxal puisque l'ARS indique que dans le cas de l'autisme il faut s'appuyer sur les recommandations de la HAS qui réfutent la psychanalyse, alors que les textes qui régissent les CMPP indiquent clairement la référence à la psychanalyse. En Ile de France les CMPP sont nombreux, il ne faudrait pas les oublier, car ce sont des établissements médico-sociaux au même titre que les CAMSP.
- Concernant la fongibilité asymétrique des enveloppes, il serait plus judicieux qu'elle soit effective au niveau régional, plutôt que ciblée localement : en effet les logiques de territoire sont différentes entre le secteur hospitalier (psychiatrique en particulier), et le secteur médico-social qui prend en charge une population issue de tout le département (référence Conseil Général). En outre, une application locale du principe de fongibilité risque de conflictualiser les relations entre l'hôpital et le secteur médico-social.



LES CENTRES DE SANTE

Cette contribution de la Commission Centres de Santé de la FNISASIC reprend dans une première partie des données et réflexions à valeur nationale puis relève quelques points plus en résonance avec le Projet Régional de Santé d'Ile-de-France.

Cette présentation n'est pas exhaustive ; elle s'appuie sur l'expérience de centres de santé et en particulier de centres de soins infirmiers.

1. / Les centres de santé au niveau national

Les centres de santé, premier acteur des formes d'exercice regroupées et coordonnées, favorisent l'accessibilité aux soins et la prise en compte globale des personnes, en accueillant, sans distinction, l'ensemble des populations. Ils les accompagnent en tous lieux, tant dans les territoires ruraux que dans les zones urbaines, notamment dans les zones dites sensibles.

Or, la cartographie actuelle des centres de santé ne couvre pas l'ensemble du territoire national ; l'implantation des centres de soins infirmiers, notamment, est plus large. Il est urgent de s'assurer de l'équité avec laquelle ont été définis les zonages (infirmiers, médicaux, dentaires...) qui fondent les aides financières nouvelles accordées aux libéraux. Elles doivent impérativement tenir compte de l'offre des centres de santé.

Les interventions des centres de santé sont fondées sur :

- une action non lucrative, identifiée dans un Projet de santé sur leur territoire,
- une pratique regroupée et coordonnée, au centre et à domicile, des métiers sanitaires de l'ambulatoire, notamment des centres de soins infirmiers, laquelle constitue un socle commun à tous les centres de santé dont l'objectif est d'assurer l'accessibilité aux soins.

La difficulté d'accès aux soins se caractérise notamment par :

- l'accessibilité géographique,
- l'accessibilité financière,

avec, comme conséquence, des inégalités sociales de santé qui s'aggravent.

L'utilité sociale des centres de santé est contenue dans leur Projet de santé et leur définition :

- gestion à but non lucratif
- action uniquement dans le secteur ambulatoire
- pratique obligatoire du Tiers-payant
- utilisation du Dossier patient et du dossier de soins
- approche médico-sociale et prévention.

Sur ces fondements, les centres de santé ont développé des réponses en cohérence avec les besoins de proximité, jouant un rôle déterminant dans l'accès aux soins des populations les plus fragiles.

Dans le cadre de la Loi HPST, l'engagement de l'Etat, en matière d'accès aux soins, devrait avoir une place importante dans les contractualisations Etat-Régions.

Les centres de santé déplorent que la priorité soit portée exclusivement sur les Maisons de santé en matière d'aide à leur installation. Car, les centres de santé, avec une gestion à but non lucratif et une organisation coordonnée, offrent une garantie par rapport à la réponse aux besoins de santé des populations.

Leur souhait est de pouvoir travailler avec les acteurs chargés des questions d'accessibilité à la santé dans les territoires. Ils entendent développer une offre de santé ambulatoire de proximité mettant en cohérence, prévention et soins.

Ils souhaitent travailler, avec les services de l'Etat, à un plan de développement des centres de santé. Ils s'inscrivent dans l'organisation du premier recours et la lutte contre les inégalités de santé.

Ils demandent un traitement d'équité entre toutes les structures coordonnées et regroupées et le bénéfice des soutiens financiers à la coordination des équipes de soins.

Face à la crise du Système de santé, caractérisée par la progression des inégalités d'accès aux soins et à la santé, un consensus émerge sur le bien-fondé de l'exercice coordonné et regroupé, dans le cadre des soins de premiers recours, pour apporter une prise en charge qualitative des personnes. Les centres de santé, acteurs à part entière de la santé doivent être traités à tous les niveaux à égalité de droits et de devoirs avec les autres offreurs de soins. La reconnaissance de leurs actions sur les territoires doit conduire à un accompagnement à la mesure des missions d'intérêt général qu'ils assument.

Les centres de santé ont la capacité d'agir, entre eux et avec les autres acteurs, de manière coordonnée. L'engagement des gestionnaires dans les expérimentations de nouveaux modes de rémunération pour les centres médicaux pourraient se développer sur la base de protocoles encadrés et contractualisés avec les ARS et permettre des coopérations nouvelles : exemple, entre centres de santé polyvalents et centres de soins infirmiers, pour un meilleur maillage territorial et favoriser ainsi l'accès aux soins.

L'accompagnement au développement des centres de santé par les Pouvoirs publics, doit correspondre à la nature des enjeux de la réorganisation du Système de santé.

Les centres de santé ont besoin d'être concrètement épaulés pour maintenir une capacité d'action et d'innovation au service des populations. Ils demandent à être présentés, par les Pôles d'aide aux professionnels de santé des ARS, comme modèle d'organisation possible des soins ambulatoires, au même titre que les Maisons de santé.

Les conditions économiques :

Si la pratique des centres de santé répond de manière pertinente et reconnue aux besoins des populations, leur rémunération exclusive à l'acte, sans intégrer la dimension sociale dans la prise en charge des personnes et la pratique du travail en équipe pluridisciplinaire et professionnelle, fragilise leur situation économique.

Il convient de réformer leur mode de financement, réservant le paiement à l'acte, uniquement pour ce qui relève des soins, et financer de manière forfaitaire la spécificité de l'apport des centres de santé en matière de coordination et de prise en charge globale des patients

Contractualiser, avec les moyens correspondants, sur les orientations de santé publique prises par les gestionnaires sur leur territoire, en concertation avec les ARS.

Les centres de santé demandent le portage économique de leur développement dans les dispositifs existants auxquels ils peuvent prétendre, par un engagement concret des ARS dans la dimension territoriale. Que celles-ci intègrent l'apport et la réponse des centres de santé et des centres de soins infirmiers dans la filière du domicile.

2. / Les Centres de Santé et le Projet Régional de Santé Ile-de-France.

A partir de la « Synthèse - Projet Régional de Santé d'Ile-de-France » quelques notes et exemples sont présentés.

Les schémas

Les centres de Santé en particulier les Centres de Soins Infirmiers sont des acteurs professionnels actifs et déjà impliqués auprès des personnes âgées, des personnes handicapées, des personnes en difficultés spécifiques.

Le schéma prévention

Les centres de santé en particulier les centres de soins infirmiers sont en capacité d'entrer dans les objectifs et axes du schéma de prévention par la connaissance du territoire d'implantation, les relations de confiance avec les personnes accueillies et soignées, les actions de prévention déjà développées (actions d'éducation thérapeutique, promotion de la santé communautaire...).

Les professionnels des centres ont déjà développé des actions de coopérations avec les autres professionnels et ont une culture de travail concerté.

Le schéma d'organisation des soins - volet ambulatoire

Le schéma note la présence de plus de 300 centres de santé. Il ne distingue pas les centres pluridisciplinaires (polyvalents) des centres mono-disciplinaires. Les centres mono-disciplinaires sont souvent des centres de soins infirmiers. Le schéma semble ne pas considérer cette présence de professionnels infirmiers : le texte fait référence aux seuls infirmiers libéraux (*page 29 point 1.2.1. une offre inégale sur le territoire*).

Les centres de santé sont éminemment des centres de premier recours. Ils ont l'expérience de l'exercice collectif. Des partenariats pourraient être créés peut-être la notion de Contrats d'Engagement de Service Public pourrait être élargie au-delà des seuls médecins. (*page 30 de la synthèse*).

Il serait intéressant de travailler l'axe 2 (*page 34*) de la synthèse avec les services de la CNAM pour envisager les modalités et moyens de soutiens des maisons de santé, pôles de santé et de centres de santé envisagés dans le texte et le tableau « axes et priorités ».

Les centres pratiquent le tiers payant. Cependant des personnes en situation de grandes difficultés renoncent quand même à l'intégralité des soins car le « reste à charge » est trop important pour leur capacité financière. Une recherche sur de nouveaux modes de rémunération devrait tenir compte de ces éléments mais aussi de la variété des interventions en particulier pour les centres de soins infirmiers.

Le schéma d'organisation des soins - volet bucco-dentaire.

Les centres de santé sont acteur d'éducation pour promouvoir une hygiène buccale dans une démarche globale de prévention et d'hygiène générale à partir de la présence auprès des personnes et des soins prodigués. (cf. page 47 du document de synthèse point 1.2.3. et page 50, axe 1 action/priorité1).

Le schéma d'organisation des soins - volet hospitalier.

La présence des centres de santé dans le collectif inter associatif sur la santé d'Ile-de-France (CISS) permettrait d'élargir la concertation et de faciliter la fluidité des parcours de santé (page 55 de la synthèse).

Le dossier de soins partagé est aussi un moyen d'améliorer le parcours de santé. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pourraient être associés (page 61 du document de synthèse).

Les programmes.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)

Il peut concerner les centres de santé par ses objectifs de cohérence et de coopération partenariale (page 76 de la synthèse). Les centres de santé peuvent aussi être acteurs pour la mise en œuvre de l'axe 1 « Mieux prendre en compte les aspects spécifiques liés à la notion de précarité » (page 80).

Le programme régional de développement des activités de télémédecine (PRT)

La participation des centres de santé à ce programme sera possible si les professionnels sont formés et accompagnés pour l'équipement et l'utilisation du matériel. (page 85 du document de synthèse).

Le programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPR GDR)

Une partie des programmes prioritaire et une partie des actions complémentaires régionales peuvent concerner les centres de santé infirmiers (page 91-92 du document synthèse).

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Ces exemples de possible action, concertation, des centres de santé montrent aussi leur pertinence et leur importance auprès des personnes et des familles.

AVIS DU SECTEUR DE L'AIDE & DES SOINS A DOMICILE SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE

A la lecture du PRS soumis à concertation par l'Agence Régionale de Santé publique d'Ile de France, UNA ILE DE FRANCE, fédération d'associations de soins et de services à domicile, souhaite faire connaître son avis sur ce pilier de la politique régionale de santé pour les prochaines années.

UNA ILE DE FRANCE fonde son action, depuis plus de 40 ans, dans le cadre de l'action sociale et médico-sociale au domicile ou à partir du domicile des publics les plus fragilisés.

Les Franciliens, massivement, souhaitent rester à domicile : y vivre malgré la maladie, le handicap ou la vieillesse voire y mourir. Dans une période de tensions économiques et financières importantes sur le système de protection de santé, ce souhait peut rencontrer la volonté de l'ARS de penser et d'organiser les conditions d'une optimisation des réponses et des dépenses de santé. Cependant, UNA ILE DE FRANCE souhaite rappeler que, de son point de vue, une politique médico-sociale régionale envers les personnes fragilisées doit s'appuyer sur les points suivants :

- un renforcement des dispositifs de prévention, avec des dispositifs spécifiques de prévention des chutes, de la maltraitance et d'accompagnement des sorties d'hospitalisation mais aussi des dispositifs communs entre l'ARS et les acteurs locaux via des liens renforcés et renouvelés avec les services sociaux départementaux polyvalents, les CCAS, les équipes EMS APA, et MDPH ;
- un soutien du lien social, et notamment intergénérationnel, accompagné par le développement de solutions de répit ponctuel pour les aidants avec des financements adéquats (accueil de jour, groupes de soutien et de parole...);
- un financement « repensé » de ces solutions de répit, notamment en prenant en compte le coût des charges fixes en milieu ordinaire (loyer, charges....) qui subsistent le temps du séjour et peuvent rendre inaccessible ce type de réponses à une part importante de la population francilienne.
- un appui à la qualité et la sécurisation des interventions à domicile
 - replacer l'ensemble des dispositifs d'accompagnement dans le champ médico-social, et notamment dans le cadre des services autorisés au titre de la loi du 2 janvier 2002 ;
 - valoriser des SPASAD, services polyvalents d'aide et de soins à domicile (dont toute référence est absente du PRS !).

Les services à domicile doivent être pleinement intégrés aux filières sectorielles, comme un acteur à part entière, intervenant en amont, en aval des prises en charges hospitalières mais aussi pendant les interventions en ambulatoire. Le cœur de la santé est sans aucun doute le domicile !

Les interventions des services médico-sociaux d'aide et de soins à domicile s'inscrivent pleinement dans des missions d'intérêt général et d'utilité sociale, telles que définies par l'article L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles :

- « 1. *Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;*
- [...]
- 3. *Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;*
- 4. *Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;*
- 5. *Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;*
- 6. *Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique. »*

L'ensemble de ces missions peut valablement être regroupés dans l'expression « accompagnement des publics fragiles ». **La finalité du secteur médico-social n'est pas de morceler les prises en charge des individus mais bien d'accompagner des personnes et de les soutenir face à leurs difficultés, à l'aide d'une « prise en charge et (d') un accompagnement individualisé »** (Art. L. 311-3. Du CASF) **et global**. Cette finalité doit donc sans difficulté permettre à l'ensemble de ces ESMS du domicile de s'inscrire dans les réseaux (filières)... pour peu que les autres acteurs pensent à les y intégrer et à les considérer comme acteur à part entière de la Santé (au sens de l'OMS) des Franciliens et acteurs d'une prise en charge globale, coordonnée et sans rupture.

En effet, le secteur des services médico-sociaux d'aide et d'accompagnement à domicile, et des services infirmiers de soins à domicile, constitue un enjeu stratégique de premier plan qu'il convient de décliner de manière plus précise que ne le fait le projet de PRS, notamment dans la dimension des partenariats à nouer et à organiser entre l'ARS et les Conseils généraux pour les publics fragilisés, que sont

- les personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes - dont les hospitalisations sont de plus en plus courtes voire inexistantes avec le développement des traitements à domicile,
- les malades psychiques ou atteints de troubles psychiatriques renvoyés de plus en plus fréquemment en milieu ordinaire,
- les personnes âgées –dépendantes ou non– pour certains actes de la vie quotidienne et la prévention
- les personnes en situation de handicap.

La valorisation des métiers du médico-social et surtout ceux du domicile est un chantier bien identifié par le PRS pour les années à venir, (socle d'accompagnements et de prises en charge de qualité) mais les perspectives restent bien trop vastes dans le document. Les services d'aide à domicile doivent faire face à des personnes de plus en plus lourdement en difficulté à domicile alors même que seuls 70% des personnels intervenants sont formés. Les métiers de l'aide à la personne, et

particulièrement ceux exercés à domicile, sont de vrais emplois qui nécessitent des savoir-faire, des savoir-être et des compétences professionnelles. Ils ne sont malheureusement pas assez valorisés, notamment financièrement. Nos personnels rencontrent des difficultés pour se loger à la fois en termes de solvabilité et de proximité habitation/travail. Ces questions ne doivent pas être éludées, car le recrutement de demain se prépare aujourd'hui.

Enfin, si « *l'ARS se donn[ait] pour objectif de contribuer à assister chaque francilien dans la sécurisation de son environnement quotidien à domicile lorsque son état de santé nécessite des aménagements particuliers (...)* » dans le PSRS, le PRS ne permet pas de mieux cerner les propositions en termes de financement ou de partenariat avec les MDPH pour les moins de 60 ans, dont les délais d'attribution des prestations sont parfois dantesques et les services submergés. Pas plus que ceux avec les Conseils généraux pour les plus de 60 ans, puisque l'APA finance insuffisamment ce type de préconisations.