

Le 28/10/2013

**Note sur le Bilan de la première génération des SROMS  
2012-2016**

## Introduction

L'impulsion donnée par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a permis de repenser la planification médico-sociale. La loi HPST a laissé aux ARS la liberté d'élaboration des documents de planification dans le but de veiller à une meilleure articulation de l'offre sanitaire et médico-sociale et de décliner au niveau local une prévention médico-sociale adaptée aux besoins de la population : c'est la naissance des Schémas régionaux d'organisation médico-sociale (SROMS composantes des projets régionaux de santé).

Cette loi précise que les SROMS ont pour objet de prévoir, d'une manière transversale avec les autres schémas que l'ARS élabore<sup>1</sup>, les évolutions de l'offre et de la demande des établissements et services médico-sociaux. Ces schémas constituent également des leviers d'action pour orienter les autorisations des établissements. A ce titre, ils ont pour but de définir des objectifs opérationnels qui sont les références en matière de délivrance d'autorisation.

Suite à leur création en 2012, les SROMS ont fait l'objet d'un dossier technique, réalisé par la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à travers l'analyse des schémas adoptés par les ARS des 26 départements Français. Ce document est un bilan des objectifs contenus dans la première génération des schémas régionaux d'organisation médico-sociale.

## Bilan Quantitatif et Qualitatif du contenu des 26 SROMS

Sur les 26 SROMS, plus de la moitié des régions distingue les orientations relatives aux personnes en perte d'autonomie et celles relatives aux personnes en situation de handicap alors que seulement 4 régions ont des objectifs transversaux

1. Schémas de Prévention et d'Organisation des soins

**La CNSA relève que ces 26 schémas sont tous d'une très grande hétérogénéité aussi bien dans leur méthode de construction que dans les thèmes qu'ils abordent.**

Malgré ce constat, la CNSA remarque une certaine permanence de plusieurs enjeux retrouvés au sein des 26 SROMS analysés :

- 1) L'amélioration de la connaissance des besoins des personnes et de l'adéquation de la réponse à ces besoins.
- 2) L'adaptation de l'offre médico-sociale aux besoins des personnes qui passe par une réflexion en matière d'orientation des personnes.
- 3) La coordination pour la fluidité des parcours de la personne et l'évitement des ruptures.
- 4) L'efficacité et la qualité des accompagnements = notion de juste coût pour une prestation de qualité.

### **Amélioration des connaissances et des coordinations : objectifs communs de tous les SROMS**

A travers son étude, La CNSA indique que la construction des SROSM fut l'occasion pour les ARS de mettre en place des outils d'observation dans le but de mieux connaître son public et ses institutions. En effet, l'absence de systématisation des données de référence sur les besoins médico-sociaux engendrait pour les schémas une récolte insuffisante d'éléments d'objectivation des besoins. La rédaction des SROMS a donc été l'opportunité pour les ARS de procéder à un état des lieux de l'offre médico-sociale. L'ARS se fixa ainsi comme objectif d'améliorer ses connaissances en matière d'offre et besoins sur la période du schéma.

Les enjeux de connaissance portent à la fois sur les besoins et sur les ressources disponibles<sup>2</sup> pour y répondre. Dans son rapport, La CNSA nous informe que dans le champ de la perte d'autonomie l'approfondissement des connaissances est plus orienté sur l'analyse des réponses apportées aux personnes et sur la maîtrise des flux en matière d'hébergement. Sur le secteur du handicap, l'accent est d'avantage porté sur la maîtrise des données de la MDPH ainsi que sur une connaissance prioritaire des publics.

La CNSA indique que cette connaissance des besoins est complémentaire à l'adaptation de l'offre qui est synonyme de diversification et qui est également un enjeu majeur des SROMS.

---

2 . Concerne les acteurs et les dispositifs d'accompagnement.

En matière de coordination des acteurs et des dispositifs, la CNSA précise que l'ARS a pour ambition d'améliorer les coopérations entre l'ensemble des participants et de limiter la fragmentation entre les intervenants sanitaires et médico-sociaux. En effet, même si cet objectif est partagé par toutes les ARS, les outils de coordination sont déployés d'une manière hétérogène sur tout le territoire.

## Diversification de l'offre médico-sociale dans les schémas

### Volet handicap dans les SROMS

L'analyse de la CNSA met en avant une offre hétérogène des contenus des SROMS au niveau du handicap tout en insistant sur une certaine régularité des objectifs d'un schéma à l'autre. La spécificité des contextes locaux est le résultat de cette dissemblance des approches possibles du handicap dans les SROMS. La CNSA indique que le but de ces schémas est de renforcer les dispositifs existants tout en maintenant une approche par dispositif et en adaptant l'offre médico-sociale aux besoins des personnes.

### Plusieurs objectifs fixés par les ARS se retrouvent d'un schéma à l'autre :

- Dépistage et la prévention des handicaps,
- Prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap et amélioration de leur accès aux soins,
- Meilleure organisation des soins à destination des personnes handicapées,
- Interventions en faveur des enfants en situation d'handicap à travers une stratégie commune avec l'Education nationale,
- Actions en faveur de l'amélioration des conditions d'accès à l'emploi et réaffirmation de la mission d'insertion professionnelle,
- Mise en œuvre et performance des dispositifs d'accompagnement des personnes avec autisme ou TED ainsi que pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique,
- Amélioration de la connaissance individuelle et collective du vieillissement des personnes handicapées.

*« La construction des SROMS par les ARS dans le champ du handicap reflète la diversité des approches possibles envisagées par les ARS en fonctions des contextes locaux, des modalités de concertation mise en place, des priorités identifiées dans les diagnostics territoriaux »*

## Volet perte d'autonomie dans les SROMS

Contrairement au champ du handicap, la CNSA indique que les approches et les contenus des SROMS en matière de perte d'autonomie sont plus homogènes avec un objectif basé sur la coopération. L'adaptation et la connaissance de l'offre médico-sociale est également une priorité.

### Plusieurs chantiers prioritaires fixés par les ARS se retrouvent dans les 26 schémas:

- Mise en place de la démarche qualité dans le cadre de la bientraitance et des droits des usagers,
- Accompagnement démarche évaluation interne et externe,
- Actions pour faire évoluer la composition de l'offre,
- Analyse de l'efficacité des prises en charge (juste coût et formation continue des ressources humaines),
- Développement quantitatif de l'offre médico-sociale pour répondre aux besoins,
- Accessibilité financière aux dispositifs médico-sociaux,
- Prévention de la perte d'autonomie,
- Amélioration de l'accès à la prévention,
- Favorisation de la fluidité des parcours,
- Identification de structures chargées de la coordination entre les réseaux existants,
- Accompagnement des aidants,
- Nouvelles approches de l'offre pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

### Les limites des SROSM de première génération

Au regard de l'analyse fournie pour la CNSA, nous pouvons relever 2 limites :

- Une insuffisante disponibilité des données de connaissance des besoins, de l'offre et de la demande,
- Un manque d'homogénéité en ce qui concerne les approches et la méthode de préparation des SROMS = des schémas trop différents dans leur contenu d'une région à une autre même si on retrouve une certaine permanence d'objectif d'un schéma à l'autre.

Afin de disposer de leviers plus soutenus sur ces sujets, la deuxième génération des SROMS devra ainsi tenir compte de ces limites.