le Président

Dr Denis LEGUAY

A Angers, le 22 novembre 2011

Madame Marie-Sophie DESAULLE
Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé
des Pays de la Loire

Madame la Directrice Générale,

Vous avez souhaité, par votre courrier du 19 septembre 2011, recueillir, conformément au décret 2010-514 du 18 mai 2010, l'avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie sur le Schéma régional de prévention, le Schéma régional d'organisation des soins, et le Schéma régional d'organisation médico-sociale constitutifs du Projet Régional de Santé.

Vous trouverez ci-dessous cet avis, préparé comme le prévoit le décret 2010-348 du 31 mars 2010, par les Commissions spécialisées de Prévention, d'Organisation des soins, et pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux.

Cet avis a été approuvé par l'Assemblée plénière de la CRSA le 21 novembre 2011, par 53 voix pour, 1 voix contre, 4 votes blanc, et 3 membres ne prenant pas part au vote.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de notre considération distinguée,

Dr Denis LEGUAY

AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE SUR LES SCHEMAS DU PROJET REGIONAL DE SANTE

La CRSA a pris connaissance des trois schémas du Projet Régional de Santé (Schéma régional de prévention, Schéma Régional d'organisation des Soins, et Schéma régional d'organisation médico-sociale). Elle en a effectué l'examen par ses commissions spécialisées, Commission spécialisée de prévention, Commission spécialisée de l'organisation des soins, et Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux. La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers a porté son regard sur l'ensemble des schémas et a formulé une contribution, dans son domaine, sur chacun d'entre eux.

La CRSA a également été destinataire de nombreuses contributions émanant de différents acteurs, dont elle a tenu compte dans son avis global et dans les avis préparés par les commissions spécialisées.

Ces Commissions spécialisées ont décliné, dans leurs champs de compétences et de responsabilité respectifs les remarques et observations que leur ont inspirées les projets de schémas du Projet Régional de Santé. Leurs avis ci-après se sont construits en fonction d'approches différentes, approfondissant plus ou moins le détail des propositions. Mais on retrouve dans l'ensemble de ces avis **certains points communs** que la CRSA dans son assemblée plénière souhaite souligner et reprendre à son compte.

Cette dernière souhaite également, en guise de synthèse et d'appréciation générale, émettre un avis global, portant sur l'ensemble des schémas, lus comme un projet unique, porteur d'une philosophie d'analyse de l'existant, et de conception des changements à engager.

Tout d'abord la CRSA salue **l'ampleur du travail réalisé et de la concertation conduite** depuis les début de l'élaboration du PRS, et spécialement lors de l'étape récente de la rédaction des schémas, avec les groupes de travail, les réunions thématiques, les versions successives du projet, même si elle a pu regretter à certaines étapes la brièveté des délais prévus pour organiser le dialogue démocratique sur les propositions formulées. Elle salue également **l'ambition de l'ARS de concevoir l'évolution du système de santé selon de nouveaux paradigmes**, dans une logique transversale d'anticipation et de réponse aux besoins globaux de la personne, de convergence des politiques en matière de prévention, d'accompagnement médico-social, d'organisation des soins et de complémentarité des interventions, et dans la ligne des orientations stratégiques précédemment retenues.

Elle désire également apporter à la réflexion collective les considérations suivantes, en souhaitant qu'elles soient prises en compte dans le document final.

Tout d'abord, elle remarque que ces trois schémas traitent d'un ensemble très complet de problématiques générales indiquant des directions d'évolution auxquelles chacun souscrit, mais parmi lesquelles **ne se distinguent pas clairement les spécificités régionales et donc les priorités d'action qu'entendra suivre l'Agence** Régionale de Santé. A ce titre, les projets de schémas semblent constituer une charte, rassemblant des principes au regard desquels seront effectués les choix régionaux, plutôt que préfigurer ces choix eux-mêmes. De même, leur articulation entre eux, et à construire avec les projets territoriaux de santé, ne paraît pas spontanément très lisible.

Dans le même registre, l'absence d'indications concernant **la question des financements**, évidemment structurante, contribue à entretenir le sentiment d'une certaine indétermination quant aux perspectives concrètes d'atteinte des objectifs formulés. La Conférence entend bien que les évolutions budgétaires sont, aujourd'hui plus que jamais, soumises à des contraintes externes dont l'Agence n'a pas la maîtrise, mais elle souhaiterait qu'une réflexion sur la priorisation de ces objectifs, si leur atteinte dépend de financements spécifiques et nouveaux, soit d'ores et déjà engagée, même si elle tient à rappeler qu'elle reste bien évidemment attachée à un haut niveau de qualité des soins et de protection sociale.

Sur le chapitre spécifique des activités soumises à autorisation (axe 6 du SROS), elle précise que ce dernier ne saurait être, selon elle, validé sans concertation sur chacun des dossiers avec les acteurs concernés et saisine préalable des instances territoriales, et de la Commission spécialisée de l'organisation des soins.

La Conférence souhaite également insister sur **l'accent à porter sur la prévention**, qui doit précisément constituer un enjeu prioritaire pour notre région, et sur l'intérêt majeur que revêt la contribution de tous à cet objectif, opérateurs de prévention mais aussi professionnels de santé, et autres acteurs institutionnels incontournables qu'il convient de solliciter dans le cadre d'une articulation lisible. La prévention primaire, la promotion de la santé devraient être plus fortement mis en avant, par le biais d'une politique régionale de renforcement des compétences des « bien-portants », portant sur des priorités régionales et locales identifiées comme inégalités de santé. Cette volonté devrait être davantage affichée et déclinée dans le Projet Régional de Santé.

Le **caractère absolument essentiel de l'objectif d'un accès aux soins potentiellement immédiat, et équitable**, de premier et de second recours, **et à l'accompagnement médico-social** devrait être également davantage souligné, comme préalable à tout autre objectif, d'autant que la démographie professionnelle va faire spécialement courir à notre région, pour une période à venir d'une dizaine d'années, le risque dans certains territoires d'une rupture de la permanence des soins, avec les effets en cascade qui pourraient en découler.

Pour répondre à ces objectifs de pertinence et d'équité des évolutions de notre système de santé conduites par l'ARS, chacune des commissions spécialisées a insisté sur l'importance d'une **observation** fine, d'une **évaluation** rigoureuse, et pour ce faire sur la détermination d'**indicateurs** dont le choix doit faire l'objet d'une réflexion partagée, basée sur le retour d'expérience des précédents schémas régionaux, et l'**analyse des besoins**. La CRSA estime qu'une politique de l'observation, son édification dans le cadre de la démocratie sanitaire, et le suivi des schémas devraient constituer en tant que tels des objectifs du PRS. Ce point est particulièrement fondamental pour le champ de l'accompagnement médico-social puisqu'il pourra déterminer le contenu des appels à projets. Il l'est aussi dans le champ sanitaire, comme garant d'un diagnostic sincère et partagé de l'existant et des évolutions à engager, et est attendu par les professionnels et les Fédérations.

Le dernier point que souhaite souligner la Conférence a trait aux **relations entre les acteurs de santé, professionnels et institutionnels**. Si l'objectif d'un progrès dans la coordination des parcours, d'une complémentarité acceptée comme une plus-value pour chacun, d'un continuum de la prise en charge est revendiqué par tous comme une garantie d'un meilleur accès aux soins, sa mise en œuvre passera nécessairement par le renforcement de la (re)connaissance réciproque, et une éthique de respect des apports de chacun. Certaines propositions avancées dans le projet semblent privilégier *a priori* certaines orientations de prise en charge, comme si les pratiques construites au fil du temps avaient davantage répondu aux partis pris des acteurs qu'aux besoins des usagers. La Conférence tient à rappeler que les évolutions souhaitables ne pourront être conduites qu'avec la participation de tous, professionnels, usagers, établissements publics et privés, associations, et en concertation étroite avec les collectivités territoriales en charge de secteurs importants de l'action sociale, en prenant en compte la richesse de leurs contributions dans l'histoire de notre appareil de santé ligérien. Pour elle, la démocratie sanitaire se décline aussi sur un mode qualitatif, et si elle doit s'intensifier pour une mobilisation résolue des ressources de notre région, elle ne peut s'établir que dans la confiance qui naîtra de procédures respectueuses des implications de chacun, et de la richesse des relations interinstitutionnelles.

La Conférence souhaite que chacun de ces points se retrouve dans le Projet Régional de Santé, ses schémas, et leurs déclinaisons en programmes territoriaux et spécifiques.

Les avis ci-après de la Commission spécialisée de prévention, de la Commission spécialisée de l'organisation des soins, et de la Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux constituent, avec le présent texte d'introduction, l'avis de la CRSA.

AVIS DE LA COMMISSION SPECIALISEE DE PREVENTION SUR LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

Rappel réglementaire :

*« La **commission spécialisée de prévention** contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention, et à ce titre : elle prépare **un avis** sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation ».*

Remarque générale

La commission est consciente de la complexité de la rédaction du Projet Régional de Santé compte tenu des délais contraints, mais aussi suite à une volonté de concertation ample que nous tenons à saluer. Le travail significatif effectué par la Direction du PRS mérite d'être reconnu d'autant qu'il faut souligner le respect des engagements relatifs à l'envoi des trois schémas régionaux, même si l'envoi successif de plusieurs versions souvent incomplètes a rendu plus difficile l'analyse de ceux - ci. La commission considère que le projet « schéma régional de prévention » est le résultat d'un travail sérieux, voire ambitieux. Nous soulignons tout d'abord la qualité du travail présenté, et sa grande lisibilité. La notion d'objectif est claire, et les déclinaisons opérationnelles, bien que parfois trop nombreuses, donnent un éclairage concret au dispositif annoncé. Il est à regretter que le préambule (présent dans la version du 19 août) n'ait pas été repris dans la version définitive. En effet, ce préambule permettait de définir les termes, de resituer le contexte, de rappeler quelques éléments du diagnostic sur l'état de santé et des besoins de santé dans notre région, et de préciser l'organisation interne de l'ARS dans ce domaine.

Enfin, il serait souhaitable que les trois schémas soient en cohérence, même si chacun d'entre eux a ses propres spécificités. Ainsi, malgré le rappel des orientations notamment sur la place de la personne, il apparaît que la "culture sanitaire" tend à imprégner fortement la tonalité générale du texte. Les indicateurs retenus nous apparaissent très quantitatifs, il faudrait travailler sur la définition d'indicateurs qualitatifs, notamment en matière de prévention. A titre d'illustrations, il est noté dans le projet de schéma de prévention un nombre plus important d'objectifs relatifs à la prévention secondaire et tertiaire par rapport à la prévention primaire. La prise en charge sociale dans les établissements et services médico-sociaux, bien que peu évaluable, doit être davantage valorisée. De même, que devrait être fortement mis en avant la place de la promotion de la santé dans un renforcement des compétences des "biens-portants".

La commission spécialisée s'interroge sur la faisabilité et la réalisation de ce schéma, certes ambitieux, par manque de précision sur les moyens financiers et humains. Certains objectifs apparaissent comme très généraux alors que d'autres très précis sont plus des déclinaisons de ces objectifs généraux. Néanmoins, l'ensemble des objectifs offre une certaine cohérence et correspond en grande partie à des besoins identifiés. Si derrière les objectifs, outils opérationnels, sont développés des programmes d'action ciblant les moyens dégagés, il nous paraîtrait important que soit précisé un échéancier correspondant à une priorisation des objectifs dans le temps. Il faudrait également que soient identifiées les lignes budgétaires correspondant à certains objectifs qui ne peuvent à priori être réalisés que s'il existe des financements ciblés ou alors un redéploiement au sein d'enveloppes existantes. Afin de donner toute la portée nécessaire

à ce schéma, il conviendrait de mieux identifier des leviers pragmatiques, et définir des priorités, notamment en matière d'éducation thérapeutique.

Sur les résultats attendus, ils sont parfois peu précis et ne correspondent pas toujours aux objectifs opérationnels. Il faudrait qu'ils soient affinés.

Répondre à des priorités

La commission spécialisée prévention reconnaît la prévention comme constituant un élément fort du dispositif d'amélioration continue de la santé des ligériens. Elle rappelle l'importance d'une politique globale de prévention dans le but de réduire les inégalités sociales de santé par une action volontariste inversement proportionnelle en fonction du gradient social. Ceci suppose, pour la commission, de mettre la prévention au cœur de la politique de l'ARS dans son champ de compétences et d'adopter un rôle de plaidoyer déterminé en faveur d'une action intersectorielle.

Au-delà des politiques nationales de santé publique, la commission considère comme indispensable la définition de priorités régionales à travers des programmes régionaux précis et ciblés. Elle plaide pour une prise en compte de la santé et des inégalités de santé dans toutes les politiques publiques, qu'elles soient conduites par l'état, les collectivités territoriales, les assureurs santé (assurance maladie et mutuelles) ou la société civile (monde associatif, acteurs économiques).

Plus particulièrement, ce schéma nécessite d'établir un partenariat fort avec des acteurs incontournables que sont l'Education nationale, la santé au travail (médecine du travail), la petite enfance (PMI), la santé des étudiants qui ont également leur logique propre de construction de projets.

- Soutenir les acteurs de la petite enfance et de l'enfance (PMI, pédopsychiatrie, santé scolaire, PJJ, MDA, etc.) et au-delà (SUMPPS) dans leur travail d'étayage et d'accompagnement (bien définis dans l'objectif 15),
- Sensibiliser d'une part sur les grands problèmes de santé publique, et d'autre part sur ceux relatifs aux conditions de travail internes à chaque entreprise tant au niveau des salariés que des employeurs et des organisations professionnelles,
- Engager vigoureusement les actions visant à préserver un environnement physique et humain favorable à la santé.

Des acteurs coordonnés

❖ **Les professionnels de la santé** agissent sur la question de la prévention des maladies en proposant une action sur les facteurs de risques (entretien individuel avec médecin, infirmière, kinésithérapeute, etc.) et sont donc le plus souvent en situation d'actions individuelles et personnalisées, parfois en actions collectives sur le champ de l'éducation thérapeutique du patient. L'acte de prévention est souvent intégré dans une démarche de suivi, parfois de soins et, c'est souhaité, avec l'adhésion du patient. La formulation qui prétend "*engager les acteurs de santé du 1er recours* (voire les établissements de santé) *vers des actions de prévention de proximité"* nous semble maladroite. Nous suggérons plutôt une formulation comme *"renforcer les capacités"*.

❖ **Les opérateurs de prévention** (associations, institutions ou organismes divers) disposent d'un réseau de professionnels formés à la mise en place de projet d'actions collectives destiné au plus grand nombre d'individus (potentiellement patient un jour ou pas du tout) qui visent la promotion de la santé, c'est-à-dire l'amélioration de la santé par l'action de l'individu "bien portant". A priori, la prise en compte des capacités et des ressources personnelles de la personne, le respect de son autonomie à faire des choix éclairés pour sa santé, son action sur l'environnement afin de créer les conditions favorables à sa santé, génèrent des alliances entre acteurs et opérateurs et entre individus. Au travers des actions collectives, les individus sont questionnés et peuvent faire le choix d'une démarche individuelle vers un professionnel de santé.

Il y a nécessité à ce que les acteurs concernés par la promotion de la santé puissent se reconnaître dans le schéma de prévention, comme par exemple ceux du Pôle Régional de Compétences en éducation pour la santé qui n'apparaît pas dans les acteurs concernés.

L'ensemble des passerelles entre les professionnels de santé et les opérateurs de prévention est un véritable enjeu et ne peut être que moteur s'il est plus précisé dans les textes. Or, il n'est pas évoqué la difficulté mentionnée par les professionnels de santé, à avoir une visibilité de l'ensemble des acteurs territoriaux avec lesquels ils pourraient développer une articulation en matière de prévention notamment entre structures et associations de prévention. Après identification, une évaluation de celles-ci permettrait une meilleure visibilité des articulations possibles. Une priorité doit être donnée à l'organisation de la prévention (clarification des rôles notamment) en identifiant sur un territoire de projets un coordinateur pour permettre cette articulation.

Certes, le choix de faire figurer dans ce schéma la prévention dans le système de santé (dépistage, éducation thérapeutique, veille sanitaire, qualité et sécurité des soins…) aboutit à un poids relatif non négligeable à mettre en rapport avec le domaine de la prévention-universelle et la promotion de la santé. A ce titre, il est souhaité que des liens apparaissent entre le schéma de prévention et celui relatif à l'organisation des soins, pour que le premier recours ne soit pas uniquement centré sur les soins mais s'élargisse effectivement vers d'autres professionnels non médicaux. Si l'éducation thérapeutique du patient se développe au niveau du premier recours, cela se fera plus facilement à travers les Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP). Ainsi, dans le cas du diabète de type II, les MSP représentent un relai efficace pour réduire les inégalités d'accès à l'information des populations.

Des axes insuffisamment développés

L'**observation** de la santé permet d'adapter les politiques nationales aux spécificités des besoins dans la région et les territoires. Elle doit porter sur les problèmes de santé et l'offre de soins, dans les deux secteurs sanitaire et médico-social. Comment organiser la « mobilisation pour réduire les inégalités de santé » si ces dernières ne sont pas toujours mesurées, et les informations les concernant insuffisamment exploitées ? La région a un ORS de grande qualité dont l'expertise est essentielle pour étayer les interventions dans le champ médico-social avec les acteurs concernés. Son nécessaire apport n'est pas assez mis en évidence dans le document.

L'**évaluation** est indispensable pour améliorer l'accessibilité, l'efficacité / sécurité et l'efficience des interventions, programmes et services. C'est avant tout un renforcement des capacités d'évaluation formative qui est nécessaire, pour amener des professionnels et des institutions à identifier leurs forces et

leurs faiblesses ainsi que les pistes d'amélioration qui paraissent à la fois faisables, acceptables et économiquement soutenables.

La **formation** est un outil d'intervention privilégié. Il y a fort à faire dans la formation initiale des professionnels de santé pour qu'ils prennent mieux en compte la dimension collective des problèmes de santé et d'organisation des services dans leur travail au quotidien. Mais l'enjeu de « développement professionnel continu » tout au long de la vie professionnelle est tout aussi essentiel. **L'objectif 6** est résolument optimiste compte-tenu de la faiblesse actuelle de la formation dans le domaine des sciences humaines et sociales. La formation des acteurs de santé dépend aussi de leur volonté propre à s'inscrire à des modules spécifiques. Une recommandation serait de veiller à ce que la formation continue dans le champ de la prévention soit effective. Le plaidoyer sera nécessaire en sachant que les décisions peuvent parfois être locales : statut d'autonomie des universités.

Sur quelques objectifs

Pour les **objectifs 1 à 4**, la commission sera vigilante à ce qu'ils ne soient pas raisonnés uniquement en termes de comportements individuels, mais que soit pris en compte l'importance du contexte (changer les habitudes alimentaires ou promouvoir l'exercice physique ont beaucoup plus de chance d'aboutir par des actions sur l'environnement, urbain notamment, que par une information / éducation individuelle). Il y a encore du chemin avant que la santé soit envisagée sous l'angle des conditions du vivre ensemble plutôt qu'exclusivement sous l'angle de la responsabilité individuelle.

Dans **l'objectif 1 de l'axe 1** concernant la déclinaison opérationnelle « *accroître la professionnalisation des associations intervenant en éducation pour la santé* ». Cette intention louable suppose en corollaire que soient donnés les moyens financiers de recruter des professionnels compétents qui se chargeront de construire des projets, d'animer des ateliers, des conférences pour le public ciblé sur les quartiers. Les bénévoles ont besoin d'être accompagnés par des professionnels compétents dans le domaine de l'éducation pour la santé. La formation doit aussi les concerner à un niveau adapté à leur engagement.

Dans **l'objectif 1** : noter qu'il s'agit d'étudiants "pairs" et non "relais" : ils sont les acteurs de prévention sur des thèmes et selon des modalités qu'ils identifient eux-mêmes, ils ne sont pas de simples relais d'information.

Dans **l'objectif 2** : en ETP, il est proposé par ailleurs d'intervenir dans le médico-social. Il conviendrait de connaître des repères éprouvés disant ce qu'il convient de faire, de manière efficace (à défaut d'être efficient) afin de s'adapter au niveau de compréhension des usagers mais aussi des aidants. D'autre part l'ETP doit pouvoir être intégré dans le parcours du patient, notamment au niveau du premier recours.

Dans **l'objectif 3** : ajouter le SUMPPS dans les acteurs.

Dans **l'objectif 5** : ajouter les adolescents.

Dans **l'objectif 15** : afin d'éviter toute ambigüité dans l'interprétation, il est proposé d'écrire : " favoriser le lien afin de repérer et d'accompagner les situations de vulnérabilité au travers d'une prévention plutôt prévenante que prédictive".

AVIS DE LA COMMISSION SPECIALISEE ORGANISATION DES SOINS SUR LE SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

Deux groupes de travail et deux commissions ont été réunis afin de préparer l'avis de la commission sur le projet de Schéma Régional d'Organisation des Soins présenté par l'ARS des Pays de la Loire.

Si les membres de la commission considèrent que le document présenté constitue une bonne déclinaison des orientations stratégiques du Projet Régional de Santé, les différents échanges ont permis de faire ressortir un certain nombre de remarques tant sur la méthode d'élaboration retenue que sur le contenu.

Concernant la méthode, les membres de la commission regrettent que la marche forcée, dictée par le calendrier, n'ait pas permis un véritable travail sur le fond et une démarche itérative. Les positions retenues régionalement (ou nationalement) par les différentes composantes de la Commission ont été avancées sans possibilité de recherche de consensus.

Bien que l'annexe 2 du PRS présente un diagnostic régional de l'état de santé et des besoins de santé dans les Pays de la Loire, cette synthèse reste trop globale.
Les membres de la commission regrettent également que pour un Schéma Régional d'Organisation des Soins, principal outil opérationnel des préconisations du PRS, les éléments issus d'un bilan des réalisations des précédents SROS et des projets médicaux de territoire qui avaient mobilisé fortement les acteurs de terrain, n'aient pas été pris en compte.

Sur le fond les principales remarques ont trait à l'absence de priorisation des objectifs.

La commission ne conteste pas la pertinence des axes de travail, mais elle estime qu'il faut distinguer les 5 premiers : la place de la personne, l'offre de proximité, l'accès aux soins spécialisés, la coopération et la coordination et la maîtrise des risques, de l'axe 6 relatif à l'organisation des activités soumises à autorisation. Concernant cet axe, la commission estime que c'est à l'occasion de l'examen des dossiers qui lui seront soumis pour avis qu'elle exercera sa vigilance.

Fixer 31 objectifs avec des résultats attendus à 5 ans pour les 5 premiers axes semble particulièrement ambitieux si aucune priorité dans ces objectifs n'est retenue.

Au-delà des priorités que chaque composante a définies et s'attachera à promouvoir, les membres de la commission souhaitent qu'une attention particulière soit portée à toutes les actions visant à renforcer la coordination entre le domicile et les établissements, le continuum de la prise en charge et la fluidité du parcours de soins.

L'absence de « prédétermination » des financements mobilisables pour atteindre les objectifs fixés par le SROS apparaît préjudiciable à sa crédibilité.

Consciente des enjeux que représente, pour tous les usagers, la problématique d'accès aux soins et surtout des réductions des inégalités dans l'accès à un « juste soin », la commission demande que ces priorités soient systématiquement déclinées.

Des indicateurs mesurables doivent être préalablement identifiés et une clarification entre les schémas régionaux et les programmes territoriaux doit être apportée.

Enfin la commission insiste sur la nécessaire articulation entre les différents objectifs et entre les schémas.

AVIS DE LA COMMISSION SPECIALISEE DES PRISES EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENTS MEDICO-SOCIAUX SUR LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

Rappel des travaux de la commission sur le projet de Schéma Régional d'organisation médico-social

→ Information par l'ARS des membres de la CMS sur la démarche au cours des différentes réunions de la commission
→ Participation de certains membres dans les groupes de travail mis en place par l'ARS pour l'élaboration des schémas
→ Réunion le 7/09/2011 d'une commission restreinte de la CMS (sur la base du volontariat) pour analyser du projet du SROMS (version du 2/09/2011) et réécriture du document
→ Réunion de la commission du 29/09/2011 : débats / échanges et propositions sur le projet du SROMS (version du 16/09/2011 soumise à la CRSA)

Au-delà des propositions écrites transmises à l'ARS à la suite des différentes séances de travail (document du SROSM avec propositions de modifications sur chacune des fiches / objectifs du schéma) et des propos échangés et relevés dans les compte rendus de réunion, la commission spécialisée des prises en charge et accompagnements médico-sociaux tient à porter à la connaissance de la CRSA en vue de son vote du 21 / 11 /2011, les éléments d'analyse suivants :

- **La quantité de travail fourni par les équipes de l'ARS et la clarté de l'expression, la lisibilité ainsi que le caractère synthétique du schéma qui rend le document accessible, sont salués par les membres**.

- **L'évaluation des besoins** ne nous apparait pas complètement satisfaisante et ce au-delà des éléments d'analyse statistique/chiffrée, contenus dans les orientations stratégiques. Celles-ci de notre point de vue n'apportent pas de lisibilité complète sur les besoins médico-sociaux auxquels répondre dans la région
  → Préconisation : favoriser l'émergence d'un observatoire Médico-social

- **La description de l'offre et de son évolution** ne nous apparait pas suffisamment précise au regard des exigences légales (dresser un bilan qualitatif et quantitatif de l'offre existante)

OR de ces deux points précédents, dépendent la réussite de la nouvelle procédure d'appel à projets. De la qualité de l'analyse de besoins dépend la déclinaison opérationnelle de mise en œuvre du processus « planification-programmation ».

- **La terminologie du schéma** concernant le public visé questionne à plusieurs égards, les membres de la commission : **la notion de handicap** semble suppléer dans l'ensemble du document à toute terminologie relative au concept de perte d'autonomie ou de public en situation de vulnérabilité.

  → Cela ne semble pas conforme à la terminologie utilisée dans les textes qui distingue « les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables »
  → Cela ne semble pas correspondre à la réalité des dispositifs existants qui distinguent encore pour l'accès aux droits, ce qui relèvent des dispositifs du handicap ou de la perte d'autonomie.

→ Cela préfigure t il d'une évolution dans le sens de la convergence des dispositifs au sens de la loi de 2005 y compris une convergence financière ?
→ L'image figurant sur la 1ère page du document risque de ce fait d'enfermer l'ensemble du schéma sur le handicap physique
→ Une confusion entre des terminologies distinctes notamment sur la notion de projet personnalisé et projet de vie (objectif 1)

- **Un manque de visibilité sur le rôle de chef de file** de l'action sociale des Conseils Généraux et l'articulation avec les schémas départementaux

- **Les institutions/établissements** n'apparaissent pas reconnus à leur juste place mais plutôt considérés comme « le dernier recours » du processus, dans le parcours de vie de la personne.

- **Un désaccord majeur avec le postulat de base du primat du domicile et la vie en milieu ordinaire**

Le principe du libre choix des personnes inscrit dans la loi 2002-2, pour devenir une réalité tangible d'accompagnement doit offrir aux usagers, une palette de dispositifs et de services sur un territoire (services et institutions, dans les murs et hors les murs …). Celui-ci pouvant se situer en établissement.
Le postulat du choix du domicile nécessite d'être étayé par une étude complémentaire
→ Proposition :
Nous proposons d'enrichir le premier paragraphe du projet de SROMS en élargissant l'objet du schéma : *« une réponse de qualité, de proximité, personnalisée et adaptée pour l'ensemble des usagers qui ont besoin d'un accompagnement médico-social. »*

- **Un manque de hiérarchisation et de priorisation des objectifs et son corollaire sur l'absence totale de visibilité financière**
→ Impact : il y a un risque fort de déconnection entre les objectifs de qualité fixés et les moyens disponibles pour les mettre en œuvre
→ Préconisations :
  - demande forte de la commission d'obtenir une estimation globale de la capacité financière dégagée pour la mise en place des schémas et des outils financiers mobilisés : moyens nouveaux, redéploiements de budget, transferts de charge, application ou non de la règle de la fongibilité asymétrique.
  - La commission considère que cette transparence est nécessaire à ce stade de la procédure de consultation sur les schémas, et considère ne pas devoir attendre la finalisation des programmations pour obtenir ces informations globalisées.

- **Des risques et des points de vigilance soulevés** :
→ Glissement vers une forme de désinstitutionalisation avec un impact d'image négatif sur l'accompagnement en établissement
→ Risque de clivage entre les professionnels de santé, les institutions et les usagers alors que l'alliance entre ces parties prenantes apparaît fondamentale pour améliorer la santé des ligériens
→ Risque autour du partage de l'information qui nous apparait trop large
→ Risque de manque de réalisme de l'ARS au regard d'indicateurs trop quantitatifs et pas assez qualitatifs voire jugés parfois trop ambitieux au regard des moyens humains disponibles dans certaines structures
→ **Risque de crispation des acteurs sur la question des mutualisations et des marges de manœuvres pour améliorer l'efficience.** En effet les acteurs du secteur médico-social conscients de la richesse de la coopération notamment pour éviter les ruptures

dans les parcours, sont par ailleurs très attachés au principe de la liberté d'organisation de leurs activités et ont déjà démontré leur capacité à innover dans ce domaine. Une réelle concertation locale avec l'ensemble des acteurs (conseils généraux, DRJSCS, usagers) illustrée par des partages d'expérience apparait la condition de réussite essentielle de cet axe et ne peut être prédéterminé à priori par des ratios (nombres de places par exemple). La question de la taille critique suppose d'être examiné sous tous les angles (analyse partagée des critères : taille critique **minimum et maximum**)

- **Des enjeux déterminants qui nous semblent faire défaut concernant :**

  → **la coordination des acteurs autour de la personne**. Elle est en effet le gage d'une qualité de prise en charge globale et efficiente de la personne dans son parcours de vie. Est visible dans le schéma, la volonté et l'agir de l'ARS pour déployer la coordination entre les professionnels, mais demeure moins visible la même détermination envers les acteurs des autres politiques publiques. Or l'enjeu majeur de la loi HPST nous apparait au cœur de cette transversalité des politiques.

  → **La dynamique de recherche dans le secteur médico-social en lien** avec la recherche visée dans le schéma organisation des soins**.**

ELLE souhaite que l'ensemble des préconisations soient réexaminées prioritairement par l'ARS et porté à la connaissance des acteurs :

→ **Une redéfinition de l'enjeu global du schéma :**
Nous proposons la formulation suivante : *« Promouvoir la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, quelque soit leur âge, mobiliser des moyens pour apporter une réponse adaptée à l'ensemble des besoins des personnes concernées, en privilégiant, chaque fois que possible, le milieu ordinaire de vie : voilà l'enjeu du SROMS »*

→ **La demande de création d'un observatoire des besoins médico-sociaux**

→ **La valorisation des évolutions que le secteur médico-social a lui-même suscité et dans lequel il s'est lui même à engagé.**

→ **La demande d'information et de transparence sur les engagements financiers globaux et de priorisation des objectifs au sein même de ce schéma et entre les différents schémas. Cette condition permettra de donner une visibilité réelle aux acteurs quant à la mesure de l'écart entre les attendus et la capacité à le mettre en œuvre. Ce point nous semble primordial pour favoriser ou non l'adhésion des acteurs à cette dynamique nouvelle de planification**

→ **Un document prévisionnel de programmation pluriannuelle des établissements et services sociaux et médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, de transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs de développement de l'offre.**

→ **La concertation autour de la coopération et la mutualisation entre les acteurs concernés (décideurs et structures médico-sociales)**

→ **Un éclaircissement sur la notion très généraliste de handicap et ses conséquences en termes de dispositifs et de tarification**

→ **La levée des risques soulevés dans la présente note**

→ **Sur l'évaluation globale du PRS, la commission suggère de pouvoir mettre au travail sur l'ensemble des trois schémas et des programmes, des indicateurs qui permettraient de mesurer l'amélioration de la qualité de vie et de la santé de la population Ligérienne et leur impact sur la cohésion sociale et le lien social en Région**

Elle souhaite que soient prises en compte les modifications apportées au texte existant et se met à la disposition de l'ARS pour poursuivre les échanges sur ces contributions.

-:-:-