



CONTRIBUTION DE L'URIOPSS SUR LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES REGIONALES DU FUTUR PLAN REGIONAL DE SANTE PROPOSE PAR L'ARS DES PAYS DE LA LOIRE

L'URIOPSS, forte de sa représentativité des acteurs non lucratifs de solidarité sur le territoire régional des Pays de la Loire, et de sa position transversale au sein des secteurs sanitaire, social et médico-social, souhaite par ce document apporter sa contribution aux orientations stratégiques du futur Plan Régional de Santé PRS.

Cette contribution a été élaborée à partir d'un questionnaire proposé à l'ensemble de ses adhérents et d'une analyse partagée de ses différentes parties prenantes.

Une première partie énonce des observations générales.

Une seconde partie est consacrée à des remarques et points de vigilance sur des questions de fond.

Une dernière partie émet des propositions sur les orientations proposées.

I. Observations générales sur les orientations stratégiques du PRS

A. Concernant la tonalité globale du document :

- Richesse du document d'un point de vue des données et informations statistiques, macro économiques et sociologiques qui ont permis de poser le diagnostic même si elles sont très générales et semblent parfois oublier certaines catégories de publics ou certaines réalités territoriales.
- Difficulté à faire la part des choses entre ce qui doit être fait, ce qui est déjà fait, ce qu'il conviendrait de maintenir et ce qui doit être abandonné.
- Rédaction très générale du document avec des intentions louables qui nécessiteront des déclinaisons concrètes et hiérarchisées ainsi que des traductions financières (cf schémas et programmes).
- Difficulté de lisibilité d'ensemble des données et perceptions actuelles de la santé car des éléments de diagnostic se retrouvent dans la première partie mais également dans les orientations.
- Absence regrettable de croisement du diagnostic régional avec les diagnostics territoriaux tels qu'ils ont été démarré au sein de certaines conférences de territoires.
- Vision de départ trop négative qui ne favorise pas l'engagement dynamique des acteurs (cf. terminologie pessimiste des premières lignes du propos introductif).
 - **Proposition** : rendre le préambule porteur de la vision optimiste qu'on attend d'un projet. Commencer par les points forts acquis dans la Région, lister les points faibles, énumérer les défis...
- Pédagogiquement, on s'interroge sur la définition de la santé sur laquelle est basé ce document :
 - **Proposition** :
 - Introduire la définition de l'OMS
 - Préciser les secteurs visés par les orientations stratégiques en les définissant

- Beaucoup d'affirmations et de formulations qui n'illustrent pas toujours les nuances du terrain et qui mettent fréquemment l'accent sur des affirmations et des devoirs (très normatif).
- Place primordiale et justifiée faite aux usagers, mais manque de visibilité de la place et des réalités des organisations (établissements, services).

B. Concernant certains points spécifiques du document et quelques questionnements

- Certaines formulations sont gênantes et peu respectueuse des personnes concernées (P23 : gestionnaire de cas)
→ **Proposition** : les traduire différemment
- Diagnostic qui alerte avec justesse la problématique des déserts médicaux, de la pénurie de certaines professions ou les difficultés de recrutement de certains professionnels dans certaines zones.
- Le bilan du SROS a-t-il étayé le diagnostic ? Idem pour les schémas départementaux ?
- Quel lien entre les orientations stratégiques du futur PRS et le CPOM ARS/Etat ?
→ **Proposition** : Après l'introduction, le texte pourrait dans une première partie intégrer les ambitions et défis de la loi HPST ainsi que le contenu de la contractualisation première génération entre l'ARS et l'Etat.

II. Remarques et points de vigilance sur des questions de fond

Des injonctions paradoxales

- Certaines intentions et suggestions préconisées nous semblent particulièrement pertinentes au regard des besoins des personnes : la nécessité de centrer la démarche sur la personne et de « **développer et renforcer l'écoute, la communication avec la personne** ». Cette démarche ne peut être que soutenue par l'URIOPSS, qui valorise le respect de la personne et de sa dignité et promeut la prise en compte de ses besoins relationnels à toutes les étapes de sa vie.

Cependant au regard de la réalité actuelle des moyens mis à disposition de la prise en charge, quelle qu'elle soit, de la prédominance de la rentabilité économique, il nous semble que « écoute plus attentive » et recherche de l'efficacité apparaissent comme des injonctions paradoxales, tant le critère du temps nécessaire à l'écoute s'accorde mal avec la notion de rendement et de productivité inhérente à l'efficacité.

Un tel système ne risque-t-il pas d'amplifier la souffrance au travail ressentie par nombre de professionnels et provoquer des situations de maltraitance ?

La qualité de l'accompagnement doit être corrélée à un moment donné à la question des moyens humains nécessaires (voir la question du ratio de personnel trop variable en fonction de l'âge ou du statut des personnes).

- Comment s'efforcer de résoudre la contradiction entre un discours et une réglementation qui visent à la liberté de choix (domicile ou établissement) et permet de devenir « expert » de sa maladie, et une organisation de l'offre qui ne permet pas ce choix ?

La place du médico-social

La culture du médico-social semble parfois faire défaut : la mise sur le même plan de la maladie, de la dépendance et du handicap semble préjudiciable et ne traduit pas toujours une volonté de tenir compte des différentes situations de vie qui peuvent exister. Cette indistinction risque d'être compliquée dans la mise en œuvre des différents schémas régionaux.

L'invisibilité de certains publics

Certains publics nous paraissent invisibles : les personnes handicapées, les adolescents ou les jeunes difficiles, les personnes présentant des problématiques croisées, personnes en situations de handicap psychique ou ayant des troubles psychiatriques.

Ainsi, le décroisement des secteurs entraîne par moment une dilution des spécificités de certains publics qui nécessitent une attention spécifique si le souhait de mettre la personne au cœur du système de santé veut être vraiment incarné dans les faits.

La place de la personne au centre du dispositif

Oui sur le principe mais actuellement le système rend difficile sa mise en œuvre, du fait de l'hyperspécialisation et des filières.

La personne au centre de tout, mais du coup, elle est contrainte partout et n'a pas toujours de perspectives notamment de choix.

Le concept d'autonomie

Le désir d'autonomie est légitime. Mais il est de notre point de vue à relativiser ou à nuancer.

En effet, il tend à devenir une condition de reconnaissance sociale, une exigence sociale, voire un critère du sentiment de dignité, quelle que soit la capacité réelle des personnes.

La survalorisation de ce concept et de son corollaire le projet individuel, au détriment d'une réalité d'interdépendance et de lien social positionne les usagers et les professionnels dans un registre de défense de droits et obligations. Cela peut entraîner revendications et conflits, ne prédisposant pas à l'amélioration de la santé des uns et des autres, et dévalorisant même parfois la recherche de la cohésion sociale. La reconnaissance d'un lien d'interdépendance « j'ai besoin de l'autre », respectueux de chaque personne, permettrait de s'inscrire dans une relation de confiance propice à la construction d'une relation thérapeutique entre le médecin et son patient et à une bonne relation d'aide et de soins entre la personne accompagnée et la structure d'accueil.

Le projet de vie

- L'élaboration du projet de vie est une obligation de la loi 2002 :
Cependant, il nous apparaît nécessaire de nuancer la notion de projet de vie « à tous prix », selon les populations, leur degré d'autonomie, le respect du désir des personnes (de ne pas avoir de projet de vie).

Il convient de notre point de vue de ne pas enfermer les personnes dans des systèmes alors que souvent ce qui est primordial pour elles avant tout c'est la recherche du lien social et pour les institutions la lutte contre la solitude.

Ainsi, le projet n'est pas l'indicateur absolu d'un système de qualité, la bientraitance reposant aussi sur bien d'autres éléments.

- Comment faire du libre choix une vraie réalité par rapport à l'équipement de la région ?

Sur les établissements et le taux d'équipement

- Il y a de notre point de vue, trop peu d'éléments dans le diagnostic et les orientations qui concernent les équipements, le nombre de places existants et manquants, l'évaluation des besoins non couverts.
- Deux autres points de vigilance
 - Ne pas « stigmatiser » d'emblée les mono établissements avec des « à priori » sur l'incapacité des petites structures à assumer le triptyque : qualité/efficience/gouvernance/...
 - Ne pas faire porter aux défauts des procédures internes des structures des problématiques liées au défaut de places (P29)
 - Est-il si difficile de rentrer dans les ESMS à cause des procédures, du défaut d'harmonisation des admissions ou du manque de places ?

Les professionnels du secteur

La tonalité du document évoque les professionnels sous un angle très intéressant en matière de constats et de défi.

Il les place au cœur de l'évolution du système et des enjeux (place de la personne, coordination, accès aux soins, découplage, communication entre acteurs ...), ils sont des acteurs clés pour faire face à l'avenir de l'évolution de l'ensemble du système et de sa performance.

Mais malheureusement, la question de la « bientraitance » des personnels de santé n'est pas posée comme un défi.

OR comment prétendre améliorer la santé de la population sans se préoccuper de la qualité des conditions de travail et d'emploi des professionnels du secteur ?

Le « flot » de textes législatifs qui s'empilent et qui imposent des contraintes contraires à la souplesse nécessaire.

Sur la pénurie de certains professionnels soignants (médecins coordonnateurs ou libéraux), **il y véritablement urgence** à prendre en compte cette question :

- **Proposition** : comment faire évoluer la question des médecins d'origine étrangère ?
- **Proposition** : incitation à l'installation sur les territoires non pourvus.

Les bénévoles

Dans les différents secteurs relevant de la compétence de l'ARS, nombre de personnes bénévoles (que ce soit à l'hôpital ou dans les ESMS, et également à domicile) accompagnent des personnes malades, handicapées, âgées ou exclues.

De même, la gouvernance des organismes à but non lucratif sous forme associative, mutualiste est sous la responsabilité de bénévoles dirigeants qui assument des missions très larges (gestion financière, gestion des ressources humaines).

La prise en compte de ces parties prenantes est totalement absente tant du diagnostic que des orientations.

Autres questionnements

- Dans le lien entre environnement et santé : quelle place est consacrée à la question de la sécurité autour du nucléaire, alors que la centrale de Chinon est sur le territoire ligérien ?
- Quelle réalité et quelle approche des soins palliatifs ? Le plan stratégique semble ignorer les nombreux efforts à fournir pour que la culture palliative en aval, comme la culture préventive en amont soit généralisée à tous les échelons d'un système de santé intégré.
- Quel plaidoyer sur la santé au travail des Ligériens ?

- Quel engagement prévisible des autres décideurs publics sur le PRS et quelle volonté à soutenir et à déployer les orientations, sur leur champ de compétence ? Quelle mesure de cet engagement ?
- Quelle complémentarité et quelle cohérence des politiques de l'Etat sur certains publics ?
 - (**exemple** : les personnes en situation d'exclusion : quel effort sur leur accès aux soins lorsque les moyens visant l'accompagnement social et personnalisé sont en train de « fondre » ?)

III. Propositions et préconisations

A. Propositions et préconisations sur les orientations elles-mêmes

- ✚ **Viser** une conception plus humaine et moins systémique de la place de personne « la personne au cœur du système de santé »,
 - **proposition de rédaction** : **la personne au cœur des préoccupations et au centre du système de santé**. Cette rédaction marquerait l'intention et intégrerait les attitudes humaines et les postures professionnelles et pas seulement un positionnement organisationnel, car une personne peut être placée au centre d'un système et être seulement objet de soins.

- ✚ **Poser** comme orientation supplémentaire, 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.

C'est la diversité des acteurs et des offres que naît une dynamique de réponses aux besoins humains.

- ✚ **Introduire** la démarche éthique de l'accompagnement et du soin comme le fondement des pratiques, des postures et des décisions de l'ensemble des acteurs de santé. Cette démarche est de notre point de vue :
 - une articulation entre :
 - l'éthique de conviction sur les valeurs,
 - l'éthique de la responsabilité
 - l'éthique de la discussion critique
 - l'éthique de la sollicitude.
 - Une condition nécessaire à la relation d'aide et de soins en vue d'une alliance thérapeutique.

La formation à cette démarche est à encourager tant dans le PRS que dans les orientations du conseil Régional sur la formation des professionnels.

- + **Insister** davantage sur le plaidoyer que l'ARS doit soutenir concernant le découplage des formations médicales, para médicales (tronc commun).
- + **Accompagner** financièrement les institutions volontaires dans leur démarche de coopération en respectant la liberté de choix du projet et de la forme juridique, en dehors de toute notion de taille critique normalisée et en tenant compte de la qualité des unités de proximité à taille humaine.

B. Propositions et préconisations en vue de la déclinaison concrète du PRS en schémas

- + **Organiser** une plateforme d'observation régionale des besoins des personnes et des organisations relevant du Médico-social intégrant notamment l'ensemble des parties prenantes (DRJCS, DRPJJ, MDPH, départements, conseil Régional, Fédérations, représentants des usagers).
- + **Déployer** concrètement la proposition de l'évaluation unique des personnes en corrélation avec l'outil de financement.
- + **Valoriser** l'importance de l'analyse des pratiques dans les établissements et services en vue d'améliorer l'interdisciplinarité et de faciliter l'indispensable travail sur soi permettant d'éviter les risques de maltraitance.
- + **Encourager** la formation des parties prenantes (décideurs, gestionnaires, professionnels) à l'éthique fondamentale et à la démarche éthique comme processus de soins, d'accompagnement et de gouvernance.
- + **S'engager** et soutenir la formation des bénévoles.
- + **Penser la Santé autrement** nécessite de dépasser les clivages de deux cultures professionnelles qui se sont construites différemment :

La culture sanitaire est une culture de l'intervention où les actes de soins se succèdent par intermittence que des durées relativement courtes.

La culture médico-sociale est une culture de la présence et de l'accompagnement dans le cadre d'un projet de vie à moyen et à long terme.

La culture du « prendre soin » ou du « soin mutuel » intègre ces deux cultures en y ajoutant en amont la culture de la prévention, de la promotion de la Santé et de l'éducation thérapeutique et en aval la culture palliative

indispensable à un digne accompagnement de la fin de vie. Cette culture du prendre soin devrait, faire l'objet d'un consensus de base afin de promouvoir la santé et relever les défis actuels.

C. Proposition relatif au calendrier

- ✚ **Assouplir** le calendrier pour permettre une meilleure concertation et la prise en compte effective des diagnostics territoriaux et des schémas départementaux

Ou

- ✚ **Prévoir** en phase finale d'élaboration du PRS, une **relecture engagée** et clairvoyante des orientations stratégiques au regard des déclinaisons opérationnelles.