

Projet Régional de Santé III

Contribution de l'URIOPSS PACA et Corse

Ce document synthétique présente les principales propositions portées et relayées par l'URIOPSS PACA et Corse (équipe technique et administrateurs) dans les groupes de travail pour la concertation sur l'élaboration du PRS 3, sur les thématiques suivantes :

- ▶ L'attractivité des métiers
- ▶ Accompagner la démarche inclusive
- ▶ Pour une approche intégrée sur l'autonomie
- ▶ Soutenir les aidants
- ▶ Le grand âge
- ▶ Le handicap
- ▶ L'accès à la santé des publics en précarité
- ▶ La santé mentale

L'attractivité des métiers

Rendre attractives et revaloriser les carrières des secteurs du social, du médico-social et de la santé

- Permettre aux établissements d'être stratégiques de leurs politiques RH en leur garantissant des moyens pour concevoir et mettre en œuvre les mesures permettant de recruter et de fidéliser sur leurs métiers en tension et leurs métiers stratégiques (qui dépendent fortement du contexte territorial). Cela se traduira notamment par l'organisation régulière de véritables dialogues de gestion dans le cadre des CPOM ;
- Accompagner l'adaptation des structures aux nouvelles modalités d'accompagnement – notamment en dispositif – et à l'évolution de leurs projets d'établissements ;
- Accompagner et outiller les professionnels dans le cadre des évolutions, en lien avec la transformation de l'offre afin qu'ils se réapproprient et retrouvent le sens de leur travail.

Promouvoir la Qualité de Vie et des Conditions de Travail (QVCT) en faveur de l'attractivité

- Soutenir financièrement des démarches de QVCT et de RSE dans les associations et améliorer les marges de manœuvre financière des ESMS, pour être en mesure d'agir résolument sur les conditions de travail ;
- Augmenter les taux d'encadrement de manière à accroître le temps de présence et d'accompagnement auprès des personnes pour les professionnels de terrain mais également le temps des encadrants qui sont pour beaucoup monopolisés par les aspects de gestion ;
- Adapter le cadre légal pour réguler le recours à l'intérim dans notre secteur d'activité, à l'instar de l'encadrement de l'intérim médical et des contrats de gré à gré ou de vacation entré en vigueur dans les hôpitaux le 3 avril 2023.

Lutter contre la sinistralité et l'absentéisme

- Financer toutes les actions visant à accompagner les structures dans la mise en œuvre de démarches de prévention.

La crise majeure actuelle des ressources humaines dans les secteurs sanitaire, médico-social et social constitue un enjeu central du PRS 3 car sa prise en compte et sa résolution seront déterminantes pour la possibilité de réaliser ou non les actions de ce Projet.

Un état des lieux pour l'ensemble des secteurs, en lien direct ou indirect avec la Santé, est nécessaire pour identifier les mesures urgentes à prendre.

Accompagner la démarche inclusive

La “Désinstitutionalisation”, en lien avec une vision inclusive de la société, doit être organisée au niveau de chaque territoire de vie, pour répondre aux besoins des personnes vulnérables qui le souhaitent. Les associations doivent pouvoir être accompagnées dans cette transformation de leurs modalités de fonctionnement, le cas échéant. Il est nécessaire de réaffirmer aussi que cette transformation de l’offre ne permettra pas de pallier le déficit de places, déjà constaté, et qui devra être compensé par la création de nouvelles places, notamment dans le champ du handicap.

- Favoriser les actions d’information/sensibilisation des ESMS auprès du milieu ordinaire - par exemple dans le milieu scolaire - et mobiliser les financements pour les assurer ;
- Elaborer des diagnostics territoriaux (inter-institutionnels et inter-associatifs) partagés pour objectiver les besoins et planifier une transformation de l’offre en réponses aux besoins des personnes sur l’ensemble des territoires ;
- Assurer un accompagnement au changement dans le cadre de la transformation de l’offre auprès des ESSMS par un financement dédié (à destination des professionnels, administrateurs et personnes accompagnées) ;
- Favoriser l’éclosion de projets co-élaborés entre le milieu ordinaire et les ESMS, tel que le dispositif d’appui à l’inclusion professionnelle des personnes accompagnées ;
- Mettre en œuvre le décret du 9 mai 2017 pour rendre possible une offre souple et modulaire pour un fonctionnement réel en dispositif (notification unique SESSAD/IME par exemple) ;
- Favoriser le déploiement des DIME/DAME en activant les leviers suivants : animation territoriale, partenariat avec l’éducation nationale, notification unique ... ;
- Affirmer dans le PRS que l’inclusion relève d’une responsabilité de l’ensemble de la société et non pas des seuls acteurs associatifs gestionnaires des dispositifs. Préciser que l’offre médico-sociale doit comprendre une palette de réponses allant de l’établissement au milieu ordinaire, en fonction des besoins et attentes des personnes. L’établissement devant lui-même être une composante du milieu ordinaire et être tourné vers l’extérieur, intégré dans la cité.

Pour une approche intégrée sur l’autonomie

- Mettre en place des Services Publics Territoriaux de l’Autonomie (SPTA) avec un guichet unique pour obtenir des réponses communes pour les personnes âgées en perte d’autonomie, les personnes en situation de handicap, les aidants, ainsi que les professionnels de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux et proposer un bouquet de services large, lisible et évolutif (accueil, information et sensibilisation, orientation et mise en relation, actions de repérage et de prévention...) ;
- Favoriser les collaborations, rapprochements de pratiques, synergies de compétences et d’organisations des acteurs œuvrant auprès des personnes en perte d’autonomie, notamment par le biais de groupes de travail locaux sur l’éthique ou de formations croisées.

Soutenir les aidants

- Développer des offres de répit, souples et modulaires accessibles dès le repérage d'une situation d'accompagnement et en prévention de l'épuisement de l'aidant pour éviter toute rupture de parcours ;
- Soutenir la création et l'action des plateformes de répit et d'accompagnement des aidants, en augmentant leurs moyens financiers et leurs ressources humaines pour élargir les publics cibles et le territoire d'intervention. Sur l'élargissement des publics cibles, développer :
 - l'accompagnement des jeunes aidants avec des modalités de prises en charge spécifiques (ex : accompagnement psychologique durant des séjours de vacances) ;
 - la création, du soutien, d'offres de répit ciblant les fratries.
- Soutenir les solutions de relayage/baluchonnage à domicile en pérennisant les dérogations au droit du travail ;
- Poursuivre la diversification de l'offre (de répit) :
 - d'hébergement temporaire ;
 - d'accueil relai en urgence ;
 - médico-sociale traditionnelle (FAM, MAS) ainsi que les différentes modalités d'accompagnement au sein de ces établissements (accueil séquentiel, accueil partiel, accueil de jour) ;
 - à destination du couple aidant-aidé qui permettent de sortir du quotidien, de partager des activités ensemble, de partir en vacances ensemble (ex. : dispositif Évasion Handicap famille développé par l'UFCV).
- Décloisonner les réponses en soutien aux aidants, pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap et favoriser la solidarité associative pour soutenir et capitaliser les actions innovantes qui fonctionnent ;
- D'une manière plus générale, soutenir les proches aidants, afin qu'ils ne deviennent pas la variable d'ajustement des politiques publiques, au regard des difficultés actuelles aussi bien financières qu'en terme de ressources humaines ;
- Développer des formations auprès des aidants, et communiquer sur l'offre de formation existante ;
- Faciliter l'accès aux solutions de répit :
 - par une meilleure communication autour des dispositifs existants (ex : le site Ma Boussole aidants) ;
 - en permettant aux professionnels d'assurer un meilleur repérage des aidants, et en les informant sur les dispositifs existants type « plateforme des aidants » pour les aider dans l'orientation des proches aidants (une « prescription » d'un professionnel de santé a beaucoup de valeur et favoriserait la prise de contact des proches aidants) ;
 - en limitant le reste à charge pour les familles pour l'accès aux solutions de répit.

Le grand âge

Pour une meilleure prévention de la perte d'autonomie et du maintien à domicile

- Abroger définitivement « la barrière d'âge » des 60 ans pour instaurer une égalité de traitement face au besoin d'aide à l'autonomie. Il s'agit concrètement de supprimer toutes les dispositions qui peuvent conduire à des ruptures du parcours de vie et aggraver une perte d'autonomie ;
- Promouvoir, faciliter et anticiper la coopération interprofessionnelle (et interfinanceurs) au service des personnes âgées pour construire une réponse globale, cohérente et structurée, afin de proposer un accompagnement de qualité et une gradation des interventions du domicile à l'établissement, adaptée à leurs besoins, notamment lorsque la situation des personnes est complexe ;
- Soutenir l'aide et le soin à domicile, première porte d'entrée du repérage de la fragilité et rôle essentiel dans le parcours de personnes âgées ;
- S'appuyer sur les nomenclatures des besoins et des prestations issues de la réforme tarifaire SERAFIN PH pour le grand âge. Cet outil permet de repérer efficacement les besoins des personnes accompagnées de manière fine et globale et d'appuyer ainsi le dialogue de gestion entre l'ARS et l'ESMS ;
- Mettre en place une véritable stratégie coordonnée pour les personnes âgées à besoin spécifiques, comme la consommation d'alcool. S'appuyer notamment sur la recommandation HAS publiée le 25 janvier "Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)".

Améliorer l'accompagnement des maladies neuro-dégénératives

- Construire des réponses aux besoins des personnes jeunes avec une maladie neurodégénératives, notamment par l'abrogation de la barrière d'âge pour la perte d'autonomie et assurer des réponses modulées et financières adaptées pour répondre à leurs besoins ;
- Promouvoir les équipes spécialisées Alzheimer et les déployer pour réduire l'attente des personnes pour bénéficier de leur intervention ;
- Continuer le développement des PASA de nuit en EHPAD ;
- Soutenir financièrement les établissements pour adapter leur architecture à la prise en charge des besoins des personnes avec une maladie neurodégénérative ;
- Favoriser le déploiement et le financement d'heures de psychologue et d'ergothérapeutes à domicile ;
- Favoriser l'interconnaissance des dispositifs (DAC, CLIC, UCC, etc.) et leur déploiement pour assurer une réponse coordonnée et graduée auprès des personnes et de leurs aidants.

Le handicap

Accès à la santé des personnes en situation de handicap

- Formations initiales et continues : intégrer des modules de formation/sensibilisation au handicap pour les infirmiers, soignants, médecins, avec des stages au sein des ESMS et soutenir le recours aux étudiants de 5e année de médecine pour des interventions au sein des ESMS (double vertu : prévention et sensibilisation des futurs médecins) ;
- Mettre en place des actions de sensibilisation par exemple par des équipes mobiles sanitaires ou via l'action des CODES auprès des ESSMS, sur la prévention (cancer, bucco-dentaire etc.) ;
- Soutenir le développement de consultations dédiées aux PH, en les rendant financièrement plus attractives pour les professionnels de santé intervenants, et mieux faire connaître ces dispositifs ;
- Accès à l'information :
 - Déployer des outils utilisés par les dispositifs Handiconsult (et les diffuser largement - maternité, écoles, cabinets médicaux, hôpital, libéraux), les outils de communication alternative et améliorée (CAA) et le Facile à Lire et à Comprendre (FALC), notamment dans les structures de soins ;
 - Communiquer sur l'existant pour faciliter l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, notamment les Communautés 360 et le DAC.
- Pédopsychiatrie :
 - Développer le fonctionnement en équipes mobiles et notamment les équipes mobiles intersectorielles (EMI-ECO) ;
 - Renforcer les moyens des CMPP ;
 - Renforcer le lien entre psychiatrie et :
 - établissements pour les personnes en situation de handicap en mettant en place un référent PH par Hôpital psychiatrique ;
 - établissements sociaux.
 - Renforcer les moyens dédiés aux approches psychothérapeutiques, éducatives et sociales destinées à l'enfant et à la famille.

Faciliter le parcours des personnes en situation de handicap

- Développer les formations et le déploiement des assistants au parcours de vie et des coordinateurs de parcours ;
- Financer des temps "qualité" : de coordination et concertation, pour les qualitiens/référents qualité, pour l'évaluation. La qualité est une dynamique qui nécessite des moyens en temps, et en ressources humaines. Ce financement peut éventuellement se faire sur le même modèle que les grappes du plan ESMS numérique et permettrait la mise en place de ressources partagées sur la démarche qualité ;
- Réaliser un bilan des besoins des territoires et mieux répartir l'offre médico-sociale PH : Prendre en compte le taux d'équipement pour déterminer l'offre en le pondérant avec des indicateurs des besoins issus des données collectées et analysées avec Via Trajectoire. Trop souvent, l'analyse du besoin d'accompagnement sur les territoires se résume à la mesure et à la comparaison du taux d'équipement. Ce n'est donc pas une mesure du besoin mais bien de l'offre qui sert de base à l'élaboration du PRS, notamment. Le PRS 3 pourrait donc mettre en place un outil de suivi de l'offre mais surtout du besoin. La compilation et le suivi des listes d'attente pourraient déjà s'avérer un puissant levier afin d'assurer une véritable péréquation entre besoins et offre. L'outil via trajectoire sera utile dans cette démarche.

L'accès à la santé des publics en précarité

- La nécessité d'une observation des publics vulnérables, et notamment pour les publics "invisibilisés", pour définir une politique publique adaptée aux besoins des habitants d'un territoire. Disposer d'une cartographie de l'offre et des besoins ;
- Une meilleure coordination inter-institutionnelle locale pour un état des lieux, des priorités et des moyens partagés, afin de se donner les moyens d'atteindre des objectifs prioritaires ;
- Renforcer l'accès à des compétences en santé dans les structures d'hébergement pour intervenir en situation de crise, au long cours pour le traitement des patients hébergés, et en soutien des équipes non médicales ;
- Développer des actions renforcées en lien avec le parcours de santé des enfants et des adolescents protégés ;
- Permettre un accès aux soins pour les personnes en squats et bidonvilles, par des équipes mobiles, des dispositifs d'aller-vers ;
- Maintenir des accueils non dématérialisés, pour lutter contre la fracture numérique, et améliorer l'accès aux droits.

La santé mentale

- Dans le champ de la santé mentale, l'articulation du sanitaire, social et médico-social est un préalable nécessaire (des liens étroits existent entre exclusion et problèmes psychiques) : la nécessité d'une meilleure prise en compte du rôle du médico-social dans l'accompagnement en santé mentale ;
- Évaluer le niveau de médicalisation à la fois souhaitable et possible, et s'orienter davantage en faveur du rétablissement ;
- Développer une approche communautaire des soins en santé mentale, en interconnectant les acteurs locaux avec le soutien de pairs-aidants ;
- Les PTSM doivent intégrer les publics en précarité dans les fiches actions, et prendre en compte le territoire de vie des personnes concernées et de leurs aidants, plutôt que les limites départementales administratives. Une coordination régionale des PTSM est nécessaire, notamment en vue de leur harmonisation quant aux thématiques traitées, dans le cadre d'une politique régionale de santé mentale pilotée en concertation avec les organismes représentatifs des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- Une priorité à mettre en œuvre sur la détection et la prévention dès le plus jeune âge ;
- Réaliser un état des lieux sur les ressources humaines pour recenser les professionnels occupant des métiers traditionnels en crise, des nouveaux métiers (IPA, intervenants en santé mentale communautaire, pairs aidants, ...), les acteurs du libéral (psychiatres et psychologues insuffisamment mobilisés) et mener une réflexion le plus en amont possible des parcours de formation initiale et continue (lien entre centres de formation et Éducation Nationale à renforcer).

A propos de l'URIOPSS PACA et Corse

L'URIOPSS, en région PACA et Corse, rassemble des associations et fédérations agissant dans le champ de la solidarité : le handicap, le grand âge, la lutte contre les exclusions, la protection de l'enfance et la santé.

L'URIOPSS représente ses adhérents auprès des pouvoirs publics et anime son réseau en lien avec un écosystème composé de l'ensemble des parties prenantes : les personnes accompagnées, les aidants, les professionnels, la gouvernance associative, les pouvoirs publics, les centres de formation, les fédérations sectorielles, les syndicats employeurs, les entreprises...

L'URIOPSS place l'intérêt des personnes accompagnées au centre de son action pour agir conformément à ses valeurs.

L'URIOPSS est membre d'un réseau national constitué de l'UNIOPSS et de 15 URIOPSS. Le réseau UNIOPSS / URIOPSS rassemble et apporte son soutien sur tout le territoire national, à plus d'une centaine d'adhérents nationaux, plus de 35 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médico-social et sanitaire, lesquels mobilisent 750 000 salariés et l'engagement d'un million de bénévoles.

Géraldine Meyer, Directrice de l'URIOPSS PACA et Corse

 gmeyer@uriopss-pacac.fr