

**En présence de :** ARS Ile-de-France, CISS Ile-de-France, Représentants des usagers, FEHAP Ile-de-France, ARS, URIOPSS Ile-de-France, Conseils généraux, Association Aurore, Fédérations du champ de l'addictologie, représentant des MDPH, CESAP, UNAFAM, FAGERH

**Objet de la réunion :** Présentation des orientations V0 du SROMS aux acteurs de santé

## I. Rappel des orientations V0 du SROMS

### A. Diagnostic et enjeux de la région Ile-de-France

La région francilienne reste sous-équipée de 20% par rapport au niveau national avec des disparités importantes. Seulement 7,7% des dépenses régionales d'assurance-maladie sont consacrées au secteur des personnes âgées contre 10% au niveau national. Il est à noter un déséquilibre entre le centre doté et la périphérie, contrairement au secteur sanitaire. La périphérie offre, dans certains territoires une capacité médico-sociale deux fois inférieure par rapport aux localités bien dotées. La coopération entre les acteurs de santé est à perfectionner. Les ruptures d'accompagnement et les surcoûts se trouvent à la césure des différents secteurs, dans le parcours de santé de la personne âgée.

### B. Les priorités du SROMS francilien

Deux objectifs stratégiques ont été retenus dans la V0 du SROMS Ile-de-France :

- Organiser et structurer une offre médico-sociale et de proximité supposant de :
  - o Restructurer l'offre pour réduire les inégalités territoriales et redéployer les ressources
  - o Favoriser les coopérations et les partenariats entre les acteurs concernés (ambulatoire, hospitaliers, social, médico-social)
  - o Renforcer une logique d'efficacité, de la dépense et dans le positionnement de l'établissement de la filière
- Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins

Pour rappel, chacun de ses objectifs est décliné en objectifs opérationnels décrits en « fiches actions ». L'agence souligne la nécessité de créer les liens entre les différents schémas en cours de concertation : les volets Ambulatoire, hospitalier et Prévention. Sur le volet Ambulatoire par exemple, cette transversalité passe par un travail conjoint entre les COPIL SROMS et Ambulatoire sur l'installation des professionnels libéraux ou l'accessibilité financière et géographique des personnes âgées auprès de ces professionnels. Par ailleurs, la santé mentale des personnes âgées est au cœur du décloisonnement entre le SROMS et le volet hospitalier. Enfin, sur la prévention, le schéma médico-social prévoit des actions en direction de l'offre bucco-dentaire ou bien encore de l'aide aux aidants.

## II. Illustrations des objectifs directeurs du SROMS

### A. Organiser et structurer une offre médico-sociale et de proximité

#### 1. Réduction des inégalités de territoires pour une accessibilité de proximité

L'action porterait principalement sur l'offre en EHPAD (700 EHPAD pour 60 000 places dont 4 000 financées sur ces trois dernières années), en confortant l'offre existante, sans péréquation territoriale entre la périphérie et le centre. Des opérations de mutualisation et de regroupement d'établissement doivent cependant être envisagées. La création de places nouvelles ne le sera qu'en fonction des ressources nouvelles allouées par la CNSA. Il est enfin rappelé que l'agence veillera à renforcer l'implication des SSIAD afin de tenir compte de l'aspiration des personnes âgées de rester à domicile. Cela suppose de revoir les zones et modalités d'intervention et de multiplier les liens entre SSR, HAD et SSIAD.

#### 2. L'offre en direction des personnes handicapées

La coopération entre les acteurs est encore insuffisante même si le problème réside aussi dans la multiplication des financements et des réglementations. Pour l'enfance, l'inclusion sociale passe par une meilleure insertion dans le monde de l'école et dans le monde professionnel.

Il est prévu un conventionnement entre l'agence et le ministère de l'éducation nationale pour améliorer l'insertion des enfants handicapés dans le système éducatif puis professionnel. Les CPOM et le groupement de coopération doivent être les moyens d'améliorer l'efficacité de l'offre médico-sociale en direction des personnes handicapées, tout âge confondu.

#### 3. L'offre en direction des personnes ayant des conduites addictives

Là encore, l'offre régionale est très inégalement répartie et demeure insuffisante au niveau de l'Île-de-France. Par ailleurs, les co-morbidités et les poly-consommations médicamenteuses sont nombreuses s'agissant des personnes ayant des conduites addictives.

Plusieurs actions sont prévues par l'agence. Il s'agirait notamment d'améliorer la possibilité de recourir aux dispositifs (CAARUD, CSAPA, ambulatoire et résidentiel...). En outre, la prévention joue un rôle très important dans la lutte contre les addictions. Le travail doit être conjoint entre le SROMS et le volet Prévention. L'agence souhaite par ailleurs faire du CSAPA le pivot du dispositif de prise en charge en addictologie, ce qui suppose d'associer les représentants de la médecine de ville, des pharmaciens et de la santé mentale.

### B. Améliorer la qualité de l'accompagnement pour assurer un parcours de vie et de soins répondant aux besoins

L'agence souhaite organiser et renforcer la prévention tout au long du parcours de vie. L'action de l'agence portera également sur les aidants, au regard de leur morbidité et de leur mortalité. L'effort doit être qualitatif (plateforme de répit, formation des aidants) et quantitatif.

Par ailleurs, le maintien à domicile est un objectif politique prioritaire dans une logique d'amélioration de la qualité, en lien avec les dispositifs d'évaluation interne et externe et des leviers qu'ils représentent dans la régulation de l'offre médico-sociale.

Les professionnels ne doivent pas non plus être oubliés. Les métiers du secteur médico-social ne sont pas suffisamment valorisés. Les postes vacants sont nombreux. Il faut dès lors améliorer l'image des métiers. L'agence, sans attendre le schéma, a consacré de nombreux moyens financiers pour la formation continue des professionnels.

S'agissant de l'objectif de la continuité et de la fluidité des parcours de vie des personnes âgées, l'enjeu est d'améliorer la coordination à tous les niveaux du dispositif tout en donnant une meilleure lisibilité aux usagers. L'un des leviers est assurément la filière gériatrique. L'agence manque toutefois de visibilité sur l'efficacité de ces filières. Un travail d'audit des filières doit être mené. L'attention de l'agence à l'égard des EMG est forte. Il conviendrait toutefois de les doter d'un apport d'offre en santé mentale.

### **III. Rappel du calendrier à venir**

L'agence rappelle que la validation du schéma à la COMEX de l'agence aura lieu le 24 octobre. Cette validation lancera une phase de concertation avec les conférences de territoires sur le mois de novembre. En décembre, il sera fait présentation du schéma aux instances de l'agence : CSOMS et commission de coordination des politiques publiques. L'année 2012 sera consacrée à l'expérimentation de plusieurs des actions intégrées au schéma. La validation du schéma aura lieu dans le même temps que les autres schémas. L'agence informe le COPIL que le 12 octobre, une rencontre PCG et ARS aura lieu sur le thème de la valorisation des métiers du médico-social.

### **IV. Discussion avec les acteurs**

La FEHAP Ile-de-France salue le travail réalisé par l'agence et les groupes de travail. Elle souhaite toutefois revenir sur des points importants dans le cadre de la planification médico-sociale à venir :

- La logique de filière doit être un prisme de lecture prioritaire du futur schéma médico-social. Le problème de l'absence de régulation et de la non-fluidité du parcours de santé du patients, notamment dans les frontières entre les différents moments de prise en charge (court séjour, moyen séjour et champs du médico-social) est posé depuis longtemps mais reste sans réponse. De nombreuses tentatives ont été menées mais sont restées sans succès. La filière constitue une piste de réforme importante, dès lors que cette dernière est marquée par la transversalité des acteurs institutionnels, tous impliqués. Il convient donc de veiller à ce que l'EHPAD en soit partie prenante et ne reste pas isolé dans son territoire. La question des moyens financiers à mobiliser reste également posée. Sans réponse, les filières resteront très humano-dépendantes et ne pourront s'inscrire dans une perspective viable.
- La FEHAP Ile-de-France salue l'action prioritaire qu'elle souhaite menée en direction des EHPAD et notamment dans sa perception qui est la sienne de faire de la convention tripartite un moyen de régulation de l'offre proposée. Toutefois, cette piste de travail ne peut éluder la nécessité de constater le manque quantitatif chronique de l'offre. Par ailleurs, comment parvenir à faire de la CTP un moyen d'action réelle au regard du blocage actuel auquel se trouvent confrontés les

établissements en phase de renouvellement de convention et où chaque autorité renvoie à l'autre la nécessité d'agir en premier ?

Les conseils généraux représentés, notamment le CG75 et 93, saluent également le travail réalisé par l'agence mais souhaitent relever l'absence d'insistance des documents soumis à concertation sur la nécessité d'une augmentation quantitative de l'offre. Les représentants des conseils généraux interrogent également le lien entre la planification médico-sociale menée par l'agence et les schémas départementaux en cours d'élaboration.

De nombreux acteurs soulignent le besoin d'une analyse réelle des besoins. Les documents soumis à concertation renvoient à des places mais s'agit-il de places autorisées et effectivement financées ? Plusieurs acteurs appellent à utiliser avec précaution une analyse fondée sur le nombre de structures médico-sociales. A titre d'illustration, les documents indiquent l'existence de 119 structures médico-sociales en Seine-et-Marne alors que FINESS n'en révèle que 114. Ce hiatus justifie une analyse des besoins concertée avec les acteurs.

L'UNAFAM partage ce point de vue, en appelant à aller d'ores et déjà au-delà de la seule analyse des besoins en prenant appui sur le SIPAPH, travaillé actuellement entre l'ARSIF et la CNSA. Le représentant des MDPH tempère toutefois cette observation, estimant que ce système d'informations est loin d'être opérationnel.

Le Comité d'Etude et de Soins Aux Polyhandicapés (CESAP) regrette que la question du polyhandicap ne soit pas abordé spécifiquement. Si le CESAP comprend parfaitement la nécessité de ne pas démultiplier l'action de l'agence en fonction de chaque type de handicap, le polyhandicap renvoie à des problématiques propres qu'il conviendrait de traiter spécifiquement. En effet, les travaux de planification menés antérieurement révèlent que les actions portent d'abord, en priorité, sur les catégories de population marquées par un seul handicap, sans réflexion suffisante, peut-être par manque de temps devant la difficulté des questions soulevées, s'agissant de la prise en charge du polyhandicap. Par ailleurs, le CESAP souhaite que, sur un plan méthodologique, la description des leviers d'actions dans les fiches actions déclinants les objectifs opérationnels soit systématiquement élaborée. Il regrette en effet la tendance actuelle visant à transformer les objectifs en indicateurs, dans une logique RGPP.

L'association AURORE rappelle que les ACT sont actuellement en fin de planification nationale et que, au regard du faible développement des structures, l'existant se trouve confronté à de fortes demandes et pressions. L'agence partage pleinement ce point de vue mais rappelle que la création des LHSS et des ACT ne sont pas de son ressort direct. Elle résulte d'un appel à projet national. En 2011, l'Île-de-France n'a ainsi pu obtenir que 26 ACT supplémentaires, dont 6 fléchés pour la prise en charge des personnes sortant du milieu pénitentiaire et aucun LHSS.

Enfin, la problématique MAS/FAM est également posée, par plusieurs acteurs dont les conseils généraux. L'agence souligne qu'il est préférable d'induire une orientation de la planification dans le sens de l'émergence de FAM, parfois massivement déplafonnés plutôt que dans la création de MAS dont les règles de financement contraindraient à en créer moins malgré un besoin fort. L'agence souligne que la question du financement, tant pour les MAS et les FAM est importante mais qu'il convient toutefois de noter que l'effort des pouvoirs publics est quand même considérable s'agissant du secteur médico-social : sur un ONDAM en faible progression de 2.8%, l'ONDAM médico-social augmente

quant à lui de 4.2%. S'agissant du secteur des personnes handicapées, l'agence souligne que ce sont près de 1166 places qui seront créées à l'horizon 2014. Il convient donc de relativiser l'absence empirique d'augmentation de l'offre médico-sociale. L'agence restera vigilante à identifier dans les travaux de planification médico-sociale, la nécessité d'augmenter quantitativement l'offre, tout public confondu, dans la limite des fonds alloués à la CNSA.