

CONTRIBUTIONS
URIOPSS PAYS DE LA LOIRE
PROJET REGIONAL DE SANTE 2012-2016
FEVRIER 2012

L'URIOPSS des Pays de la Loire souhaite, dans le cadre de sa mission de représentation, auprès des pouvoirs publics, des organismes à but non lucratif sanitaires, sociaux et médico-sociaux (associations, fondations et mutuelles) apporter sa contribution à l'élaboration de la politique de santé en région.

De par l'engagement de ses adhérents au service des personnes vulnérables et fragiles en région, l'URIOPSS rappelle que son expérience, sa connaissance du terrain par les remontées de ses 300 personnes morales membres et gestionnaires d'environ 800 établissements et services, ses valeurs humanistes, en font un observateur privilégié des besoins sociaux et un acteur majeur des politiques sociales.

L'URIOPSS, qui a contribué au cours de chacune des étapes de l'élaboration de ce projet, tant sur le plan régional que local (par le biais de ses adhérents, membres des conférences de territoires), propose dans ce présent document de situer sa contribution :

- En réaffirmant un certain nombre des principes qu'elle défend,
- En inscrivant ses préoccupations,
- En élaborant un certain nombre de suggestions.

Les principes affirmés

L'élaboration du PRS suscite des questionnements qui dépassent le cadre purement régional, tant les questions qu'il soulève et les orientations qu'il définit impactent des principes, des valeurs qu'il nous apparaît nécessaire de réaffirmer à cette étape cruciale de la mise en œuvre de la stratégie régionale de santé.

- ☒ **La question de la santé** au sens de la définition proposée par l'OMS est une question sociétale :

En effet, la demande de nos concitoyens ne cesse de croître en quantité comme en diversité. Elle n'est pas une simple question technique. Elle exige une complémentarité, une coordination des acteurs et des institutions indispensables pour, qu'au-delà des

responsabilités et des compétences des uns et des autres, une volonté commune et agissante émerge à tous les niveaux de décision : logement, environnement, travail, éducation.

La santé implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, notamment ceux qui sont d'ordre sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. Or, les lacunes persistantes dans l'hébergement des personnes sans abris, l'accès parfois impossible aux soins, la solitude des personnes âgées, imposent plus que jamais une coordination entre les décideurs publics.

C'est un véritable **enjeu de lisibilité des politiques publiques** en faveur des personnes fragiles : il n'est pas rare de constater des différences de regards, préjudiciables, portés par les différentes administrations sur les questions de lutte contre les exclusions ou de réponses à apporter aux jeunes présentant des difficultés multiples par exemple.

☒ **La politique de santé doit servir les personnes :**

- **Elle doit chercher non** seulement à réparer rapidement les accidents mais aussi, et malgré les contraintes financières du moment, à prendre en compte les besoins de l'avenir.
- **L'accompagnement des personnes fragiles nécessite de la compétence et du temps, notions parfois difficilement compatibles avec celle de l'efficace.** Ce temps doit être valorisé et pris en compte pour améliorer la qualité des accompagnements et des soins.
- La politique de santé doit, avec les autres domaines des politiques sociales, se donner comme objectif la préservation ou le rétablissement du sentiment de **dignité** de ceux à qui elles s'adressent. Des situations d'indignité (logements insalubres, renoncements ou inaccessibilité aux soins) ne sont pas tolérables.

☒ La politique de santé doit **contribuer comme toute politique de protection sociale à la réduction des inégalités et à l'inclusion sociale.** Comme la réforme nécessaire de notre système fiscal, celle du financement de la protection sociale sera un élément majeur d'une politique plus efficace de réduction des inégalités et de répartition plus équitable de la richesse nationale.

☒ **Les politiques sociales et de santé ne peuvent être sacrifiées aux seuls impératifs économiques.** Il est un moment où les tensions subies par le tissu social deviennent telles, qu'elles constituent une menace pour l'économie elle-même, pour la cohésion sociale, pour la démocratie. Elles doivent être considérées et valorisées comme un investissement pour l'avenir.

☒ **La démocratie sanitaire** exige, pour déployer au maximum ses capacités, une meilleure visibilité de notre système de santé, tant sur le plan organisationnel, juridique et financier.

Or, à ce jour, la complexité des mécanismes de financement et de flux financiers entre le niveau national et régional sont peu lisibles pour les acteurs.

- ⊗ **Le déploiement des politiques de prévention** doit être systématique tant pour les maladies, accidents, que pour la perte d'autonomie, le handicap. Les politiques et leurs mises en œuvre doivent sortir de la seule gestion des risques. Elles doivent prendre en compte les nouveaux besoins ou leurs évolutions.

- ⊗ La santé et l'action médico-sociale ne constituent pas un « marché ». Elles s'exercent dans le cadre de **missions de service public, d'intérêt général et d'utilité sociale**, qui supposent des choix parmi lesquels :
 - Une application équitable de la loi HPST, qui nécessite que l'Etat veille à ce que soient convenablement équilibrés les critères de performance, d'encadrement financier et les critères de qualité et d'adéquation aux besoins dans l'octroi des moyens financiers aux structures.
 - La garantie de l'équité entre acteurs lucratifs et non lucratifs.
 - L'encadrement des enveloppes et la succession des réformes de la tarification ont par ailleurs mis à l'épreuve les établissements et services par une réforme lourde de contraintes nouvelles (convergence tarifaire, tarifs plafonds, encadrement, technicisation...). Il est indispensable de marquer une pause pour établir un diagnostic de l'adéquation entre besoins, procédures et moyens. L'objectif doit être de remettre réalisme, cohérence et partenariat dans les modes de régulation.

Nos préoccupations

⊗ Concernant la coopération :

Nous avons noté des décalages entre les principes affirmés dans le SROMS et certains programmes territoriaux, notamment sur les formes juridiques de coopération préconisées ou encouragées par l'Agence régionale de santé.

Pour le réseau URIOPSS/UNIOPSS, la coopération :

- Repose sur le **volontariat, sur une libre adhésion de la part de l'ensemble des acteurs engagés**. La liberté associative est essentielle dans la construction et la réalisation du projet de coopération : les partenaires doivent pouvoir se choisir ; le projet à élaborer voulu tout en prenant en compte l'environnement et ses contraintes.
- Se fonde sur l'ambition de réunir des acteurs, sur un territoire, afin de **travailler ensemble à une œuvre commune**. Concrètement, la coopération peut prendre la forme de collectifs informels, de partenariats formalisés ou non, de la conduite d'une action en commun, de la mutualisation d'actions, de moyens, de personnes, de ressources. Une coopération peut aussi se définir par la création d'un siège social, une nouvelle entité juridique

(Association, Groupement d'Employeurs, Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale...), et aller jusqu'à la fusion d'associations. Quelque soit la forme des coopérations, elles visent, sur un territoire, à l'amélioration de l'accompagnement des personnes par la mise en cohérence des acteurs.

☒ **Concernant le principe de libre choix** de la personne :

Nous rappelons notre souhait de voir poser dans le Projet régional de santé le **principe de la diversité** des acteurs, et des institutions relevant des trois secteurs (public, privé, privé non lucratif) comme garant du respect des principes suivants :

- Libre choix des usagers,
- Accessibilité économique,
- Dynamique d'ensemble du système de santé,
- Diversité et pluralité des projets.

Le libre choix est aussi lié à la question du choix **sur un territoire**. A ce jour, l'un des objectifs de l'ARS est de favoriser la vie en milieu ordinaire, à domicile, et par-delà le développement des services.

Veillera-t-elle à la cohérence des services sur un territoire au vu du bassin de vie, de l'éthique et de la professionnalisation ?

Veillera-t-elle à la **diversité de l'offre** ? C'est-à-dire à laisser le choix aux personnes entre leur domicile et l'établissement, à promouvoir des formes intermédiaires d'accompagnement et de soins ?

Le libre choix prend toute son importance en période de crise économique et sociale.

☒ **Concernant le décalage entre la durée sur 5 ans du PRS et les programmations des financements** qui ne sont disponibles que sur une période annuelle ; cela ne donne au PRS qu'une force et une crédibilité relatives.

☒ **Concernant le PRIAC**, il soulève un certain nombre d'interrogations :

- Il apparaît que le PRIAC oriente parfois vers **des choix actés**, programmés et financés et parfois pose **de simples vœux**, cette posture permet certes de donner un horizon et une vision, mais ne permet pas toujours de distinguer ce qui sera vraiment mis en œuvre, ni les priorités.
- L'importance de la place du **maintien à domicile** pourrait générer une limitation de l'accès aux EHPAD pour les personnes âgées ne relevant pas des GIR 5 et 6, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Cela aura pour effet :
 - d'altérer le principe du libre choix de la personne,
 - de constituer un risque de « ghettoïsation » des publics résidents en EHPAD
- Certaines mesures sont évaluées et chiffrées et d'autres non, et ce à l'intérieur parfois d'une même catégorie de financement.
- **L'offre d'hébergement temporaire et d'accueil de jour** semble être réduite à un seul objectif de soutien aux aidants naturels (sortie d'hôpital, adaptation à

l'EHPAD) en omettant les principes de diversité de l'offre et de fluidité du parcours.

- **L'adossment de places pour personnes handicapées vieillissantes aux EHPAD** doit être questionné. Cette hypothèse soulève des questions sur les âges, la différenciation des besoins et des moyens humains existants entre les EHPAD et les établissements recevant des publics en situation de handicap. D'autre part, certains Conseils Généraux ont pris des options sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.
- **La transformation de places** concerne une part importante de l'offre existante et interroge sur les études de besoins préalables à ces transformations.
- Si la réduction des inégalités entre territoires de santé est un objectif extrêmement positif, **les moyens mis en œuvre** ne prennent pas en compte les besoins des territoires considérés comme bénéficiant d'équipements supérieurs aux moyennes régionales.
- Les objectifs de création de places ne répondent pas aux enjeux existants sur plusieurs territoires de santé, en particulier dans le domaine des adultes en situation de handicap. Par exemple, l'objectif de créations de places d'ESAT semble totalement inapproprié au contexte actuel. Ce choix revient à signifier aux pouvoirs publics l'absence de besoins en la matière, alors que tous les indicateurs prouvent le contraire (jeunes en Amendement CRETON, listes d'attente, projection des pyramides d'âge, ...).
- Des éclaircissements seraient nécessaires sur **l'articulation entre les procédures d'appel à projet et les transformations de places**.
- En conclusion, le PRIAC 2012-2016 présente un certain nombre de fiches-action dont les contenus en termes de programmation sont loin de répondre aux besoins des territoires de santé.

☒ **Concernant la contractualisation** : la recherche d'un équilibre entre les parties au contrat est fondamentale (ex : CPOM, convention tripartite). Les associations gestionnaires (ou non) sont des partenaires –et non de simples opérateurs- des politiques sociales. Seule une connaissance réciproque entre institutions et acteurs permettra de décliner une politique de santé, cohérente et coordonnée, sur les territoires de la région.

Nos suggestions

A l'heure où la politique de santé en région des Pays de la Loire va se déployer à partir des orientations, des schémas, des différents programmes et des priorités annuelles définies dans des feuilles de route spécifiques, l'URIOPSS suggère que les éléments ou questions fondamentales suivants soient priorisés :

☒ **Les soins palliatifs,**

☒ La diversité des publics apparaît bien prise en compte dans les schémas (jeunes, personnes en situation de vulnérabilité sociale, détenus...), mais **certaines évolutions caractéristiques des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap n'apparaissent pas clairement. Dans une projection à 5 ans, il est essentiel que l'ARS prenne la mesure de l'évolution prégnante de ces publics :**

- **personnes âgées** : + de 85 ans, + de 100 ans, augmentation du nombre de personnes avec des troubles du comportement ou troubles psychiatriques à l'entrée en établissement ;
- **personnes handicapées** vieillissantes, handicap psychique, augmentation du nombre d'enfants présentant, de plus en plus jeunes, des troubles de plus en plus complexes.

☒ **Un PRIAC plus ambitieux en matière de prise en compte des besoins des personnes**

☒ **Une clarification dans la désignation des publics visés dans les documents proposés.** De manière générale, la terminologie du Projet régional de santé concernant le public visé questionne à plusieurs égards : 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 distinguent « les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou de vulnérabilité ». La perte d'autonomie est préférable à toute notion de « dépendance », comme le défend le réseau URIOPSS/UNIOPSS. Il nous paraît concevable d'englober les personnes en situation de handicap et les personnes âgées sous la notion « personnes en perte d'autonomie ». L'ARS est aussi compétente pour les politiques de santé relatives aux personnes en situation de vulnérabilité.

☒ L'initiation, la réflexion, voire la formation à **l'éthique des professionnels et des bénévoles,**

☒ **La participation des usagers, et particulièrement des personnes en situation de précarité,** à l'élaboration, la mise ne œuvre et l'évaluation des politiques de santé les concernant,

- ⊗ **L'élaboration d'un programme pluriannuel intersectoriel et interinstitutionnel** de lutte contre la pauvreté et l'exclusion en région en lien avec tous les acteurs concernés.
- ⊗ L'intégration des volets emploi et qualité de l'emploi, ainsi que la santé au travail, dans l'objectif « responsabilité sociétale ». En effet, la question de la « **bientraitance** » **des personnels de santé** doit être posée comme un défi pour les 5 ans à venir. Il nous semble indispensable de promouvoir l'amélioration de la santé de la population concomitamment, à celle de la qualité de travail et d'emploi des professionnels du secteur et de leur santé.
- ⊗ **La promotion de l'innovation** : l'ARS, moteur en matière d'appel à projet dans le secteur médico-social, doit favoriser l'innovation notamment en matière de logements intermédiaires, de petites unités de vie, de partenariats.
- ⊗ **La conduite d'une réflexion autour d'un modèle d'organisation** des soins de premier recours alternatif au modèle libéral actuel qui rend la médecine salariée difficile. Un modèle mixte (libéral et salarié), qui nécessite une analyse :
 - des compétences actuelles, notamment celles des infirmières (question de la formation),
 - des aspirations des professionnels de santé y compris de certains médecins
 - du statut juridique des associations centre de santé.
- ⊗ **Un glossaire en fin de document permettrait d'éclairer le lecteur sur les notions de financements.** La multiplicité des termes employés (enveloppes anticipées, notifications futures, mesures nouvelles, enveloppes anticipées et notifiées, moyens complémentaires, enveloppes nationales sous réserve des possibilités de financement....) ne donnent pas une lisibilité claire de ce qui va être réalisé, ce qui pourrait l'être et ce qui est hypothétique.
- ⊗ L'évaluation du Projet régional de santé, devra notamment se réaliser au regard des **fondements et principes de l'action sociale et médico-sociale** (art. L.116-1 CASF) :
 - **la promotion de l'autonomie,**
 - **la protection des personnes,**
 - **la cohésion sociale,**
 - **l'exercice de la citoyenneté,**
 - **la prévention des exclusions et la correction de ses effets.**

Ainsi, la santé des Ligériens pourra être évaluée dans son acception la plus large, telle qu'entendue par l'Organisation Mondiale de la Santé.