

## Formulaire de contribution au Projet régional de santé 3 Centre-Val de Loire

[article R-1434-1 du code de la santé publique](#) et suivants

Contribution faite par : Uriopss Centre

Date : 14/04/2023

À adresser d'ici le 15 avril 2023 à [ars-cvl-PRS3@ars.sante.fr](mailto:ars-cvl-PRS3@ars.sante.fr); ou par courrier : Direction de la stratégie, Cité administrative Coligny, 131 Rue du Faubourg Banner, 45044 Orléans

### I. Avis et observations spécifiques sur le projet régional de santé soumis à concertation :

Document concerné : (À cocher)	<input checked="" type="checkbox"/> SCHÉMA RÉGIONAL DE SANTÉ <input type="checkbox"/> PRAPS
Objet de l'avis	Avis et observations ; propositions
<b>Coordination des politiques publiques</b>	<b>Proposition</b> : créer un évènement régional sur le handicap pour créer un débat avec l'ensemble de la Cité sur le sujet du handicap.
<b>Chapitre 3 - démographie et attractivité des professions de santé</b>	<p>► De manière générale, ce chapitre se focalise davantage sur les médecins que sur l'ensemble des professionnels paramédicaux, voire sociaux. Pourtant, les problématiques de démographie et de recrutement existent aussi dans le champ médico-social et entraînent les mêmes effets que dans le champ du sanitaire. Le métier d'aide à domicile, majeur dans la « transition domiciliaire » souhaitée, est essentiel pour la prise en soins au domicile. Ce métier doit également faire l'objet d'une valorisation en termes d'image, de formation et de rémunération.</p> <p><b>Proposition</b> : Elargir davantage le chapitre au champ médico-social</p>
<b>Chapitre 3 - démographie et attractivité des professions de santé</b>	<p>► Dans les propos introductifs, les rédacteurs ont fait le choix de se focaliser sur quelques professions médicales. Pourquoi ce focus ?</p> <p><b>Proposition</b> : signifier que la liste des professions médicales indiquées n'est qu'un exemple parmi l'ensemble des professions sous tension.</p>
<b>Objectif n°5 - Lieux de stage</b>	<p>► Le PRS insiste sur la diversification des types de stages proposés aux internes en médecine. Il pourrait être intéressant d'avoir un focus sur les stages en ESMS.</p> <p><b>Proposition</b> : mentionner la possibilité de réaliser des stages en ESMS.</p>
<b>Objectif n°5 - Les quotas</b>	<p>► Le PRS se fixe pour objectif de continuer à augmenter les quotas sans évoquer leur suppression.</p> <p><b>Proposition</b> : (cf. avis de la CRSA) nous demandons la fin des quotas (numerus clausus et numerus apertus) afin de pouvoir moduler le nombre de professionnels à former en fonction des besoins régionaux.</p>

<p><b>Objectif n°5 – les formations en apprentissage</b></p>	<p>▶ Le PRS promeut une politique pro-active pour augmenter les formations en apprentissage pour un certain nombre de professions mais ne cite que des professions médicales.</p> <p><b>Proposition</b> : élargir les professions concernées par cette politique pro-active en y incluant les professionnels éducatifs médico-sociaux.</p>
<p><b>Objectif n°5 – les lieux de stage</b></p>	<p>▶ Le PRS souhaite offrir la possibilité aux établissements de santé des zones rurales et isolées d'être choisis comme lieux de stage par les étudiants. Pourquoi pas également aux ESMS ?</p> <p><b>Proposition</b> : élargir aux ESMS.</p>
<p><b>Objectif n°6 – les installations de professionnels en région CVL</b></p>	<p>▶ Cette thématique est trop centrée sur le personnel médical</p> <p><b>Proposition</b> : élargir à l'ensemble du personnel lié à l'accompagnement en soins.</p>
<p><b>Objectif n°19 – Impliquer les usagers dans le tournant du numérique en santé</b></p>	<p>▶ Le PRS prévoit, dans les modalités de mise en œuvre de l'objectif, « d'accompagner le public éloigné du numérique ». Attention, même avec un accompagnement des personnes, notamment les plus vulnérables (personnes âgées, personnes en grande précarité, personnes en situation de handicap) le numérique ne permet pas de garantir l'accès aux droits. Une partie de la population n'y accèdera pas par ce moyen.</p> <p><b>Proposition</b> : ne pas faire de « Mon Espace Santé » et plus généralement du numérique une porte d'entrée unique dans le système de santé. Ce qui implique la conservation de guichet d'accueil physiques.</p>
<p><b>Objectif n°22 – formation des professionnels à l'aide aux aidants</b></p>	<p>▶ Le PRS prévoit, dans le repérage et l'évaluation des besoins des aidants, la formation des professionnels au repérage, à l'accompagnement des risques d'épuisement. Il serait possible d'aller plus loin.</p> <p><b>Proposition</b> : former les professionnels, notamment des ESMS, à l'aide aux aidants, de manière générale.</p>
<p><b>Objectif n°22 – La pair-aidance</b></p>	<p>▶ La pair-aidance n'est pas abordée précisément dans le PRS. Pourtant elle fait l'objet d'orientations nationales et d'actions menées par les acteurs du territoire.</p> <p><b>Proposition</b> : ajouter un objectif sur la pair-aidance / former les professionnels, notamment des ESMS à l'animation de la pair-aidance.</p>
<p><b>Objectif n°22 – l'offre de répit structurelle</b></p>	<p>▶ Les modalités d'autorisation des places, notamment en EHPAD (Hébergement Temporaire, Hébergement Permanent et HT d'urgences) ne permettent pas de fluidifier le parcours des personnes.</p> <p><b>Proposition</b> : offrir plus de souplesse aux gestionnaires en abandonnant la dichotomie entre les types d'hébergement dans les autorisations.</p>
<p><b>Objectif n°23 – la continuité de l'accueil en IME</b></p>	<p>▶ Le PRS prévoit le développement des accueils de répit pendant les vacances ou les week-ends. Nous souhaiterions qu'il aille encore plus loin.</p> <p><b>Proposition</b> : organiser l'accueil 365 jours par an en IME à l'échelle d'un territoire afin d'éviter les ruptures de parcours notamment pour les situations complexes.</p>

<p><b>Objectif n°23 - la capitalisation des EIG/EIGS</b></p>	<p>► Le PRS promeut une capitalisation régionale des évènements indésirables incluant des retours d'expérience auprès des représentants d'utilisateurs. En revanche il n'explique pas les moyens utilisés pour réaliser ces retours.</p> <p><b>Proposition :</b> Présenter le bilan des EIG et EIGS et des suites données à la commission droit des usagers de la CRSA.</p>
<p><b>Objectif n°23 - soutien à la démarche qualité en ESMS</b></p>	<p>► Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 la réforme de l'évaluation des ESMS est en vigueur. Outre l'accompagnement par QUALIRIS pour les ESMS prioritaires et pour diffuser les bonnes pratiques, l'ARS CVL n'a pas prévu de soutenir la réalisation des évaluations externes.</p> <p><b>Proposition :</b> prévoir des financements spécifiques pour la réalisation des évaluations externes et financer un temps de chargé qualité dans les ESMS</p>
<p><b>Objectif n°23 - l'implication des CVS dans les démarches d'amélioration continue de la qualité des ESMS</b></p>	<p>► Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023, les ESMS doivent transmettre les comptes-rendus des CVS aux autorités de tarification. Comment l'ARS CVL compte-t-elle se saisir de ces retours ?</p> <p><b>Proposition :</b> prévoir des modalités de traitement et de retour à la commission droit des usagers de la CRSA des comptes-rendus des CVS des ESMS.</p>

## SECTEUR DES PERSONNES AGEES

<p><b>Objectif n°6 - réduction des hospitalisations - les acteurs du grand âge</b></p>	<p>► Le PRS insiste sur le potentiel de réduction des hospitalisations des personnes âgées accueillies en EHPAD ou non via l'adaptation des ressources et de l'offre des acteurs du grand âge. Cette phrase transfère la responsabilité des hospitalisations évitables sur les acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à une réalité quotidienne de pénurie médicale. De plus, il ne suffira probablement pas de créer les synergies pour éviter des hospitalisations.</p> <p><b>Propositions :</b> Inclure l'ensemble des acteurs de la filière gériatrique dans cette dynamique d'adaptation / Renforcer les partenariats des GHT avec les EHPAD associatifs</p>
<p><b>Objectif n°6 - réduction des hospitalisations - maintien à domicile le plus longtemps possible</b></p>	<p>► Le PRS se fixe comme objectif de maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes âgées. Attention, l'objectif est de respecter le choix des personnes.</p> <p><b>Proposition :</b> reformuler la phrase et remplacer « le plus longtemps possible » par « tant que la personne âgée le souhaite et en fonction de ses besoins, en associant l'aidant le cas échéant, et en mobilisant les moyens techniques en ce sens. ».</p>
<p><b>Objectif n°6 - réduction des hospitalisations - place de la médecine de ville</b></p>	<p>► Le PRS ne précise pas la place de la médecine de ville dans la réduction des hospitalisations évitables. Pourtant elle a un rôle primordial à jouer dans la permanence des soins et pourrait permettre d'éviter, en premier recours, des passages aux urgences ou des hospitalisations.</p> <p><b>Propositions :</b> intégrer un objectif à destination de la médecine de ville / Evaluer le nombre d'hospitalisations évitables liées à l'absence de médecin traitant.</p>

<p><b>Objectif 11 – Éviter l’hospitalisation de la personne âgée</b></p>	<p>► Le maintien à domicile constitue un enjeu majeur qui est souligné dans le PRS. Ce maintien à domicile passe par des SAAD (et plus tard des SAD « aides ») opérationnels, fonctionnels et abordables.</p> <p>Or, actuellement, ce secteur est mis en fortes difficultés : tensions financières, image des métiers, impossibilité de recrutement.</p> <p><b>Propositions :</b> Ce chapitre devrait citer ces structures et montrer comment l’ARS entend les soutenir et suivre leur capacité à répondre aux besoins de la population.</p>
<p><b>Objectif n°12 – hospitalisation des personnes âgées et maladies cardio vasculaires</b></p>	<p>► Le descriptif ne semble pas répondre à l’ambition de l’objectif opérationnel. En effet, il est davantage centré sur la prévention des hospitalisations liées à des pathologies cardiovasculaires. Pourquoi cet axe spécifique ?</p> <p><b>Proposition :</b> revoir la cohérence entre le descriptif et l’objectif opérationnel</p>
<p><b>Objectif n°12 – modalités de mise en œuvre</b></p>	<p>► Il est mentionné 6 leviers dont « améliorer le passage dans le service des urgences lorsque celui-ci est inévitable » sans autre précision.</p> <p><b>Proposition :</b> préciser ce qui doit être amélioré : l’accueil, le soin, les délais ?</p>
<p><b>Objectif n°49 – développer le repérage des facteurs de risque de perte d’autonomie sur l’ensemble de la région – engager les acteurs de première ligne</b></p>	<p>► Les SAAD/SSIAD et demain les SAD sont des acteurs primordiaux dans le repérage des fragilités mais ce n’est pas avec le tarif qualité de 3€ que le volet aide pourra développer de réelles actions en la matière. Il est primordial que les services puissent bénéficier de financements pérennes, via notamment la conférence des financeurs pour développer des actions de prévention individuelle (à l’image de la possibilité offerte aux SPASAD).</p> <p><b>Proposition :</b> définir, lors des négociations CPOM avec les SSIAD (demain avec les SAD), des financements pluriannuels pour développer des actions de prévention individuelle. La politique de l’ARS autour de ces nouveaux services pourrait être utilement précisée dans le PRS afin de permettre à ces nouveaux services de répondre aux attentes de leurs autorités de tarification et de contrôle.</p>
<p><b>Objectif n°49 – développer le repérage des facteurs de risque de perte d’autonomie sur l’ensemble de la région – développement du repérage en EHPAD</b></p>	<p>► La tarification actuelle des EHPAD ne valorise pas les actions de prévention et le repérage des fragilités. Les financements octroyés via la conférence des financeurs s’inscrivent dans une dynamique intéressante mais les financements sont annuels, soumis à des appels à projet ce qui ne permet pas aux établissements d’investir durablement dans cet axe.</p> <p><b>Proposition :</b> définir, lors des négociations CPOM avec les EHPAD des financements pluriannuels pour développer des actions de prévention.</p>
<p><b>Objectif n°50 – développer une culture du vieillissement</b></p>	<p>► Dans la description de l’objectif il est mentionné « développer à toutes les étapes du parcours de la personne une nouvelle culture du vieillissement ». Quelle est la définition de cette nouvelle culture ?</p> <p><b>Proposition :</b> définir le terme « culture du vieillissement » afin de pouvoir la partager et la diffuser.</p>
<p><b>Objectif 50 – garantir sur l’intégralité du territoire une offre adaptée et coordonnée</b></p>	<p>► Le PRS se fixe comme objectifs de renforcer la prise en charge des SSIAD et d’inciter les nouveaux SAD à mettre en place des actions complémentaires via la dotation complémentaire des 3€. Il prévoit également le soutien des projets visant</p>

<p><b><i>incluant aide à la vie quotidienne, maintien du lien social, prévention et soins</i></b></p>	<p>à projeter vers le domicile une offre de service des EHPAD. En revanche le PRS ne mentionne pas les moyens nécessaires pour répondre à ces objectifs. Attention, la dotation coordination et le tarif qualité des 3€ ne pourront répondre à ces ambitions.</p> <p><b>Proposition :</b> prévoir des modalités de financements complémentaires (via la conférence des financeurs, développement des SSIAD renforcés, crédits complémentaires à la dotation soins...) afin de répondre aux objectifs cités ci-dessous</p>
<p><b>Objectif 50 – <i>diversifier les réponses d’habitats intermédiaires, entre le tout domicile et le tout établissement</i></b></p>	<p>► Le PRS donne un cadre au déploiement des réponses d’habitats intermédiaires mais il manque de lisibilité.</p> <p><b>Propositions :</b> Remplacer « garantir le même type d’offre d’accompagnement qu’au domicile individuel » par « garantir le même accès à l’offre du territoire et le libre choix des personnes, qu’il soit dans un domicile individuel ou dans un domicile regroupé » / Expliciter les moyens d’action de l’ARS, en lien avec les Conseils départementaux pour « veiller à la qualité de cette offre et prévenir les éventuelles dérives vers un fonctionnement en EHPAD de fait non autorisé »</p>
<p><b>Objectif 51 – <i>définition d’un panier de services socle</i></b></p>	<p>► Une grande partie des EHPAD ont développé, ces dernières années des dispositifs spécifiques comme les unités fermées pour les malades d’alzheimer, mais sans moyen complémentaire. De plus, le profil des professionnels en EHPAD n’est pas adapté à l’accompagnement des publics type personnes handicapées vieillissantes.</p> <p><b>Proposition :</b> renforcer les moyens, notamment humains, des unités fermées et diversifier les profils des professionnels en EHPAD (ex : moniteur éducateur)</p>
<p><b>Objectif 51 – <i>lever les freins d’accueil des personnes à domicile en situation de grande dépendance</i></b></p>	<p>► Le PRS prévoit, pour la réalisation de cet objectif, l’adaptation des modalités d’autorisation et de financement sans autre précision.</p> <p><b>Proposition :</b> préciser les adaptations autorisées par l’ARS</p>
<p><b>Objectif 51 – <i>indicateurs</i></b></p>	<p>► Le PRS prévoit d’évaluer l’objectif « repenser le panier de services » par le nombre de CRT créés. Cet indicateur nous semble peu qualitatif.</p> <p><b>Proposition :</b> Etant donné qu’il n’y aura que 6 CRT à la fin du PRS, il pourrait être intéressant de prévoir une évaluation plus qualitative, ex : nombre de personnes à domicile accompagnées dans le cadre d’un CRT, durée de leur accompagnement, motif de sortie du dispositif, nombre de personnes du domicile ayant bénéficié de l’offre d’un EHPAD...</p>

## SECTEUR DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

<p><b>Objectif 13 – <i>modalités de mise en œuvre</i></b></p>	<p>► Les spécificités du public PH sont souvent mal connues par les professionnels de santé.</p> <p><b>Proposition :</b> Ajouter une action dans les modalités de mise en œuvre « renforcer la connaissance du secteur médico-social par les professionnels de santé médecins et paramédicaux en favorisant les stages en ESMS ».</p>
---	---

<p><b>Objectif 13 – référent handicap dans chaque GHT</b></p>	<p>► Le PRS prévoit la présence d'un référent handicap dans chaque GHT. Cette action paraît pertinente mais mériterait d'être précisée.</p> <p><b>Proposition :</b> développer la présence d'au moins un référent handicap dans chaque GHT formé et qui dispose d'un temps dédié.</p>
<p><b>Objectif 13 – campagne d'information HANDICONSULT</b></p>	<p>► Les CTS et les CDCA sont des leviers d'information à mobiliser.</p> <p><b>Proposition :</b> mobiliser les CTS et les CDCA de la région CVL dans la promotion et l'information des dispositifs régionaux spécialisés.</p> <p>Préciser, dans les échéances intermédiaires la réalisation d'intervention dans le cadre des CTS et CDCA</p>
<p><b>Objectif 13 – échéances intermédiaires</b></p>	<p>► « Les attendus devront être définis dans les CPOM ». Cette phrase manque de précisions.</p> <p><b>Proposition :</b> définir les attendus dans les CPOM en matière d'accès aux soins des personnes en situation de handicap pour les établissements sanitaires comme pour les ESMS.</p>
<p><b>Objectif 13 – indicateurs de résultats</b></p>	<p>► Les évènements indésirables signalés pourraient être un indicateur intéressant</p> <p><b>Proposition :</b> ajouter un indicateur « nombre d'évènements indésirables remontés directement à l'ARS concernant des problématiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap ou via les CDU »</p>
<p><b>Objectif 14 – référent soin</b></p>	<p>► Le PRS prévoit la désignation d'un professionnel « référent soin » dans chaque ESMS sans en préciser son rôle et ses compétences. Attention à ne pas masquer l'absence de ressources paramédicales dans certains ESMS.</p> <p><b>Proposition :</b> préciser le rôle et les compétences de ce référent soin.</p>
<p><b>Objectif 14 – les objectifs</b></p>	<p>► Les CTS et les CTSM ne sont pas cités comme des outils au service de l'interconnaissance et du décloisonnement sanitaire/médico-social</p> <p><b>Proposition :</b> Citer le rôle des CTS et des CTSM dans le développement de l'interconnaissance et du décloisonnement des acteurs du sanitaire et du médico-social</p>
<p><b>Objectif 14 – la place des aidants</b></p>	<p>► Le descriptif de l'objectif opérationnel 14 insiste sur le droit à l'accompagnement par un aidant et à un consentement libre et éclairé au moment du soin. Nous sommes en accord avec ce principe mais il nous semble hors sujet sur cet objectif visant à améliorer la coordination territoriale.</p> <p><b>Proposition :</b> mentionner le principe cité ci-dessus dans un autre objectif opérationnel du PRS.</p>
<p><b>Objectif 14 – réalisation de stages en ESMS</b></p>	<p>► Pour la conduite de cet objectif, il pourrait être intéressant de favoriser la réalisation de stages d'externat et d'internat de médecins dans les ESMS.</p> <p><b>Proposition :</b> ajouter un indicateur « nombre de stages d'externat et d'internat de médecins réalisés en ESMS ».</p>

<p><b>Objectif 14 – Echéances intermédiaires</b></p>	<p>► Le PRS prévoit d'intégrer dans les CPOM la dimension de coopération entre ESMS et les ES. Cet objectif ne nous semble pas assez ambitieux.</p> <p><b>Proposition :</b> envisager des conventions territoriales pluri-gestionnaires. Cet objectif faisait déjà partie de la constitution des GHT et des CPTS mais il n'a pas encore été mis en œuvre. Les ESMS souhaiteraient intégrer davantage les GHT et les CPTS.</p>
<p><b>Objectif 14 – indicateurs</b></p>	<p>► L'un des indicateurs est « part d'ESMS ayant contractualisé avec au moins en ES ». Pourquoi ce ne serait pas l'inverse, la coopération demande un engagement dans les 2 sens.</p> <p><b>Proposition :</b> prévoir également l'indicateur « part des ES ayant contractualisé avec au moins un ESMS ».</p>
<p><b>Objectif 14 – indicateurs</b></p>	<p>► L'un des indicateurs est « part des établissements ayant participé à des rencontres inter-secteurs sur la thématique du handicap ». De quoi parle-t-on ?</p> <p><b>Proposition :</b> préciser ce qui est entendu par « rencontre inter-secteurs ».</p>
<p><b>Objectif 46 – les dispositifs inclusifs</b></p>	<p>Le PRS fait référence aux dispositifs inclusifs sans plus de précision. La stratégie nationale pour l'autisme est citée ici en référence ce qui est tout à fait important. Toutefois une étude régionale riche d'enseignements a été réalisée par l'ORS et mériterait de faire l'objet d'un petit focus ici, quand bien même il n'existe pas de stratégie nationale sur ce thème à l'instar de ce qui existe sur le champ de l'autisme ou du polyhandicap par exemple.</p> <p><b>Proposition :</b> il pourrait être intéressant de citer les dispositifs inclusifs pour être plus précis et de faire référence aux éléments ressortis de l'étude sur le handicap sensoriel menée par l'ORS avec des éléments sur la citoyenneté tout au long de la vie.</p>
<p><b>Objectif 46 – Les indicateurs</b></p>	<p>► Les partenariats médico-social/milieu ordinaire sont un enjeu majeur dans la réalisation de cet objectif opérationnel. Ils pourraient être un indicateur de résultats.</p> <p><b>Proposition :</b> ajouter un indicateur « partenariats mis en place avec des acteurs du milieu ordinaire/non spécialisé. »</p>
<p><b>Objectif 46 – Les indicateurs</b></p>	<p>► L'indicateur « nombre de jeunes en situation de handicap accompagnés par un ESSMS bénéficiant d'une formation en apprentissage/alternance » est assez vague.</p> <p><b>Proposition :</b> préciser avec « un projet inclusif en milieu ordinaire ou dans l'emploi ordinaire (c'est-à-dire non protégé mais qui peut être une entreprise adaptée) »</p>
<p><b>Objectif 46 – Les indicateurs</b></p>	<p>► L'indicateur « 100% des ESMS enfants fonctionnant en dispositif » est une orientation nationale.</p> <p><b>Proposition :</b> préciser, « tel que défini dans les cahiers des charges nationaux »</p>
<p><b>Objectif 47 – Cartographie de l'offre</b></p>	<p>► Le PRS prévoit de cartographier l'offre mais ne précise pas l'outil.</p>

	<p><b>Proposition</b> : s'appuyer sur le ROR existant et sur la promotion de son utilisation pour cartographier l'offre.</p>
<p><b>Objectif 47 - formation continue</b></p>	<p>► Le PRS prévoit « d'accompagner les organismes de formation de droit commun dans la construction d'une offre permettant de diversifier les propositions de formation continue ». Cet objectif interroge sur la place des ESRP ESPO.</p> <p><b>Proposition</b> : Inviter plutôt les organismes de droit commun à rendre accessible leur offre avec le soutien des ESRP/ESPO, experts en la matière, ou les inviter à construire des parcours de formation communs.</p>
<p><b>Objectif 47 - besoin des PHV</b></p>	<p>► Le PRS prévoit de dimensionner les besoins à venir d'accueil des PHV sans précision.</p> <p><b>Proposition</b> : préciser « vivant aujourd'hui à domicile ou en établissement pour adultes handicapés ».</p>
<p><b>Objectif 47 - freins potentiels solutions inclusives PHV</b></p>	<p>► Le PRS prévoit de « soutenir les évolutions administratives pour lever les freins potentiels dans les projets d'orientation en faveur des solutions inclusives pour les PHV sans autre précision.</p> <p><b>Proposition</b> : préciser du secteur PH et PA en favorisant les partenariats entre acteur PA et PH.</p>
<p><b>Objectif 47 - indicateur</b></p>	<p>► L'indicateur « taux de travailleurs d'ESAT en inclusion » est imprécis.</p> <p><b>Proposition</b> : préciser les modalités (via des mises à disposition ? une activité hors les murs ? un CDD ou CDI dans une entreprise ordinaire ?)</p>
<p><b>Objectif 47 - indicateur</b></p>	<p>► Aucun indicateur ne fait référence au choix de vie des PHV.</p> <p><b>Proposition</b> : ajouter un indicateur : « nombre de PHV qui bénéficient d'un accompagnement médico-social adapté correspondant à leur choix de vie ».</p>
<p><b>Objectif n°48 - démarche qualité</b></p>	<p>► Le descriptif de l'objectif fait référence à l'importance de la démarche qualité dans le respect des droits des personnes. Nous proposons d'aller plus loin.</p> <p><b>Proposition</b> : reformuler en « s'assurer de l'effectivité de ses droits ».</p>
<p><b>Objectif n°48 - place de la MDPH</b></p>	<p>► Dans les modalités de mise en œuvre de l'objectif opérationnel il n'est pas mentionné la MDPH.</p> <p><b>Proposition</b> : réaffirmer la place de la MDPH comme pilote de la réponse accompagnée pour tous, outil permettant d'apporter des réponses à des sans solution ou à des situations critiques, en lien avec les EMASC.</p>
<p><b>Objectif n°48 - pouvoir d'agir</b></p>	<p>► L'objectif opérationnel fait mention du rôle des GEM dans la culture de l'autodétermination des personnes et de leur pouvoir d'agir. Il pourrait être intéressant de citer également les Cordées en Santé.</p> <p><b>Proposition</b> : ajouter le projet régional porté par l'APF des Cordées en Santé / EPOP.</p>

<p><b>Objectif n°48 – indicateur</b></p>	<p>▶ Aucun indicateur ne fait mention des orientations par défaut alors que c'est une réalité.</p> <p><b>Proposition :</b> ajouter un indicateur « nombre des personnes en situation de handicap ayant une orientation par défaut, ne correspondant pas à leur projet d'accompagnement personnalisé ».</p>
<p><b>SECTEUR DES PERSONNES CONFRONTÉES A DES DIFFICULTÉS SPÉCIFIQUES</b></p>	
<p><b>Propos introductifs</b></p>	<p>Les acteurs médico-sociaux constatent aujourd'hui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un manque de lisibilité sur le déploiement des équipes mobiles santé/précarité pouvant intervenir auprès des PDS et sur la coordination de leurs interventions</li> <li>• une mise en concurrence délétère pour la construction de projets cohérents sur les territoires alors que de nombreux projets intéressants pourraient émaner du terrain, en inter-acteurs, à partir d'une observation fine des besoins</li> <li>• un manque de lisibilité sur l'ensemble des dispositifs PDS en région et sur leurs articulations</li> <li>• la difficulté de traiter le sujet PDS dans les CTS.</li> </ul>
<p><b>Objectif n°32 – coopérations entre le secteur sanitaire et médico-social</b></p>	<p>▶ Le PRS invite à créer une communauté de pratiques afin de mettre en place une réelle coordination régionale et favoriser une approche globale décloisonnée mais ne parle pas spécifiquement des coopérations entre le secteur sanitaire et médico-social.</p> <p><b>Proposition :</b> tout en reconnaissant le rôle des CSAPA et CAARUD, en 1<sup>er</sup> recours, pour l'organisation des parcours, d'appuis aux cas complexes et de pivot au niveau territorial, encourager les conventionnements entre le secteur sanitaire, médico-social, social et éducatif.</p>
<p><b>Objectifs n°33 – renforcement des équipes mobiles mixtes santé-social</b></p>	<p>▶ Le PRS prévoit de renforcer le développement des équipes mobiles « mixtes » santé-social en 2025. Pourquoi si tardivement ?</p> <p><b>Proposition :</b> objectiver ce calendrier et l'objectif quantitatif au regard des besoins de la population de la région.</p>
<p><b>Objectif n°34 – éducation à la santé et les compétences psycho-sociales</b></p>	<p>▶ Le PRS prévoit de renforcer l'éducation à la santé et les compétences psycho-sociales sans définir les moyens dédiés.</p> <p><b>Proposition :</b> le renforcement de la médecine scolaire et de la médecine du travail devrait apparaître comme un des éléments centraux pouvant permettre de porter des actions de prévention sur ce thème.</p>
<p><b>Objectif n°34 – le financement du « P » des CSAPA</b></p>	<p>▶ Les CSAPA ont une mission importante de prévention sans pourtant avoir des moyens dédiés pérennes.</p> <p><b>Proposition :</b> financer à hauteur des besoins objectivés le « P » des CSAPA.</p>
<p><b>Objectif n°14 – le rôle des médecins libéraux</b></p>	<p>▶ L'ARS souhaite positionner les établissements de santé comme promoteurs de la santé sur leur territoire. D'autres acteurs pourraient être également pertinents.</p>

	<b>Proposition :</b> évaluer la pertinence de positionner les médecins libéraux et les infirmières en pratiques avancées comme acteurs à part entière de la promotion de la santé sur leur territoire.
<b>CHAPITRE 8 : OFFRE DE SOINS DE REFERENCE ET DE RECOURS</b>	
<b>Objectif 15</b>	Pour les professionnels de santé, l'attractivité d'un territoire semble corrélée au plateau technique existant. La disparition de compétences spécialisées et des plateaux techniques correspondant ne peut qu'accélérer les désertifications constatées. <b>Proposition :</b> garantir la pérennité des plateaux techniques existant et leur renouvellement.
<b>Accès aux soins</b>	Il y a un risque réel de voir certaines pathologies prioritaires face à d'autres, par nécessité, du fait de manque de moyens. Par ailleurs, la limite posée par l'obligation d'avoir un médecin traitant pour toutes démarches accentue le non recours ou la rupture de soin.

## **II. Avis et observations générales sur le projet régional de santé soumis à concertation :**

Les orientations du PRS 3, telles que partagées dans la version soumise à concertation, résultent des groupes de travail thématiques auxquels les membres de l'URIOPSS Centre se sont largement associés. Les ambitions sont fortes sur tous les chapitres, ce que nous saluons au vu des problématiques majeures rencontrées par les citoyens de la région en matière de santé, et plus spécifiquement les citoyens les plus vulnérables.

Le Conseil d'administration de l'URIOPSS Centre, réuni le 9 mars 2023, s'est saisi du document diffusé par l'ARS pour élaborer une contribution :

En préambule, il salue les deux axes structurants, relatifs à la démographie médicale de notre région et à la coordination des politiques publiques, conditions indiscutables à la mise en œuvre effective de ce PRS 3.

Toutefois, il souhaite faire part d'un certain nombre de points de vigilances et de propositions concrètes.

D'un point de vue général, il note les éléments suivants :

### **❖ L'approche du PRS 3 aurait pu être davantage centrée sur le sujet crucial de l'effectivité du droit des patients et des usagers du système de santé.**

Pour exemple, sur la thématique des systèmes d'information ou sur celle du PRAPS, l'impact de l'illectronisme d'une partie de la population, notamment des plus vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de handicap ou personnes en grande précarité) n'est pas assez pris en compte.

Sur la thématique de la qualité et de l'évaluation il n'est pas fait mention des approches du soin et de l'accompagnement à partir de leurs droits (ex : concept de bientraitance, de pouvoir d'agir, d'autodétermination, de liberté de choix, de liberté d'aller et venir, etc.).

Enfin, les indicateurs d'évaluation proposés ne permettront pas d'évaluer la réponse aux besoins des usagers, leur satisfaction et l'impact des orientations du PRS sur l'accès aux droits et au système de santé.

### **❖ L'évolution de la politique de santé tend vers plus d'inclusion et des accompagnements plus domiciliaires.**

Les moyens alloués au domicile ne répondent pas aujourd'hui au défi du virage domiciliaire. Pour que les démarches d'intégration (création des Services autonomie), d'ouverture (création des Centres de ressources territoriaux) et de diversification de l'offre (développement de solutions intermédiaires) puissent être efficaces, il nous faut, en préalable, des services à domicile forts et attractifs. Les futurs SAD sont d'ailleurs positionnés par le PRS comme des acteurs majeurs de la prévention et du repérage des fragilités. Or, le secteur de l'aide à domicile est aujourd'hui à bout de souffle, sous financé et peu attractif. Sans moyen et soutien supplémentaire, les ambitions affichées risquent d'être contrariées.

D'une manière générale, le terme de « maintien à domicile » utilisé dans le document nous semble peu respectueux des droits et du pouvoir d'agir des personnes accompagnées. Le terme de « soutien à domicile » serait à privilégier.

#### ❖ **Investir plus là où les besoins sont les plus criants**

Les critères d'allocations des ressources et des équipements reposent principalement sur des indicateurs populationnels quantitatifs. Il est primordial de prendre en compte les indicateurs de santé de la population dans la définition des priorités des politiques publiques. Il est nécessaire aujourd'hui d'avoir une politique d'universalisme proportionnée afin de renforcer les territoires les plus fragilisés (notamment dans le Sud de la région CVL).

#### ❖ **Sur le sujet de la désinstitutionnalisation**

Les pressions internationales, notamment de l'ONU, sont de plus en plus fortes pour inciter la France à fermer les établissements et services médico-sociaux. Il serait intéressant que le PRS 3 fasse état d'une ligne de conduite propre à nos réalités territoriales sur ce sujet, en lien avec les politiques nationales. Quelle est la stratégie ? Supprimer des places ? Arrêter d'en créer ? Créer de nouveaux dispositifs hors ESSMS ? Quelle sécurisation juridique de ces derniers ? Autant de questions tout à fait complexes mais qui mériteraient d'être posées dans le PRS 3.

#### ❖ **Les problématiques de ressources humaines se posent dans l'ensemble des secteurs et inquiètent les acteurs associatifs dans la mise en œuvre effective des objectifs de ce PRS 3.**

Le lien avec les travaux de la convention régionale d'attractivité des métiers du grand âge et avec ses déclinaisons départementales mériterait dans ce cadre d'être précisé. Les problématiques salariales perdurent dans l'ensemble du secteur pour des métiers qui souffrent également d'une image dégradée dans l'opinion publique. Cette convention donne des éléments de travail qui pourraient être développés.

#### ❖ **Ce document est essentiellement centré sur le sujet des établissements de santé et du soin.**

Pour exemple l'objectif fixé aux ESSMS de conventionner avec les GHT et les CPTS, quand le même objectif n'apparaît pas à l'inverse.

#### ❖ **Les indicateurs sont, pour beaucoup, encore en cours de construction.**

Si le travail de définition de ces indicateurs n'a pas pu être abouti lors des réunions des groupes de co-construction, il est important de produire pour ce PRS 3, des indicateurs d'impact ; indicateurs qui ont manqué lors de l'évaluation du PRS 2 et où l'impact des actions menées entre 2018 et 2023 sur la population de la région n'a pas ou peu été évalué. Une réévaluation et un suivi des indicateurs annuellement pourrait être pertinent.

❖ **Les moyens déployés pour atteindre les objectifs fixés sont hétérogènes dans leur degré de précision, avec, pour certains axes, des priorités de travail très généralistes.**

Pour exemple sur le parcours des personnes âgées, il est noté comme objectif : « mieux préparer les sorties des établissements de santé pour une entrée en Ehpad ». De quoi parle-t-on précisément ? Quels sont les moyens dédiés pour atteindre cet objectif ? A contrario, sur la thématique repérage des fragilités, des exemples d'outils de dépistage en EHPAD sur la thématique santé bucco-dentaire sont précisément nommés.

❖ **Les difficultés de recensement et de visibilité de l'offre de santé existante est une problématique transverse majeure.**

Elle est d'ailleurs rappelée dans plusieurs chapitres du document de concertation. Il existe en région un répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui est aujourd'hui sous utilisé. L'ARS pourrait inciter à une plus grande utilisation de cet outil en veillant à ne pas reporter la responsabilité de la connaissance de l'offre et de sa diffusion sur les acteurs de terrain (communautés 360, PCPE, DAC...)

❖ **Plusieurs problèmes énoncés voient comme solution proposée la mise en place de référents (référents qualité, référent soin en ESSMS, référent handicap en ES, référent nutrition...).**

Cette proposition apparaît intéressante pour faire du lien et monter en compétence sur un certain nombre de sujets mais attention à ce que cette référence soit réellement incarnée en prévoyant des formations et du temps dédié pour ces référents.

Enfin, nous réinterrogeons, à l'occasion de cette concertation, **sur les modalités d'adaptation des réponses aux nouveaux besoins de santé**. En effet, les associations cherchent à décloisonner les accompagnements, pour créer des passerelles et établir des partenariats mais la mise en concurrence exercée par les autorités via la commande publique, le manque de lisibilité sur les attributions de crédits ou sur les calendriers d'actions contraignent ces coopérations. En effet, des attributions de projets, sans critère partagé et transparent de financement à tel ou tel acteur, exacerbent les tensions inter-associatives sur les territoires. Elles ont des effets délétères sur les partenariats pourtant nécessaires à des accompagnements efficaces, et ce d'autant plus en l'absence de PRIAC sur le champ spécifique du handicap et de la perte d'autonomie.

De plus, la multiplication des nouveaux dispositifs, créés en dehors du processus d'autorisation prévu par le code de l'action sociale et des familles fragilise la construction du secteur et limite sa lisibilité. Il pourrait être intéressant de les objectiver et d'évaluer l'opportunité de les sécuriser juridiquement.

Ainsi, il est primordial que l'ARS CVL se dote d'un **réel outil de planification** de l'offre médico-sociale (PRIAC) pour les 5 années à venir, reposant sur une évaluation qualitative des besoins de la population, afin d'anticiper, de partager et de rendre lisible l'organisation de l'offre sur les territoires.