



## AVIS DE L'URIOPSS SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE 2018-2022

L'URIOPSS Ile-de-France, Union régionale intersectorielle et interfédérale, regroupe plus de 500 gestionnaires privés non lucratifs de plus de 2200 établissements et services, accompagnant des personnes en situation de vulnérabilité de tous âges, qu'elles soient en difficulté sociale, malades, en situation de handicap, en déficit et/ou perte d'autonomie, en fin de vie.

Sur la période couverte par le PRS II, l'URIOPSS identifie plusieurs facteurs qui complexifient et accroissent les incertitudes sur l'action des acteurs de la santé et des solidarités, en particulier dans la région-capitale :

- La montée des fragilités et des inégalités, aussi bien sociales que territoriales, crée de fortes attentes et une demande sociale
- Le risque d'une protection sociale remise en cause et moins universaliste
- Une évolution du champ des pratiques professionnelles et des contraintes normatives nombreuses et complexes à appréhender, avec une inflation législative et réglementaire constante
- Le devenir du Grand Paris et des départements de petite couronne qui fait peser un double risque : un défaut de prise en compte des spécificités territoriales et populationnelles ; l'absence d'interlocuteurs pour mener les nécessaires débats sur les orientations politiques locales et des dialogues budgétaires constructifs

L'URIOPSS souligne ainsi plusieurs enjeux pour les acteurs de la santé et des solidarités pour ces prochaines années :

- Bâtir et défendre un modèle social francilien, fondé sur des valeurs structurantes qui unissent le réseau UNIOPSS-URIOPSS : **la non-lucrativité, la primauté de la personne, la solidarité, l'égalité dans l'accès aux droits et la participation de tous à la vie en société, le véritable « vivre ensemble »** qui est au cœur des préoccupations
- **Développer des nouvelles formes de coopérations et collaborations sur les territoires** avec les acteurs de l'ESS et entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans des dynamiques de réseaux, de coordination, d'intégration et de parcours
- **Adapter les pratiques, métiers et compétences**
- Intégrer les demandes de **participation citoyenne** de plus en plus pertinentes de la part des personnes et de leurs familles à la vie de nos établissements
- **Valoriser l'action du secteur au profit de la société**
- **Transformer le système de santé pour sortir de l'hospitalo-centrisme.** L'hôpital comme le groupement hospitalier de territoire ne doivent pas être considérés *a priori* comme le pivot du parcours sur le territoire.

**Le présent avis de l'URIOPSS sur le PRS II s'inscrit en complémentarité de la contribution portée à la connaissance du Directeur Général de l'ARS le 8 novembre 2017 (voir ci-joint).**

***L'Uriopss rejoint les engagements portés par l'ARS dans le PRS II pour la diminution des inégalités, une approche territoriale affirmée, la prévention et la promotion de la santé, le décloisonnement et la transversalité des politiques publiques. L'Uriopss adhère au diagnostic posé par l'ARS (qui reste laconique pour ce qui concerne les professionnels de santé et particulièrement les paramédicaux et le secteur psychiatrique), aux axes de transformation et aux priorités de santé.***

***Toutefois, une vigilance constante devra être portée aux publics frontières : enfants placés susceptibles d'être porteurs d'un handicap, mineurs non accompagnés, mères isolées, personnes handicapées vieillissantes, personnes handicapées psychiques en situation de précarité, etc. Dans sa précédente contribution, l'Uriopss avait d'ailleurs proposé que deux priorités de santé soient ajoutées pour les publics précaires et les publics avec addiction, pour une prise en compte effectivement transversale et au-delà du PRAPS.***

***Si le PRS propose des orientations globalement partagées, les éléments portant sur les conditions de leur mise en œuvre et les moyens concrètement envisagés à cet effet mériteraient d'être précisés, partagés et co-construits. Les objectifs inscrits en introduction de chaque axe du SRS doivent être limités en nombre et mieux définis, avec des échéances et des indicateurs.***

L'URIOPSS inscrit son avis sur le PRS II dans une approche transversale, indispensable pour mieux répondre aux besoins des différents publics (notamment les publics frontières et ceux les plus éloignés des soins) mais aussi pour mieux maîtriser les coûts.

**Au-delà et à ce stade, la vigilance de notre Union porte plus particulièrement sur les actions suivantes :**

#### **- Définir les besoins des franciliens :**

- S'agissant des personnes en situation de handicap : l'indice global de besoins (IGB) défini par la CNSA est fondé sur la dépense, ce qui ne suffit pas à caractériser les besoins réels et **il conviendrait que le PRS s'appuie davantage sur les données des MDPH et sur des enquêtes directes auprès de la population**. Le déploiement du système d'information des MDPH permettra une meilleure connaissance des besoins et devrait logiquement amener à une révision du PRS
- Le PRS doit mettre en œuvre les mesures de la circulaire du 2 mai 2017 sur la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, en particulier sur le **diagnostic partagé « polyhandicap »** à inscrire dans le schéma régional de santé
- Anticiper **l'impact du développement des transports du Grand Paris** en priorisant dès à présent les zones qui resteront enclavées
- Une **vigilance est à avoir quant aux chiffres et indicateurs exprimés dans le PRS** puisque chaque situation est spécifique et différente d'une autre. Ils peuvent être loin de la réalité de terrain.

#### **- Développer de nouvelles réponses :**

- L'URIOPSS souhaite être davantage associée à la préparation des nouvelles autorisations, tant sur le plan de la **définition des besoins**, de **l'identification du type de réponse à apporter** (cf. récent appel à projets pour une structure de plus de 100 places mêlant autisme et troubles du comportement ou handicap psychique), que sur celui de **l'organisation de la procédure**. En particulier, les « appels à candidatures » (hors cadre réglementaire de l'appel à projets) doivent faire l'objet de la plus grande transparence, et de la plus grande équité entre tous les opérateurs

susceptibles de présenter un projet : publication et diffusion large du cahier des charges, de la composition de la commission de sélection « ad hoc », des critères de notation des projets et du classement obtenu. Ce point vise en particulier les extensions de capacités, y compris désormais supérieures à 30% dans le cadre de la nouvelle dérogation accordée au Directeur Général de l'ARS IDF par décret du 29 décembre 2017.

- Contrairement à ce qui est inscrit dans le COS et en fonction du diagnostic des structures en difficulté, **l'accompagnement par l'ARS doit aussi pouvoir être financier en plus d'être technique**
- Il apparaît nécessaire de laisser une **marge d'initiative aux acteurs de terrain pour développer leurs projets** en réponse à des besoins identifiés (exemple : les équipes spécialisées Alzheimer devraient pouvoir être créées par d'autres porteurs que les SSIAD)
- Les **besoins des publics précaires** (notamment dans les logements accompagnés de type résidence sociale) impliquent la nécessité d'accroître l'offre de places de SSIAD
- L'accroissement des besoins concernant les **personnes en situation de handicap vieillissantes** nécessite d'inventer de nouvelles réponses (médicalisation des structures, accompagnement en ambulatoire, etc. ...)
- Développer **l'intervention de l'hospitalisation à domicile en EHPAD et en établissements accueillant des personnes en situation de handicap, ou assurer la couverture en soins infirmiers en interne (ou via une mutualisation entre ESMS)**, de manière à éviter des transferts injustifiés à l'hôpital
- Favoriser le **développement des structures d'exercice collectif** (centres de santé, réseaux de santé) afin de proposer de nouvelles réponses en matière d'offre de soins, particulièrement dans les zones sous-dotées
- Beaucoup de personnes précaires refusent ou n'osent pas demander de soins, l'ARS doit se pencher sur cette **problématique d'accès et de refus de soins**
- L'ARS souhaite « accompagner la mutation du secteur médico-social en faveur de prises en charges plus souples, évolutives et **davantage tournées vers le domicile** » : cet objectif consensuel ne doit pas masquer les besoins des personnes les plus fragiles (plateau technique, continuité de soins 24h/24...), et doit s'accompagner d'une vigilance absolue à l'égard de la **santé des aidants, appelant des actions concrètes telles que le développement de l'offre de répit et de la formation.**
- L'Uriopss attend de l'ARS qu'elle définisse une doctrine claire quant à l'application de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale, qui ouvre des possibilités de **dérogation dans l'attribution des autorisations de soins**, particulièrement dans le cadre d'un GHT
- L'ARS a un rôle fort à jouer dans le soutien à l'innovation, sous toutes ses formes et sans oublier l'innovation organisationnelle

#### - **Décloisonner le soin et l'accompagnement médico-social :**

- L'URIOPSS attend du PRS qu'il fixe des objectifs opérationnels précis en la matière, et comporte un **bilan à ce jour de la « fongibilité asymétrique » des enveloppes**
- Le soutien volontariste à **l'investissement et à l'entretien pour des systèmes d'information adaptés et interopérables dans le secteur médico-social** est absolument nécessaire. Si l'impulsion devrait être nationale, l'ARS a aussi un rôle prépondérant à jouer.

#### - **Renforcer la politique de prévention, avec pour corollaire la réduction du coût des soins**

- Les actions de prévention nécessitent un **financement pérenne**, qu'elles s'appuient sur des réseaux ou des consultations dédiées (santé bucco-dentaire, nutritionnelle, gynécologique, etc.)

- Le PRS est trop silencieux sur le développement et le soutien des **approches non médicamenteuses** visant à maintenir les capacités des personnes en perte d'autonomie (facilitation de l'innovation y compris numérique, soutien à l'évolution des pratiques et des formations des professionnels du soin et de l'accompagnement) : un tel objectif est pourtant crucial, tant pour le bien-être de la personne que pour l'économie générée en matière de dépense de soin. Le projet de PRS II doit aussi prendre en compte d'autres approches non médicamenteuses que l'activité physique et sportive adaptée.
- Privilégier le **partenariat nécessaire avec l'éducation nationale pour développer la prévention** de manière optimale

### - Garantir l'accès aux soins malgré le manque de professionnels de santé :

- Les structures (EHPAD notamment) se heurtant à l'impossibilité de recruter un temps de médecin psychiatre doivent pouvoir s'appuyer sur des **équipes mobiles adossées à l'hôpital**
- Le développement de la **télémédecine** nécessite davantage de **temps dédié à ces consultations** par médecin dans les hôpitaux
- Au regard des travaux réalisés actuellement autour du zonage ambulatoire, il est essentiel de mener une étude complémentaire **de qualification de la pénurie des professionnels de santé et d'anticiper leur évolution démographique** afin de construire collectivement des réponses permettant un égal accès aux soins dans l'ensemble des territoires franciliens
- Le constat de **l'absentéisme des professionnels en ESMS** doit être accompagné d'un plan d'action régional, associant les fédérations et syndicats employeurs
- Pour une offre de soin et une coordination efficaces, soutenir auprès des autres acteurs compétents (Conseil régional, instituts de formation, universités) l'organisation de **formations croisées** pour les professionnels de la santé et de la solidarité et dans lesquelles les patients experts auraient toute leur place
- Lorsque l'hospitalisation d'une personne en situation de handicap lourd nécessite un accompagnement permanent par un professionnel de l'établissement médico-social où cette personne est habituellement accueillie, **l'ARS doit en tenir compte et, au minimum, compenser la perte de moyen que représente cette « mise à disposition » forcée de l'établissement médico-social vers l'hôpital**

### - Assurer le respect des droits des usagers

- Si des personnes qualifiées doivent effectivement être nommées dans tous les départements où elles ne le sont pas, il est aussi indispensable de faire connaître leurs missions, de les soutenir dans l'accomplissement de celles-ci et de les doter des moyens nécessaires
- En complément, le développement de la médiation conventionnelle est effectivement une voie à expérimenter, avec là aussi des acteurs identifiés et des financements.
- De plus, les initiatives existantes pour ouvrir les conseils de vie sociale sur les territoires devraient être promues, pour sortir de l'effet « intra structure », partager et relayer les réflexions et les propositions des représentants.

### - Soutenir la coordination et la coopération entre les acteurs :

- La multiplication des dispositifs de coordination ou d'intégration (CLIC, MAIA, PAERPA, réseaux, plateformes, DITSA, ERHR....) entraîne une illisibilité par les acteurs de terrain, et nécessite donc un large effort de **communication et de simplification** de la part des pouvoirs publics dont l'ARS, en tenant compte du niveau d'avancement et d'intégration de ces différents dispositifs sur le territoire

- Afin d'améliorer la coordination entre les acteurs sur les territoires, **la mise en place d'un coordinateur à l'échelle régionale** (qui peut-être l'Agence Régionale de Santé) **doit être pensé et réfléchi afin d'avoir une cohérence sur les territoires**
- Certains de ces dispositifs sont sous dotés au regard de leur mission et doivent bénéficier d'un **renfort de moyens** (exemple : équipe relais handicaps rares)
- La coordination entre les établissements ou services d'un territoire doit être **financée et adaptée** en fonction de chaque cas qui se présente (moyens nécessaires en formation et en ETP)
- La coopération entre les établissements pour enfants en situation de handicap et l'enseignement dit ordinaire nécessite un appui volontariste de la part de l'ARS dans le cadre d'un **partenariat renforcé avec les autres acteurs, notamment l'Education nationale**. L'URIOPSS pointe le besoin de **développer les unités d'enseignement** (portées par des hôpitaux de jour ou des ESMS) **externalisées dans les écoles et les collèges**, permettant un accompagnement médico-éducatif des enfants par un personnel qualifié et avec un temps de scolarisation suffisant pour rendre les apprentissages et l'intégration sociale possibles
- Sur le **handicap psychique**, le PRS doit permettre la coordination entre tous les acteurs et faire le lien en particulier avec le **Schéma régional habitat et hébergement**. Cela rejoint l'objectif du PRS II de mettre la santé dans toutes les politiques, selon un principe de responsabilité partagée entre les différentes administrations
- Il apparaît indispensable **d'associer les CPAM au PRS**, notamment pour ce qui concerne les prises en charge complémentaires de soins paramédicaux en libéral et les frais de transport, dans une logique de limitation du reste à charge. **L'appréhension des coûts au parcours** et non plus par secteur doit être développée, les gains générés par la fluidification des prises en charge être réinvestie selon les besoins et dans une logique de fongibilité asymétrique
- Dans le cadre de la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), il est essentiel de **prendre en compte l'offre et l'expertise déployée sur les territoires par les acteurs du privé non lucratif** en matière d'accompagnement sanitaire, social et médico-social. Ils doivent impérativement être associés à la coordination des soins pour un parcours de santé complémentaire et adapté en proximité
- Afin d'éviter les ruptures de parcours du fait d'une absence de coordination entre ces secteurs, développer des modalités opérationnelles mettant en **lien l'éducation nationale, l'aide sociale à l'enfance et le médico-social pour répondre aux situations complexes**
- **Appuyer la formation des élus locaux** qui sont des acteurs indispensables pour coordonner et déployer l'offre de soins sur le territoire
- **Mobiliser l'Education nationale dans les Conseils Territoriaux de Santé** conformément à ce qui est prévu dans la loi
- **Garantir l'accessibilité économique des EHPAD** qui, faute de financements tenant compte de la perte d'autonomie et des besoins de soins des personnes accueillies, se tourneront vers une **dés-habilitation partielle à l'aide sociale** et augmenteront leurs tarifs hébergement
- **Améliorer l'offre de soin et la coordination en psychiatrie sur le territoire francilien :**
  - Prendre en compte la **pénurie croissante de pédopsychiatres et de psychiatres** en proposant des solutions permettant de répondre aux demandes sur l'ensemble des territoires (relais de prise en charge, développement de réseaux de partenaires ...)
  - Au regard des disparités territoriales, développer un **panel d'offres psychiatriques intégré au parcours de soins** permettant d'orienter les patients vers une prise en charge directement adaptée et de coordonner ses soins en proximité afin d'éviter une absence de réponse et des ruptures de

parcours (par exemple, prise en compte dans les GHT, les communautés professionnelles territoriales de santé...). Cela passe par l'élaboration d'un diagnostic pour évaluer les besoins au niveau régional.

- **Appuyer au développement et au renforcement des Conseils Locaux de Santé Mentale** afin de déployer localement l'offre en santé mentale sur le territoire
- **Renforcer les modules consacrés à la psychiatrie dans la formation d'Infirmière**, et mettre en place une formation spécialisée qualifiante d'Infirmière en psychiatrie
- Plus largement, **intégrer la santé mentale à toute forme de soin et sensibiliser l'ensemble des professionnels à cette dernière**

#### - **Adopter une politique volontariste de soutien de l'aide à domicile**

L'URIOPSS demande que l'ARS prenne toute sa part au soutien de ce secteur, sur la base d'un financement public indispensable pour répondre à plusieurs enjeux majeurs : **création d'emplois, prévention, formation en fonction des spécificités des publics accompagnés, et virage ambulatoire**. Sur ce dernier point, une réduction des dépenses d'assurance maladie est également en jeu : les services d'aide à domicile - lorsqu'ils sont suffisamment dotés pour répondre aux besoins des personnes qu'ils accompagnent - constituent un **relais crucial pour sécuriser les sorties d'hôpital**.

#### **EN CONCLUSION**

L'URIOPSS est déterminée à participer à l'appropriation par les acteurs des grandes orientations nationales et régionales, ainsi qu'à l'évaluation du PRS et des effets observables pour la santé de la population.

Notre Union soutiendra ses adhérents en vue de développer l'innovation et le rapprochement des acteurs, afin de répondre aux besoins évolutifs des populations sur les territoires, et d'aller davantage vers des accompagnements sans ruptures.

A cette fin, l'URIOPSS demande un véritable débat démocratique où les avis des instances et des personnes consultées soient réellement pris en compte, un accompagnement des acteurs par des actions de formations et d'informations renforcées, enfin une évaluation régulière et un suivi de l'efficacité du PRS, avec au besoin une révision concertée de celui-ci.