

PRS III

Contribution de l'URIOPSS Occitanie





PRS III

Contribution de l'URIOPSS Occitanie

SOMMAIRE

<i>Préambule</i>	2
<i>Les propositions clés de l'URIOPSS</i>	6
PF Handicap	11
PF Vieillesse	23
PF PRAPS	32
PF Jeunes	39
PF Santé Mentale	45
PF Qualité Sécurité Usagers	51
<i>Annexes</i>	55

Préambule

L'URIOPSS Occitanie s'est vue proposer de contribuer aux travaux d'élaboration du PRS III à compter du mois de juin 2022. **L'URIOPSS a ainsi pris part à l'ensemble des groupes de travail relatifs aux sujets d'intérêt et d'action de ses 850 structures sanitaires, sociales et médico-sociales privées non lucratives adhérentes en région.** Les conseillers techniques de l'URIOPSS ont ainsi porté devant les espaces d'élaboration proposés par l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, les remarques et les propositions des adhérents, préalablement réunis en groupes de travail internes. La contribution ci-après est le fruit de ce travail collaboratif.

Nous remercions les services de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie pour le parti méthodologique participatif proposé. Nous remercions l'ensemble de nos adhérents qui, par leurs apports, démontrent leur ambition, au-delà des actions qu'ils déploient individuellement, de prendre une part active à l'élaboration collective des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales territorialisées.

C'est tout le sens d'une co-construction entre acteurs publics et associatifs qui, nous l'espérons, se traduira par la prise en compte des propositions ci-après.

Trois enjeux transverses aux politiques de santé régionales nous semblent à mettre en exergue :

- Garantir la réponse aux besoins
- Accompagner l'évolution de l'offre
- Favoriser la coordination et la coopération entre acteurs

1- Garantir la réponse aux besoins

Le rôle premier d'une politique de santé est de répondre aux besoins de la population du territoire visé. Les éléments de cadrage ou de contrainte financière peuvent orienter vers une réflexion portée sur l'offre et sa répartition plutôt que sur une objectivation des besoins préalable au travail à mener sur l'offre elle-même.

Malgré une ambition affichée en ce sens, et si les enjeux de résorption des inégalités sociales en santé sont mis en avant, **le PRS III prend appui sur une situation d'écart majeurs entre besoins et offre préexistante qui appellerait un investissement sanitaire et social massif** fortement contraint par une politique nationale structurellement insuffisante.

Si des indicateurs divers, épidémiologiques notamment, permettent d'affiner l'adéquation réponses/besoins, **nous ne pouvons que relever que le taux d'équipement régional n'a que peu évolué sur la période de validité du PRS II, et a même diminué sur les départements pourtant visés comme prioritaires** car installés dans un sous équipement chronique. Ce taux d'équipement met en regard le nombre d'habitants d'un territoire et les équipements et dispositifs présents sur ledit territoire. On notera tout de même que cette stagnation voire diminution n'est pas le fruit d'une diminution de l'offre, mais d'une augmentation démographique notable, que les créations de solutions en santé n'ont pas suivie.

La réponse aux besoins tient à l'évolution des réponses elles-mêmes permettant l'adéquation continue aux besoins en santé et aux aspirations de vie des personnes. Elle tient aussi, et de façon très concrète, aux moyens alloués pour mener à bien la politique de santé et rendre possible le fonctionnement des dispositifs autorisés. **En ce sens, nous attirons l'attention de l'Agence sur le fait que les dotations financières issues de la période COVID et censées répondre aux augmentations de charges structurelles des associations, mutuelles et fondations du secteur sanitaire, social et médico-social ont été et demeurent insuffisantes.** Ces sous-financements placent les gestionnaires dans un effet ciseau entre d'une part les charges salariales, charges courantes et de structure impactées par l'inflation, et d'autre part les produits de la tarification ou subventions qui ont évolué positivement mais de façon insuffisante.

Cette situation place les responsables de structures face à d'impossibles équations :

- Réaliser des efforts en charges dans un contexte de tensions budgétaires préalables et de problématiques d'attractivité des métiers au prix d'une dégradation des conditions d'accompagnement et de soins des personnes ?
- Générer des déficits qui, de contextuels, peuvent devenir structurels au prix de risques de cessation de paiement pour certains ou de dégradation bilancielle pour d'autres, obérant de nécessaires investissements futurs ?

Nous demandons aux services de l'Agence d'agir sur ces équilibres dans le cadre du PRS III et de porter par ailleurs au niveau national la nécessité d'un financement complet et suffisant par la solidarité nationale des dispositifs de soins et d'accompagnement pour lesquels les gestionnaires associatifs sont autorisés.

2 - Accompagner l'évolution de l'offre

Le réseau UNIOPSS-URIOPSS porte l'ambition d'une société inclusive dans laquelle chaque personne, par-delà une situation de fragilité ponctuelle ou permanente par la maladie, le handicap, le grand-âge ou la situation sociale, bénéficie d'un accès aux soins et aux accompagnements médico-sociaux lui permettant une pleine compensation et une participation sociale.

Au-delà de la stricte réponse aux besoins somatiques, la politique de santé au niveau régional doit, en outre, s'appuyer sur les aspirations des personnes que de choisir pour elles-mêmes et d'être actrices de leur parcours de soins et de vie.

Les établissements et services médico-sociaux sont ainsi appelés à effectuer un virage inclusif d'ores et déjà engagé, mais qu'il s'agira de soutenir pleinement, sans dogmatisme, mais avec une ambition que la politique de l'Agence devra accompagner.

L'assouplissement des modalités d'accompagnement devra ainsi être au cœur du dialogue avec les gestionnaires, de même que le développement de l'ensemble des dispositifs intermédiaires, transitoires et de répit permettant de prévenir les ruptures de parcours et l'épuisement des aidants.

Ces mutations doivent, enfin, être accompagnées par un soutien aux politiques RH des gestionnaires qui visent à la fois la fidélisation des professionnels mais aussi l'évolution même des métiers du soin et de l'accompagnement médico-social.

3 - Favoriser la coordination et la coopération entre les acteurs

L'URIOPSS considère la santé, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé, comme un état de complet bien-être physique, mental et social. La santé ne consiste pas ainsi seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Cette acception appelle ainsi une attention portée aux déterminants et actions relevant d'un spectre bien plus large que celui de l'action sanitaire et médicale.

L'ensemble des adhérents de l'URIOPSS Occitanie, que leurs services soient placés ou non sous l'autorisation et le contrôle direct de l'ARS, participent ainsi pleinement d'une politique de santé globale et le PRS III doit les prendre en considération.

Le secteur médico-social agit en prévention et en aval des structures sanitaires et de la médecine de ville et appelle donc une attention plus forte que sur les précédents PRS, non pas à côté mais en intégration totale des parcours de santé.

Nous appelons en ce sens à une meilleure organisation dans les dispositifs de coordination préexistants ou en développement afin que l'enjeu de coordination réponde au besoin de simplification et de lisibilité et ne verse pas, comme nous l'observons malheureusement actuellement, dans une complexification préjudiciable aux bons repérages et articulations des solutions disponibles.

Une attention particulière devra être portée à l'articulation psychiatrie/médico-social. La désinstitutionnalisation des services de psychiatrie, pour nécessaire qu'elle était sur les 20 dernières années, a eu pour effet un déport des problématiques psychiques des personnes concernées vers un accompagnement par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le secteur de la psychiatrie doit ainsi, à défaut d'être le seul recours pour les personnes en difficulté psychique, demeurer ressource pour les ESMS. **Nous appelons ainsi à ce que les CPOM des structures sanitaires autorisées en psychiatrie portent systématiquement un objectif de référence et d'appui pour les ESMS de leur territoire.**

Cette intrication des dispositifs de soins et d'accompagnement, rendue impérative par les diversités de parcours des personnes, appelle, en outre, une meilleure articulation des politiques sanitaires et sociales portées respectivement par l'Agence Régionale de Santé, les Conseils Départementaux et l'Etat. Ces articulations en planification, en programmation et en fonctionnement sont structurellement insuffisantes et placent, non seulement les gestionnaires, mais in fine, les personnes accompagnées, dans des situations difficiles. Nous appelons les parties prenantes institutionnelles citées ci-avant, à une meilleure coordination et à une information continue sur celle-ci à l'endroit des gestionnaires associatifs.

Les sections ci-après présentent domaine par domaine, les remarques et propositions de l'URIOPSS Occitanie sur le PRS III.

Contribution au PRS III : Les propositions clés de l'URIOPSS

PF HANDICAP

- **Mieux répartir l'offre médico-sociale PSH** : 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.
- **Nomenclatures** : Permettre à toutes les structures/PSH/familles de se saisir des nomenclatures Serafin PH afin de mieux mettre en travail le besoin des personnes en situation de handicap.
- **Via trajectoire** : Mieux travailler les besoins sur les territoires avec Via Trajectoire. Permettre à via trajectoire d'intégrer une dimension plus qualitative du besoin notamment en prenant en compte tous les accompagnements considérés comme insatisfaisants / ne répondant pas aux besoins des PSH.
- **Développer l'expertise d'usage et sa reconnaissance** : Création d'une instance régionale constituée de pairs dont la finalité serait de faire vivre la pair-aidance dans les territoires + Mettre en place une « université » des aidants.
- **Développer l'offre de répit et de soutien aux aidants.**
- **Développer des dispositifs 16-25 ans sur l'ensemble du territoire Occitan** (1 part département). Dispositifs souples dont l'objet serait de disposer d'un panel de professionnels et de pairs-aidants à même d'aider les jeunes PSH à réfléchir à leur avenir (travail autour de l'ensemble des aspects de la vie tant professionnels que personnels, en fonction des besoins du jeune).
- **Rendre possible une offre modulaire souple** qui permette de fonctionner réellement en plateforme de services coordonnée et au service d'un accompagnement global, à déploiement réel des effets du décret du 9 mai 2017.
- **Faire de la mesure de l'activité un moyen de mieux rendre compte de son activité.** Travailler avec l'ensemble des ESMS à l'élaboration d'outils permettant une mesure harmonisée de l'activité de chaque structure (à l'image de l'action engagée avec les DITEP).
- **S'assurer que chaque établissement de santé dispose bien d'un référent handicap** (le former le cas échéant).

Contribution au PRS III : Les propositions clés de l'URIOPSS

PF VIEILLISSEMENT

- **Améliorer la prévention de la perte d'autonomie à domicile** en augmentant et en pérennisant les financements liés au dispositif VIGILANCE SENIORS qui a fait ses preuves auprès des personnes âgées, et en EHPAD, en finançant des postes supplémentaires (kinésithérapeutes, ergothérapeute, activité physique adaptée...) et des actions de prévention bucco-dentaire.
- **Médicaliser les EHPAD pour éviter le recours aux urgences** : financer une astreinte médicale le week-end et salarier un médecin à temps plein ou à temps partiel pour réaliser les missions du médecin coordonnateur ainsi que celles du médecin traitant. Etendre l'activité et la communication relatives aux équipes mobiles (EMH, EMSP, EMG, HAD...) autant auprès des établissements qu'auprès des acteurs du domicile.
- **Maintenir les EHPAD comme des lieux de vie** : l'ARS, en concertation avec les Conseils Départementaux, doit se saisir de la dimension de la vie sociale dans les EHPAD et de son impact sur la santé de la personne âgée, en co-finançant par exemple des actions spécifiques ou encore en co-finançant un poste de coordonnateur de la vie sociale, un équivalent de l'infirmier coordonnateur.
- **Conforter les solutions de répit pour les aidants** : relayage, temps libéré, offre d'hébergement temporaire et offre d'accueil relai en urgence.
- **Trouver des solutions avec les acteurs du terrain lorsque le maintien à domicile devient très complexe** : soutien de l'ARS dans les situations à domicile pour lesquelles les intervenants n'ont pas de réponses ou de solutions, aggravées par l'absence de médecin traitant (espace de dialogue et de réflexion, solution d'urgence...).
- **Adapter l'offre aux besoins du public handicapé vieillissant** : faire émerger des lignes de conduites et des recommandations des deux enquêtes relatives aux EEPA (CREAI et cour des comptes) pour rapprocher notamment leur financement à celui des EAM et assouplir et faciliter les conditions d'intervention des professionnels du handicap auprès du public handicapé vieillissant dans les EHPAD.

Contribution au PRS III : Les propositions clés de l'URIOPSS

PF PRAPS

- **Rechercher l'autonomie des personnes dans l'accès aux droits et aux soins** : investir dans la médiation en santé et l'interprétariat, permettre le renforcement des compétences psychosociales et compétences de vie des personnes à tous les âges.
- **Prendre en compte la diversité de nos territoires** : améliorer la couverture des besoins, encourager les projets mutualisés avec des engagements sur 5 ans.
- **Renforcer les actions d'aller-vers et hors les murs.**
- **Accentuer l'offre pour les personnes confrontées à des difficultés spécifiques** : continuer le maillage du territoire, augmenter le nombre de places d'accueil et renforcer leurs moyens.
- **Favoriser la connaissance et l'interconnaissance des acteurs.**

PPS JEUNES

- **Les besoins de santé sont plus importants au sein de la population des enfants protégés que dans la population générale**, il importe alors de bien prendre en compte leurs besoins en santé, de déployer les moyens pour y répondre et de soutenir les professionnels qui les accompagnent.
- **Créer une communauté de professionnels autour de l'enfant** : social, médico-social, santé.
- **Améliorer l'offre en santé mentale** afin de garantir la continuité de la prise en charge des jeunes.
- **Augmenter les moyens du secteur Addictions** pour faciliter les partenariats et leurs interventions.
- **Miser sur la formation des professionnels** notamment pour la prévention (comportements, addictions, vie affective et sexuelle...).

Contribution au PRS III : Les propositions clés de l'URIOPSS

PF SANTE MENTALE

- **Développer les coopérations intersectorielles** - sanitaire, médico-social et social (milieu hospitalier, psychiatrie, secteur AHI, EHPAD, ESMS PH...).
- **Former davantage les professionnels** (pédopsychiatres, paramédicaux mais également professionnels des secteurs éducatifs, judiciaires et pénitenciers).
- **Renforcer la place et le rôle des usagers et des associations d'usagers** (associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de leurs parcours de vie et de santé ; favoriser l'accès des personnes en situation de handicap psychique aux aides humaines par l'ouverture de la PCH, qui leur est encore trop exceptionnellement accordée ; se donner les moyens d'intégrer de façon effective des représentants d'usagers dans les instances de décision et d'élaboration des politiques publiques).
- **Réaffirmer la place et le rôle de l'entourage, des aidants familiaux ou de proximité** (mettre en place un plan d'aides et de compensations permettant aux aidants de répondre aux besoins de la personne sans s'épuiser ou mettre en danger leur propre santé mentale).
- **Sauvegarder et soutenir l'action des GEM** (dispositifs subventionnés parfois mis à mal par manque de financement, alors que leur utilité est avérée).

Contribution au PRS III : Les propositions clés de l'URIOPSS

PF QUALITE

- **Faire évoluer ce portefeuille vers des actions intégrant les ESSMS comme acteurs et parties prenantes.**
- **Soutenir les professionnels par une qualité des conditions de travail :** la qualité de l'accompagnement de la personne passe par la qualité des conditions de mise en œuvre des missions des professionnels et ainsi le sens et l'engagement dans les pratiques professionnelles tout comme un environnement soutenant.
- **Les DAC comme centre de ressources des cas complexes en levant les clivages sanitaire/SMS :** dans la prise en charge les cas complexes par les DAC, il apparaîtrait que ces dispositifs doivent être repérés comme points ressource et d'appui permettant aux professionnels d'être mieux coordonnés pour accompagner ces situations tout en permettant aux patients de se sentir mieux entourés. Pour l'heure les DAC, ont une orientation plutôt sanitaire or les acteurs sociaux et médico-sociaux, ont leur pleine place dans les parcours complexes de personnes accompagnées.
- **Améliorer la qualité des parcours des usagers par la qualité des réponses** par une meilleure adéquation entre orientation et ESSMS et plateau technique au regard du parcours de vie de la personne et de ses besoins.
- **Financer des temps qualité :** coordination et concertation, qualicien, référent qualité, évaluation. En effet la qualité est une dynamique qui nécessite des moyens temps, humains. Ce financement peut éventuellement se faire sur le même modèle que les grappes des actions ESSMS numériques et permettrait aux ESSMS de la grappe de se doter d'une ressource partagée en qualicien.

CONTRIBUTION URIOPSS AU PRS III : Portefeuille Handicap

Pour un futur PRS vecteur de transformation de l'offre PH

Le concept de transformation de l'offre médico-sociale ambitionne de répondre à un ensemble d'exigences sociétales qui cherchent à assurer aux personnes les plus vulnérables les conditions et les moyens d'une vie sur un même pied d'égalité que l'ensemble des citoyens.

Cet objectif ne sera sans doute atteignable qu'au prix de nouvelles mesures structurantes permettant de libérer les établissements et les services du joug parfois trop contraignant des enchevêtrements légaux et réglementaires. Cela suppose des mesures prises au niveau national mais doit aussi se traduire sans attendre dans la politique locale pilotée par l'ARS. **Il doit permettre d'ambitionner des solutions à même de répondre à 4 impératifs :**

AXE 1 : Mieux mettre en travail les attentes des personnes vulnérables

Transformer l'offre médico-sociale c'est donc d'abord **permettre aux attentes des personnes, à leurs désirs, d'exister, d'être reconnus en tant que tels et d'être considérés par principe comme légitimes.** C'est ce qui doit constituer le point de départ de l'accompagnement.

Sur ce point, **les premiers freins peuvent résider à la fois du côté des personnes accompagnées mais également de celui des familles et des professionnels.** Ainsi, comment mettre en travail un accompagnement qui s'enracine dans l'attente lorsque la personne concernée n'en exprime aucun – soit qu'elle ne communique pas soit qu'elle ne fasse état d'aucune envie ?

Pour les professionnels et les familles, c'est plutôt du côté des représentations que des freins peuvent exister. Les désirs des personnes peuvent venir heurter les représentations de chacun et potentiellement conduire mécaniquement à les mettre de côté en ce qu'ils paraîtraient irréalistes, impossibles ou choquants. Partir des attentes pour construire l'accompagnement c'est arriver à considérer que toutes les demandes sont autant de matériaux qui permettront d'envisager les réponses à construire avec la personne et son entourage.

Pistes d'actions envisageables dans le PRS :

- Envisager un moyen de réaffirmer que **les professionnels doivent vérifier systématiquement dans tous les actes de la vie quotidienne que la personne ne sait pas et/ou ne veut pas faire avant de faire à sa place ou de l'aider**. Le principe est connu mais cède bien souvent le pas aux actions automatiques des professionnels, parfois en raison de la mécanique imposée aux professionnels par le cadre légal ou parfois ce fonctionnement est souhaité par la gouvernance de l'ESMS (ex : le lit est systématiquement fait chaque jour sans vérifier si la personne peut ou veut le faire, à moins que la personne ne puisse effectivement pas le faire cela revient dans la plupart des cas à automatiquement grever son autonomie).
- **Déconstruire les représentations pour mieux appréhender les attentes de PSH :**
 1. Que **le concept d'autodétermination** ne soit pas un vain mot. Relancer des plans de formation des professionnels mais aussi des familles autour de la **notion d'autonomie** mais également autour du concept d'autodétermination dont la HAS vient de donner la définition [1].
 2. **Inscrire dans les CPOM la nécessité que les ESMS prévoient des temps de réflexion autour des pratiques professionnelles**. Mieux financer ces APP.
 3. Permettre dans les CPOM de porter un **objectif de formation des professionnels aux approches non verbales** afin de mieux permettre la maïeutique des attentes de PSH, plus spécifiquement celles qui ne s'expriment pas ou ne font état d'aucune envie.
 4. Mise en place de **temps de formation des agents de l'ARS** autour des fondamentaux de l'accompagnement social et médico-social.
 5. Mise en place de **temps d'immersion des agents de l'ARS au sein des ESMS** (sur de l'accompagnement de terrain).

[1] La recommandation de la HAS relative à l'accompagnement des personnes TDI et publiée en octobre 2022 indique que l'autodétermination « c'est exercer le droit propre à chaque individu de gouverner sa vie sans influence externe indue et à la juste mesure de ses capacités. Avoir le pouvoir de décider pour soi-même est un apprentissage qui se développe tout au long de la vie de la personne. L'autodétermination est un levier essentiel de la construction identitaire de chacun d'entre nous et donne sens à la notion de citoyenneté de droit ».

— AXE 2 : Pour une meilleure adéquation entre besoins des personnes et offre médico-sociale

Une fois que l'attente est exprimée, il est nécessaire de la transformer en besoin. Tous les désirs ne sont pas des besoins mais tous les besoins partent du désir. Le besoin comme base de construction de l'accompagnement constitue la clef de voûte de l'accompagnement. Le PRS pourrait utilement faire du besoin, et des réponses à y apporter, le fondement de son action. Pour ce faire, **il pourrait être judicieux de mieux appréhender la notion de besoin tant du côté de l'accompagnement des personnes que pour mieux penser la réponse en termes de politique publique.** Sur ce deuxième aspect, le PRS échoue à correctement envisager les besoins du territoire comme ceux des personnes.

Pistes d'actions envisageables dans le PRS :

- **Réaliser un véritable bilan des besoins des territoires.** Bien 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 bien souvent de base à l'élaboration d'un outil programmatique comme l'est le PRS. **Il pourrait donc être pertinent que le PRS III envisage de mettre en place un véritable outil de suivi de l'offre mais surtout du besoin.** La simple compilation et le suivi au fil de l'eau des listes d'attente pourrait déjà s'avérer un puissant levier afin d'assurer une véritable péréquation entre besoins et offre. Encore faudrait-il que les informations compilées par les MDPH soient les mêmes et que les établissements comptabilisent les personnes en liste d'attente de la même manière. De ce point de vue, l'outil via trajectoire pourra sans doute résoudre pour partie cette difficulté.
- **Mieux comprendre ce que recouvre la notion de besoin.** Lancer une campagne de formation des professionnels et des agents de l'ARS autour des nomenclatures des besoins et des prestations Serafin. Nomenclatures qui intègrent une définition du besoin.
- **Travailler à un meilleur repérage des situations dites complexes.** Travailler avec les différentes cellules RAPT des MDPH une fiche action commune ARS/CD qui se fixe comme objectif de définir en commun ce qui fait qu'une situation doit être considérée comme complexe.

— AXE 3 : S'assurer de la réalité du parcours des PSH

Une fois ce besoin clairement déterminé avec la personne, il convient de trouver ou d'inventer une offre modulaire qui permette d'y répondre. C'est ici que le concept de parcours est d'un grand secours en ce qu'il doit permettre de construire ces réponses modulaires coordonnées. Le cadre légal actuel, certes porteur de stabilité, ne permet sans doute pas de donner une totale réalité au concept de parcours en ce qu'il découpe, superpose et limite les volontés des ESMS et des personnes accompagnées. Les ESMS se heurtent souvent aux réalités administrativo-légales qui limitent leur possible. **Transformer l'offre c'est donc sans doute transformer le cadre légal pour qu'il aille toujours plus vers une plus grande souplesse dans la capacité à inventer des réponses tout en prenant garde de rester dans une logique de non lucrativité, seule garante du principe de solidarité nationale.**

Au niveau du PRS, il est possible d'envisager :

- **La création de structures souples** (expérimentales ou non) englobant ou non des structures existantes, **disposant d'une dotation globale et qui s'apparente à une plateforme d'action sociale et médico-sociale.**
- Ne pas utiliser la mesure de l'activité avec comme seule finalité que de sanctionner financièrement l'ESMS en cas de non atteinte du taux cible indiqué dans son CPOM. **Faire de la mesure de l'activité un moyen de mieux rendre compte de son action.**
- **Développer une véritable politique d'attractivité des métiers et de fidélisation des professionnels œuvrant dans les ESMS.**
- Passer notamment par **un travail de QVCT dans les ESMS** afin que les professionnels aient envie de venir travailler.
- **Actions à mener dans les formations initiales.**
- **Favoriser l'ouverture des ESMS vers des personnes non formées mais qui pourront l'être à l'interne** (permet à d'éventuels futurs professionnels de déconstruire leurs représentations du fonctionnement des ESMS et également de vérifier si ce type de travail leur convient, s'ils disposent ou non d'une réelle appétence pour ces métiers de l'humain).

- **Discuter le principe de la logique de taux d'activité qui est parfois contradictoire avec l'idéal d'un accompagnement sur mesure modulable en fonction des besoins. Permettre aux PSH accompagnées d'être totalement libres vis-à-vis de l'ESMS.** Ne pas sanctionner financièrement les ESMS qui permettent aux personnes de sortir temporairement de l'ESMS. Le taux d'activité ne devrait donc pas prendre en compte ces sorties qui relèvent de la volonté de la PSH. Aujourd'hui, une PSH qui retourne au domicile de ses parents le week-end par exemple constitue un choix préjudiciable au financement de l'établissement alors même que c'est une façon de promouvoir l'autodétermination.

C'est au prix de la mise en œuvre de ce parcours dont les réponses se trouvent dans le secteur des solidarités mais aussi dans le milieu ordinaire que les personnes pourront faire un peu plus société.

AXE 4 : Permettre de tendre un peu plus vers une dynamique inclusive

Cette visée inclusive se heurte néanmoins encore et toujours à l'existence plus que timorée d'actions déployées auprès de la population en général.

Actions à envisager autour de cet axe :

- **Affirmer dans le PRS que l'offre médico-sociale doit comprendre un ensemble de réponses allant de l'établissement au milieu ordinaire** (ne pas aller vers une fermeture des établissements mais bien proposer une offre composée d'une palette de solutions dont l'établissement est une composante. Une condition sine qua non néanmoins, l'établissement doit s'être transformé pour créer en son sein les conditions de vie en interne et vers l'externe qui soient le plus proches de celles du milieu ordinaire).
- **Rendre enfin effectif le principe d'accessibilité universelle.**
- **Action pédagogique à mener de manière massive auprès de la population en général pour rappeler que l'accessibilité profite à tous et que son coût de départ est toujours compensé par des gains substantiels.** Ce n'est pas une dépense c'est un investissement profitable au plus grand nombre.
- **Favoriser les temps d'intervention des ESMS au sein du milieu ordinaire** (démultiplier des temps d'information sensibilisation notamment dans le milieu scolaire).
- **Favoriser l'éclosion de projets co-élaborés entre le milieu ordinaire et les ESMS.**

- **Démultiplication des informations-sensibilisations sur le handicap auprès des toutes les strates de la société.**
- **Instaurer de véritables temps de formation obligatoires à la thématique du Handicap dans l'ensemble des formations médicales.**
- **Favoriser la création et la mise en place effective de formations minimum - élaborées sur mesure par chaque structure - qu'un nouveau professionnel devra nécessairement suivre une fois intégré dans un ESMS.**

Les propositions et remarques formulées ci-après sont articulées autour des 3 axes proposés par l'ARS à l'occasion des différents groupes de travail auxquels l'URIOPSS a participé.

AXE 1 : Pour une meilleure connaissance des besoins des personnes en situation de handicap et un engagement inter-institutionnel en faveur de réponses plus adaptées aux attentes

- La notion de besoin

Les freins à l'appréhension du concept de besoin

- Manque d'un langage commun.
- Manque d'une définition partagée de la notion de besoin.
- Manque de travail autour de la notion de besoin des PSH.
- Manque de solutions de répit des aidants (maillage insuffisant sur l'ensemble du territoire).
- Manque de dispositifs permettant un accompagnement dans l'attente d'une place (avec ou sans orientation).
- Manque d'une adéquation réelle entre besoins repérés sur les territoires et offre disponible.
- Pas de solution pérenne pour les personnes dans l'attente de solution.
- Investissement disparate des ESSMS et des pouvoirs publics dans l'appropriation des nomenclatures des besoins et des prestations.

Leviers à activer pour le PRS III

- **Nomenclatures** : Permettre à toutes les structures/PSH/familles de se saisir des nomenclatures Serafin PH afin de mieux mettre en travail le besoin des personnes en situation de handicap.
- **Via trajectoire** : Mieux travailler les besoins sur les territoires avec via trajectoire. Permettre à via trajectoire d'intégrer une dimension plus qualitative du besoin notamment en prenant en compte tous les accompagnements considérés comme insatisfaisants/ne répondant pas aux besoins des PSH.
- **Faire évoluer les représentations du besoin via des formations** :
 - Dans l'enfance, le besoin ne concerne pas que la scolarité.
 - Dans le secteur adulte, le besoin ne concerne pas que la soutenabilité du travail.
- **Création et déploiement de structures "SAS"** (dispositif modulaire disposant d'un accueil inconditionnel, avec ou sans orientation donc, susceptibles d'accueillir tous types de handicap et disposant d'hébergement et de solutions en milieu ordinaire) sur l'ensemble des 13 départements.

- **La connaissance des besoins**

1. Développer l'expertise d'usage et sa reconnaissance à **création d'une instance régionale constituée de pairs dont la finalité serait de faire vivre la pair-aidance dans les territoires.**
2. **Mettre en place une « université » des aidants.**
3. Travailler à faire tomber les défiances de certains professionnels vis-à-vis de la pair-aidance (**formations sur la pair-aidance**).
4. **Mettre en travail l'équilibre/le rôle entre les MDA/MDPH et les communautés 360 dans le travail autour de l'autodétermination** (concept qui vient enfin d'être défini dans une récente recommandation de la HAS).
5. **Investir le nouveau métier « d'assistant au parcours et au projet de vie »** d'une dimension opérationnelle permettant une synergie réelle entre les PSH, les ESMS et les pouvoirs publics.

Connaissance des besoins : Focus inadéquation Offre / Besoins

Les données issues de l'outil Via Trajectoire (slide ARS ci-après) – même si des affinements sont certainement nécessaires – témoignent :

- de l'impérieux besoin de créer des solutions supplémentaires sur l'ensemble des départements Occitans ;
- mais également de la nécessité de questionner les modalités de création et de répartition de places sur chaque département.



L'offre est aujourd'hui répartie au regard des taux d'équipements. C'est ce pertinent indicateur qui est mobilisé pour répartir les créations ou non de « places » sur chaque département. Néanmoins, force est de constater que ce seul indicateur ne permet pas à lui seul une appréhension suffisante des besoins réels sur les territoires.

PROPOSITION

Mieux répartir l'offre médico-sociale PSH : Prendre en compte le taux d'équipement pour déterminer l'offre mais en le pondérant avec des indicateurs de besoins issus des données collectées et analysées avec ViaTrajectoire.

— AXE 2 : Construire les politiques publiques pour tenir compte de l'inter-institutionnalité nécessaire à l'inclusion : l'exemple de l'insertion socio-professionnelle des jeunes

- **Soutenir les transitions ESMS enfants/ESMS professionnels (ESAT, ESRP, ESPO) et ESMS professionnels/milieu ordinaire**
 1. Mettre en œuvre l'ensemble des aspects du **plan de transformation des ESAT**.
 2. Travailler à améliorer l'image de l'ESAT (meilleure communication permettant de rappeler que ce sont des structures médico-sociales avant tout et qu'ils participent pleinement de la dynamique inclusive).
 3. Mieux travailler **les représentations du handicap au sein du milieu ordinaire** :
 - Démultiplier les infos sensibilisations autour des thématiques du handicap et de l'accessibilité
 - Travailler avec les associations à la mise en place d'expériences immersives déployées sur l'ensemble du territoire Occitan (Serious Game...)

- **Développer des dispositifs 16-25 ans sur l'ensemble du territoire Occitan** (1 part département). Dispositifs souples dont l'objet serait de disposer d'un panel de professionnels et de pair-aidants à même d'aider les jeunes PSH à réfléchir à leur avenir (travail autour de l'ensemble des aspects de la vie tant professionnels que personnels, en fonction des besoins du jeune), *confère dispositif de l'ADAPEI des Hautes-Pyrénées par exemple*.

— AXE 3 : Développer, transformer et diversifier l'offre médico-sociale

- **Transformer**
 1. **Poser dans le nouveau PRS une définition de ce que signifie la transformation de l'offre en Occitanie et surtout préciser concrètement ce à quoi elle ambitionne de répondre.**
 2. Ne pas se satisfaire des plans et chantiers nationaux mais bien **envisager de manière singulière une façon d'assurer la transformation de l'offre dans notre région.**
 3. Relancer le développement de **solutions pérennes à destination des PHV** : nouveaux AAP PHV.
 4. Rendre possible une **offre modulaire souple** qui permette de fonctionner réellement en plateforme de services coordonnée et au service d'un accompagnement global : à **déploiement réel des effets du décret du 9 mai 2017.**

5. Développer l'offre de répit et de soutien aux aidants :

- Prendre en compte le Cadre d'orientation national de répit élaboré en 2021 dans le cadre du PRS 3.
- Développer l'offre de répit mais pas uniquement dédiée aux situations complexes et d'urgence.
- Propositions : Equipes mobiles proposant du répit à domicile.

6. Développer les synergies ARS/Assurance Maladie et ses programmes de prévention.

7. Proposer **la création de plateforme de service minimum par département** (une offre minimale capable d' accueillir temporairement tous les types de handicap sur chaque département) : en inter OG par exemple.

8. Que les **DAC** jouent pleinement leur rôle de coordonnateurs des dispositifs.

9. **PCPE** : S'assurer que les PCPE ne soient pas embolisés par les cas les plus complexes.

10. **Zone « grise » 6-12 ans** : Garantir et s'assurer de l'effectivité de l'orientation post CAMSP.

11. Pour une **meilleure synergie ARS/CD** : Déploiement d'actions communes (AMI commun par exemple).

12. Remettre sur le métier **la question des transports**.

13. **PIAL** : Recenser leurs pratiques et modalités de fonctionnement.

14. Faciliter les regroupements volontaires :

- Ne jamais forcer les regroupements.
- Les outils de regroupement existent mais sont parfois mal connus : mieux communiquer sur les possibilités de regroupement.
- Proposer et débloquer systématiquement des enveloppes budgétaires permettant l'ingénierie du projet de regroupement. En effet, penser les regroupements et les aspects juridiques de ces derniers nécessite du temps et des moyens d'ingénieries qui sont parfois difficiles à obtenir.
- Proposer systématiquement des lignes budgétaires pour financer le coût de fonctionnement du regroupement.

- **Mieux former pour mieux accompagner la transformation de l'offre**

1. Inscrire dans les CPOM la nécessité que les ESMS prévoient systématiquement **des temps de réflexion autour des pratiques professionnelles**. Mieux financer ces APP.
2. Permettre dans les CPOM de porter un **objectif de formation des professionnels aux approches non verbales** afin de mieux permettre la maïeutique des attentes de PSH, plus spécifiquement celles qui ne s'expriment pas ou ne font état d'aucune envie.
3. Prévoir des formations croisées (ATC / professionnels des ESMS) autour des questions de **vie affective et sexuelle**.
4. **Promouvoir des formations autour de la transidentité** pour mieux accompagner les PSH concernées.
5. Mise en place de temps de **formation des agents de l'ARS et des CD autour des fondamentaux de l'accompagnement social et médico-social**.
6. Mise en place de temps **d'immersion des agents de l'ARS et des CD au sein des ESMS** (sur de l'accompagnement de terrain).

- **Attractivité des métiers et fidélisation des professionnels**

Développer une véritable politique d'attractivité des métiers et de fidélisation des professionnels œuvrant dans les ESMS.

1. Passer notamment par un travail de **QVCT** dans les ESMS afin que les professionnels aient envie de venir travailler.
2. Actions à mener dans les **formations initiales**.
3. Favoriser **l'ouverture des ESMS vers des personnes non formées initialement mais qui pourront l'être à l'interne** (permet à d'éventuels futurs professionnels de déconstruire leurs représentations du fonctionnement des ESMS et également de vérifier si ce type de travail leur convient, s'ils disposent ou non d'une réelle appétence pour ces métiers de l'humain).

- **Mesure de l'activité**

Ne pas utiliser la mesure de l'activité avec comme seule finalité que de sanctionner financièrement l'ESMS en cas de non atteinte du taux cible indiqué dans son CPOM.

1. **Faire de la mesure de l'activité un moyen de mieux rendre compte de son activité. Travailler avec l'ensemble des ESMS à l'élaboration d'outils permettant une mesure harmonisée de l'activité de chaque structure** (à l'image de l'action engagée avec les DITEP).

2. **Discuter le principe de la logique de taux d'activité qui est parfois contradictoire avec l'idéal d'un accompagnement sur mesure modulable en fonction des besoins. Permettre aux PSH accompagnées d'être totalement libres vis à vis de l'ESMS. Ne pas sanctionner financièrement les ESMS qui permettent aux personnes de sortir temporairement de l'ESMS. Le taux d'activité ne devrait donc pas prendre en compte ces sorties qui relèvent de la volonté de la PSH. Aujourd'hui, une PSH qui retourne au domicile de ses parents le week-end par exemple réalise un choix préjudiciable au financement de l'établissement alors même que c'est une façon d'assurer son autodétermination.**

- **Favoriser et développer les liens avec le sanitaire**

1. **Consultations dédiées :** Mieux pérenniser et financer les dispositifs de consultations dédiées aux PSH (dépasser l'article 51). Sur ces dispositifs : les rendre financièrement attractifs pour les professionnels de santé qui y interviennent (permettre de rémunérer au-delà de la T2A à la seule réalisation de l'acte ne permet pas de rémunérer l'engagement et le temps pris par le professionnel soignant pour le réaliser auprès des PSH).

2. **Mieux travailler le lien psychiatrie/ESMS PH :** Mettre en place 1 référent PSH par HP, le former le cas échéant.

3. **Mettre en place et déployer sur l'ensemble du territoire Occitan des solutions de consultations médicales mobiles.**

4. **Instiguer le recours aux étudiants de 5e année de médecine pour des interventions au sein des ESMS** (double vertu : prévention et sensibilisation des futurs médecins).

5. **Dépasser la charte Romain Jacob :**

- Mettre opérationnellement en œuvre la charte : Transformer les termes de la charte en pratiques des professionnels via les formations des médecins / soignants notamment.
- S'assurer que l'établissement de santé dispose bien d'un référent handicap.
- Former des professionnels sanitaires aux thématiques du handicap (formations initiales et continues).
- Immersion obligatoire des professionnels du sanitaire dans les ESMS PH.

CONTRIBUTION URIOPSS AU PRS III

Portefeuille Vieillessement

Bilan du PRS II Volet Vieillessement

AXE 1 : Concourir au repérage précoce, à l'évaluation de la fragilité et aux actions de prévention de la perte d'autonomie (programme ICOPE et Vigilance seniors)

Le dispositif VIGILANCE SENIORS de l'ADMR a une plus-value par rapport au projet ICOPE : la vision de la situation de la personne est donnée sur le long terme et non seulement à un instant T comme ICOPE.

La situation de la personne âgée est analysée au sens large (environnement, habitudes de vie...) par les aides à domicile qui rendent visite régulièrement à la personne âgée. On sort ici de la vision strictement sanitaire du soin et de la santé pour englober la santé sur tous ses aspects (aspects psychique et physique). L'échelle d'analyse de la situation est remplie à la fin de chaque intervention sur le smartphone de l'intervenant et si une alerte se met en route (dégradation importante de la situation de la personne sur une période de trois jours consécutifs), un professionnel entre en contact avec la personne âgée pour en savoir plus. Si le problème et la fragilité se confirment, un infirmier prend le relai et contacte le médecin traitant de la personne ou tout professionnel utile pour une intervention auprès de la personne. Un bilan des actions est réalisé à J+30 après l'alerte.

Le dispositif est actuellement financé à hauteur de 6€ par personne et par mois, sur la base de l'article 51 et cela jusqu'en fin d'année 2023.

Quelle pérennité du dispositif après l'année 2023 ? Quelle augmentation du financement alloué ? Financement qui est à l'heure actuelle très faible pour couvrir l'ensemble des missions (formation des professionnels, informations de la personne accompagnée et de ses proches, temps dédié pour l'évaluation de la situation et la remontée d'informations sur l'application, prise de relai pour la coordination dès qu'une alerte est déclenchée...).

Au-delà du dispositif VIGILANCE SENIORS, il est indispensable que l'ARS reconnaisse le travail des aides à domicile dans la continuité du parcours de la personne âgée à domicile et cela en toute sécurité. Les médecins traitants ont reconnu à plusieurs reprises leur rôle essentiel d'éclairage sur la situation à domicile. Les aides à domicile contribuent à part entière au prendre soin de la personne.

AXE 2 : Faciliter l'accès de la personne âgée et de la personne handicapée vieillissante aux compétences spécialisées

Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) : elle a bien fonctionné pendant la crise et a permis de rassurer les professionnels et d'établir des protocoles directement avec eux.

Hospitalisation A Domicile (HAD) : soutien indispensable pendant la crise lorsqu'il manquait du personnel mais intervention limitée sur le territoire, la couverture géographique n'est pas optimale, ce qui est dommageable.

Equipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP) et Equipe Mobile Gériatrique (EMG) : leurs services sont intéressants dans la continuité du parcours de soin de la personne mais comme les autres équipes, elles ne se déplacent pas sur l'ensemble du territoire, de plus, les équipes sont très restreintes. Les services à domicile ne semblent pas informés de leur existence : il serait pertinent d'améliorer la communication (liste des équipes avec contacts) auprès de l'ensemble des acteurs et d'étendre leur couverture géographique d'intervention.

AXE 3 : Eviter le recours inapproprié aux services de médecine d'urgence par les Ehpad

Avis partagé sur le projet IDE de nuit : pour certains adhérents, cette présence est une réelle plus-value à la fois pour les résidents mais aussi pour les professionnels ;

Pour d'autres, ce projet présente un intérêt limité et cela pour plusieurs raisons :

- **La mission d'éviter les urgences et de se doter de compétences médicales la nuit ne relève pas du rôle de l'EHPAD.**
- **Le recours aux urgences est très limité la nuit**, les admissions se font plutôt le week-end et la journée, ce qui diminue l'intérêt d'un tel projet. Le bilan d'ALCIMED ne notifie pas de baisses d'hospitalisations, alors que l'objectif initial était bien celui-ci.
- Le projet s'avère plutôt rassurant pour les équipes et pour aborder les bonnes pratiques professionnelles/les protocoles par exemple ou quand il est nécessaire d'activer les directives anticipées. **Un poste en sus dans les EHPAD serait plus pertinent qu'une astreinte téléphonique** qui est, en réalité, peu disponible.
- **Les conditions d'accès sont restrictives** (territoire, nombre de lits...).
- **La pénurie d'IDE** vient également freiner de manière considérable ce projet, il serait urgent de permettre la formation des IDE en 2 ans et en alternance pour les AS qui souhaiteraient devenir IDE.

AXE 4 : Favoriser le maintien à domicile par le soutien aux aidants et par l'accès à des prises en charge renforcées, alternatives et séquentielles

PFR et temps libéré : le 1er bilan du « temps libéré » est en cours, il va être mitigé car son déploiement n'a pu être optimal en raison de la pénurie RH... Ce projet est pourtant intéressant car, en sus de la mission de relaying, l'équipe réalise une évaluation complète à domicile et fournit des préconisations pour assurer un confort de la personne à domicile et éviter un placement d'urgence en établissement.

AXE 5 : Adapter la prise en charge en établissements médico-sociaux aux besoins des personnes handicapées vieillissantes

L'étude du CREAL sur les Etablissements Expérimentaux pour Personnes Agées (EEPA) n'a visiblement pas donné de résultats probants. C'est dommageable car le CREAL y a passé beaucoup de temps ainsi que les établissements.

En parallèle de cette étude régionale, la cour des comptes a envoyé une enquête aux EEPA. Cette enquête a souligné de nombreuses difficultés managériales et administratives liées au SEGUR qui n'était pas versé au personnel de l'EEPA, ce qui a créé une différence de traitement avec l'EHPAD. Il serait pertinent de combiner les résultats des deux enquêtes pour en faire émerger des lignes de conduites et des recommandations.

Ces EEPA doivent posséder des compétences plurielles et spécifiques, en sus de l'EHPAD, car l'accompagnement est vraiment particulier. Il est anormal que les Etablissements d'Accueil Médicalisés (EAM) aient plus de moyens que les EEPA, alors que le public a les mêmes « caractéristiques ».

PRS III Volet Vieillesse : les propositions de l'URIOPSS

Les chiffres relatifs au vieillissement de la population et leur projection sont connus depuis plusieurs années, la transition démographique est bien là et les effets sur le système de soins se font ressentir de manière accrue. Pour répondre aux besoins de cette population sans mettre en difficulté les acteurs de terrain, le futur PRS devra répondre à différents enjeux :

AXE 1 : Améliorer la prévention de la perte d'autonomie

- **Augmenter et pérenniser les financements liés au dispositif VIGILANCE SENIORS qui fait ses preuves auprès des personnes accompagnées à domicile** ; au-delà du dispositif VIGILANCE SENIORS, il est indispensable que l'ARS reconnaisse le travail des aides à domicile dans la continuité du parcours de la personne âgée à domicile et cela en toute sécurité. Les médecins traitants ont reconnu à plusieurs reprises leur rôle essentiel d'éclairage sur la situation à domicile. Les aides à domicile contribuent à part entière au prendre soin de la personne.
- **Clarifier et consolider le parcours de la personne lors de la détection d'une fragilité** : qui alerter ? Qui intervient et prend le relai pour répondre à ses besoins ? Sous quel délai ? Quel retour à la personne émettrice du signalement ?
- **Financer un poste d'activité physique adaptée dans les EHPAD** qui concoure à l'entretien physique et psychique de la personne âgée - à sa santé de manière globale selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé :
 1. Les stagiaires qui interviennent en STAPS ne sont pas suffisants pour répondre à un tel besoin.
 2. Un poste à temps partiel pourrait être mutualisé entre l'ARS et le CD (EPRD ont déjà été validés avec cette proposition).
 3. Une proposition de décret a mentionné l'instauration d'un référent APA dans les ESMS, à désigner parmi le personnel en place et sans financement supplémentaire : il est primordial de défendre l'idée d'un tel poste, occupé par un professionnel diplômé en la matière et en sus du personnel déjà en place.

- **Renforcer le temps d'ergothérapeute en EHPAD** qui peut réaliser des bilans déglutition en lieu et place de l'orthophoniste – intéressant à réaliser rapidement dès l'entrée de la personne pour prévenir la perte d'autonomie et la dénutrition :
 1. ARS a déjà financé ce poste 2h/semaine via un appel à candidature.

- **Salarier des kinésithérapeutes** : cela permettrait de mieux cadrer leurs missions et activités et de travailler en réelle coordination avec le médecin coordonnateur de l'EHPAD dans plusieurs situations (ex : post AVC). De plus, les EHPAD ont le matériel adéquat pour réaliser de la rééducation mais les kinés ne l'utilisent pas systématiquement (ex : DYNAMICO).

- **S'engager réellement sur le volet prévention** – pour ce faire, des moyens et des actions supplémentaires sont nécessaires :
 1. Révision grilles AGGIR et PATHOS pour valoriser la prévention de la perte d'autonomie – à l'heure actuelle, les financements ne le permettent pas, en effet, plus la personne est dépendante, plus les financements pour l'accompagner sont importants. A l'inverse, les actions visant à prévenir ou à maintenir l'autonomie ne sont pas valorisées par l'équation tarifaire des EHPAD ;
 2. Simplifier les démarches de la CFPPA, notamment le bilan.

- **Utiliser les nomenclatures des besoins et des prestations issues de la réforme tarifaire SERAFIN PH pour le grand âge** : elles permettent de repérer les besoins des personnes accompagnées de manière fine et globale et d'appuyer ainsi le dialogue de gestion entre l'ARS et l'ESMS.

- **Soutenir les EHPAD dans leurs actions de prévention bucco-dentaire** : le suivi est complexe et les dentistes ne se déplacent pas systématiquement, de même, il peut être complexe d'accompagner un résidant chez le dentiste :
 1. Certains EHPAD bénéficient d'une mallette reliée au système de télémédecine qui envoie des photos et des données à la faculté dentaire de Montpellier : réalisation rapide d'un bilan dentaire avec actions à mettre en place. Un aide-soignant doit être formé pour l'utiliser. Le financement même partiel de la mallette pourrait être demandé à l'ARS ;
 2. Diffusion du contact du réseau DOMIDENT auprès de l'ensemble des EHPAD ;
 3. Appels à candidatures doivent être développés sur cette question ;
 4. Achat possible de fauteuil de dentiste par les EHPAD afin de permettre aux professionnels d'intervenir directement sur l'EHPAD.

— AXE 2 : Médicaliser les EHPAD pour éviter le recours aux urgences tout en les maintenant comme des lieux de vie

- **EMH, EMSP, EMG, HAD...** : communiquer sur l'existence de ces équipes et étendre leur zone d'intervention géographique, et par conséquent, leur effectif.
- **Assouplir les conditions d'accès à l'AAC IDE de nuit** : extension de la zone géographique et du nombre de lits.
- **Financer une astreinte médicale le week-end** : la principale cause repérée de recours aux urgences par les EHPAD serait l'absence de médecin traitant ou leur manque de disponibilité, en effet, en l'absence d'avis clinique, les personnes sont souvent transférées aux urgences.

1. Augmentation du temps de travail du médecin coordonnateur pour réaliser l'astreinte le week-end - données chiffrées de ce projet réalisé par un EHPAD : baisse des hospitalisations de 21 à 10 en 1 an, 51 déplacements du médecin sur l'établissement et 93 consultations à distance, économie estimée à 126 € par place pour l'assurance maladie.

Ce projet a également permis de stabiliser l'équipe IDE. Le partage d'informations avec les médecins traitants est bien cadré, ils donnent leur accord au préalable, ainsi que le patient résident.

- **Salarier un médecin à temps plein ou à temps partiel pour réaliser les missions du médecin coordonnateur et assurer les missions du médecin traitant.**
 1. La question du libre choix se pose ici, pourtant les résidents ont-ils réellement le choix en l'absence actuelle de médecin traitant ? Il est en plus toujours possible pour le résident de conserver son médecin traitant s'il le souhaite, sans choisir le médecin salarié de l'établissement. Les résidents seraient rassurés par la simple présence du médecin dans l'établissement.
 2. Mission de prescription supplémentaire pour le médecin coordonnateur (mission qui pourrait également être réalisée par un médecin externe à l'établissement – expérimentation en Ile de France) : un temps supplémentaire pour le médecin coordonnateur est nécessaire car ses missions sont déjà très nombreuses. Il est indispensable également de ne pas démobiliser les médecins traitants et de travailler cette nouvelle mission avec eux directement, l'URPS doit également être impliqué dans ce travail.

- **Intégrer la vie sociale dans le soin global apporté à la personne conformément à la définition de la santé par l'OMS** « *état de complet bien-être physique et psychique qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmités* ». L'ARS, en concertation avec les Conseils Départementaux, doit se saisir de la dimension de la vie sociale dans les EHPAD, en co finançant par exemple des actions spécifiques comme dans le cadre de la CFPPA ou encore en co finançant un poste de coordonnateur de la vie sociale, un équivalent de l'IDEC en quelque sorte. Ce financement public ne fera pas peser cette charge exclusivement sur le tarif hébergement et par conséquent sur les résidents ou leurs proches. Le développement de la vie sociale dans les EHPAD, et à domicile, aura également un impact sur la prévention de la perte d'autonomie.

AXE 3 : Soutenir le virage domiciliaire

- **EMH, EMSP, EMG, HAD...** : communiquer sur l'existence de ces équipes et étendre leur zone d'intervention géographique, et par conséquent, leur effectif.
- **PFR et temps libéré** : 1er bilan du « temps libéré » est en cours, il va être mitigé car son déploiement n'a pu être optimal en raison de la pénurie RH - prolonger l'expérimentation du dispositif pour pouvoir en apprécier la plus-value dans une situation RH moins tendue (projet intéressant où l'équipe, en sus du relayage, réalise une évaluation complète à domicile et fournit des préconisations pour assurer un confort de la personne à domicile et éviter un placement d'urgence en établissement).
- **Favoriser les temps d'échanges aidants/associations** : créer des événements avec les acteurs locaux.
- **Conforter l'offre d'hébergement temporaire et l'offre d'accueil relai en urgence** (tarif préférentiel par rapport à l'hébergement temporaire). Le délai est limité à 1 mois et les conditions sont très restrictives, ce qui empêche de nombreux aidants d'en bénéficier. Ce projet est actuellement expérimental et est financé par l'ARS.
- **Conforter les solutions de relayage/baluchonnage à domicile en encadrant de manière pérenne les dérogations au droit du travail**. Ces solutions sont intéressantes pour l'aidant et pour la personne accompagnée qui reste à domicile avec le même intervenant/service et ne perd donc pas ses repères.

- **Trouver des solutions avec les acteurs du terrain lorsque le maintien à domicile devient très complexe** : attente de solutions de la part de l'ARS dans les situations à domicile pour lesquelles les intervenants n'ont pas de réponses ou de solutions, aggravées par l'absence de médecin traitant. Ces situations sont soit refusées par les services à domicile, faute de personnel et de solutions adéquates sans mettre les équipes en difficultés, ou bien accompagnées, mais avec un risque pour le personnel en place qui s'épuise rapidement. Dans ces situations, une réflexion devrait avoir lieu avec un médecin pour décider de la continuité ou non du maintien à domicile (ex : convention avec le centre hospitalier le plus proche pour avoir à minima un gériatre au téléphone). Les MAIA étaient d'une aide précieuse dans ces situations mais avec la création des DAC, leurs services sont momentanément indisponibles...
- **Encadrer le glissement de tâches** : la pénurie de personnel engendre de nombreux risques dans l'accompagnement et notamment des glissements de tâches importants entre les aides-soignants et les auxiliaires de vie sociale, les aidants peuvent parfois être mis à contribution également. Un projet art 51 avait envisagé un binôme AS/AVS pour l'aide à la toilette de personnes âgées dépendantes mais ce projet n'a pas abouti faute de personnel disponible. Dans les SPASAD, les AVS, s'ils sont bien formés, peuvent réaliser des toilettes médicalisées sous la supervision de l'IDEC mais attention toujours à bien encadrer le glissement de tâches et à le contrôler pour éviter les dérives. Un soutien de l'ARS est demandé sur ce point.

AXE 4 : Adapter l'offre aux besoins du public handicapé vieillissant

- **Analyser les résultats des deux enquêtes relatives aux EEPA** (CREAI et cour des comptes) pour faire émerger des lignes de conduites et des recommandations à destination des établissements. Rapprocher les financements des EEPA à celui des EAM qui accompagnent des publics présentant les mêmes spécificités, pour permettre l'accès aux mêmes compétences et formations.
- **Utiliser la grille des nomenclatures des besoins et prestations issues de la réforme tarifaire SERAFIN PH pour le grand âge** pour identifier l'ensemble des besoins de la personne et tenter d'y trouver des solutions/prestations adaptées. Les équipes doivent être formées à l'utilisation des grilles. Ces grilles doivent pouvoir être utilisées dans le cadre du dialogue de gestion.

- **Permettre l'intervention en EHPAD de services à domicile quelques heures par semaine** pour accompagner au mieux la personne handicapée vieillissante et soutenir les équipes. Le manque de places dans les EHPAD conduit les EHPAD à refuser certains profils qui ne paraissent pas adaptés à l'EHPAD et à l'harmonie de l'établissement, faute de personnel et de moyens suffisants. Les demandes de formations à l'accompagnement des troubles psychiques sont en hausse constante mais les budgets formation ne cessent de baisser.

NB : les EHPAD remarquent une augmentation des demandes d'admissions pour les personnes âgées en situation de handicap psychique ou avec des troubles cognitifs importants (pas de reconnaissance du handicap après 60 ans).

- **Soutenir l'intervention des professionnels et des services extérieurs spécialisés dans le handicap auprès du public handicapé vieillissant vivant dans les EHPAD.** L'EHPAD n'a pas de ressources suffisantes en la matière car ce n'est tout simplement pas son cœur de métier (ex : les CMP, les SAMSAH...). Une réelle coordination et un cadrage des missions de chaque acteur sont nécessaires pour accompagner au mieux les personnes.
- **La problématique se pose également pour les publics à besoins spécifiques :** addictions, précarité...Quels sont leurs besoins ? Qui peut y répondre et comment ?
- **Communiquer sur les besoins de la population de manière générale** (besoins en soins, en accompagnement, pathologies...), pour permettre aux ESMS de faire face aux accompagnements dits « spécifiques » et envisager les compétences adéquates (GPEC).
- **Continuer à soutenir les projets d'habitat inclusif financés jusqu'ici par l'ARS :** financement à la main des Conseils Départementaux désormais et certains d'entre eux ne souhaitent pas s'engager dans ces projets, pourtant certaines structures se sont beaucoup investies et ont accompli des projets qui fonctionnent. Un relai de la CNSA serait-il possible pour faire perdurer ces projets ?

CONTRIBUTION URIOPSS AU PRS III

Portefeuille PRAPS

Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), recense pour 5 ans les actions à mettre en œuvre pour faire face aux difficultés de santé rencontrées par les personnes les plus démunies, en situation de grande précarité.

Le PRS II rassemblait les actions du PRAPS autour de cinq priorités :

- Faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité.
- Renforcer les dispositifs spécifiques d'accès à la prévention et aux soins.
- Contribuer à une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité.
- Accompagner vers et dans le droit commun et favoriser la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes en situation de précarité.
- Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de Réduction des Risques et Dommages (RdRD) aux personnes en situation de précarité.

Bilan du PRS II Volet PRAPS

Nous observons des avancées encourageantes sur l'accès à la santé des personnes en grande précarité notamment grâce au déploiement de dispositifs spécifiques, au développement d'actions d'aller-vers et hors les murs, à des coopérations intersectorielles locales, à l'usage de la médiation en santé.

Cependant, malgré les moyens déployés, les inégalités sociales et territoriales de santé ne cessent de s'accroître et nous restons bien en deçà de la couverture des besoins. L'interprétariat et la médiation sont des outils qui ont été trop peu investis. De plus, la pénurie de professionnels de santé n'aide pas au travail intersectoriel et partenarial.

— AXE 1 : Accès aux droits

Les adhérents ont observé une dégradation de l'accès aux droits notamment depuis la crise sanitaire, l'accueil physique ne se faisant plus. La dématérialisation aggrave la situation. **Les droits des personnes sont moins visibles** et un nombre important de personnes accueillies et accompagnées ne maîtrisent pas l'outil numérique (illettrisme, allophones...). Quand les démarches sont trop complexes, difficilement compréhensibles, trop longues, elles peuvent abandonner et renoncer à leurs droits et leurs soins.

Dans le Gard, par exemple, la plateforme d'échanges pour les professionnels permettait de débloquer des situations mais des changements de son utilisation (pas de transmission de documents) font qu'elle n'est plus facilitatrice.

Les PASS sont soutenantes et facilitent l'ouverture et l'accès aux droits mais cela ne permet pas aux personnes d'être autonomes dans leurs démarches et d'aller vers le droit commun.

La fracture numérique crée une dépendance des personnes vis-à-vis des professionnels qui les accompagnent.

Focus AME : les adhérents notent que depuis la prise en charge des dossiers AME à Marseille, ils rencontrent plus de difficultés et les délais se sont allongés créant des ruptures de droits et des ruptures dans les parcours de soin.

— AXE 2 : Dispositifs spécifiques

Malgré un nombre important de créations, le nombre de place en dispositifs spécifiques reste largement insuffisant. Dès l'ouverture d'un nouveau dispositif, les places sont prises d'assaut et les listes d'attente sont vite très longues. Il arrive alors que des orientations se fassent par défaut et non en fonction du projet ou du besoin de la personne, ne permettant pas sa meilleure prise en charge.

Certains publics, notamment les jeunes, renoncent à leur projet d'accueil du fait des délais.

D'autre part, il est encore parfois difficile de maîtriser la diversité des dispositifs pour permettre une orientation rapide et adaptée des personnes.

Les professionnels déplorent le manque de relais avec le droit commun : orientation en EHPAD par exemple.

Ils voient un **intérêt certain dans le déploiement de l'aller-vers et des dispositifs Hors les murs dont ils notent la complémentarité avec les autres dispositifs.**

Les adhérents sont favorables et en recherche de travail partenarial d'autant qu'il y a un réel enjeu autour de la coordination, ne serait-ce que pour savoir quelles sont les compétences existantes et mobilisables dans les territoires. Mais quand les organisations existent, il est parfois difficile de trouver le bon interlocuteur pour tisser des liens.

Surtout, certains territoires, notamment ruraux, sont trop dépourvus en PS. L'accès à un médecin traitant est particulièrement difficile pour les personnes en rupture rendant leurs parcours de soin encore plus compliqué. En outre, de plus en plus de situations nécessitent l'intervention, la collaboration de plusieurs spécialités.

Quelle coordination peut être mise en place si les PS n'existent pas ?

La mise en place des DAC semble laborieuse. Les associations ne voient pas comment ces dispositifs pourront améliorer les choses en fonctionnant à moyens constant. Les délais d'attente sont longs.

AXE 3 : Santé mentale

Sur la santé mentale, la situation des personnes s'est dégradée pendant la période de crise sanitaire et faute de moyens et de professionnels en santé mentale disponibles, les prises en charge sont priorisées et les délais sont allongés.

Les acteurs travaillant avec les personnes en grande précarité sont trop souvent dépourvus de soutiens et de relais pour prendre en charge les personnes qui en ont besoin.

Ils s'interrogent par exemple sur la mobilité des EMPP. Certaines tiennent des permanences mais n'interviennent pas dans les structures. Dans ce cas, quand une intervention est nécessaire mais que la personne ne relève pas ou plus de l'hospitalisation psychiatrique, quelles sont les solutions ? Comment prendre en charge la personne sur son lieu de vie ou si elle ne peut pas y être maintenue, où peut-elle être accueillie ?

— AXE 4 : Accompagner vers et dans le droit commun

L'accès à l'interprétariat est très compliqué dans les établissements de santé, voire impossible (exemple du CLAT) or donner un traitement à une personne sans qu'elle ne le comprenne c'est la mettre en danger.

L'interprétariat et la médiation sont des outils qui ont été trop peu investis.

— AXE 5 : Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de Réduction des Risques et Dommages (RdRD)

ETP

Dans certaines structures, **pour que les personnes en situation de précarité se saisissent des programmes d'ETP, ils sont souvent retravaillés, ajustés voire individualisés** en interne ce qui nécessite du temps. Les équipes doivent également **se remobiliser régulièrement sur le sujet afin de susciter et maintenir l'adhésion des personnes**. Des programmes d'ETP peuvent aussi être proposés en interne.

Prévention, dépistage

Les actions d'aller-vers ou hors les murs, quand elles existent sont très pertinentes (interventions au sein des accueils de jours, par exemple). Même si elles ne donnent pas toujours de résultats quantitatifs en nombre de vaccins ou de dépistages réalisés, **elles participent à faire de l'information, de la prévention, de la sensibilisation et à créer ou recréer des liens de confiance entre les personnes et le système de santé**.

RdrD

La crise COVID et les confinements ont fait évoluer positivement les pratiques professionnelles sur la gestion des conduites addictives et la réduction des risques dans le secteur AHI. Des travailleurs ont été formés, des partenariats ont été noués ou renforcés avec des CAARUD ou CSAPA.

L'autonomie des personnes doit être recherchée pour qu'elles accèdent au droit commun et s'emparent de leur santé. L'investissement dans la médiation en santé et l'interprétariat est une des clés pour y parvenir. Il faut aussi permettre le renforcement des compétences psychosociales et compétences de vie des personnes à tous les âges et dans tous les milieux et travailler sur la prévention des transmissions générationnelles.

Il est important aussi de **prendre en compte la diversité de nos territoires** (l'espace rural représente 90% de la superficie de la région). La pénurie de PS dans certaines zones rend l'accès à la santé particulièrement difficile, les actions d'aller-vers et hors les murs doivent donc être renforcées.

Il serait intéressant de faire un bilan des expérimentations comme les micro-structures pour entrer dans le droit commun (article 51). Enfin, **nous préconisons d'encourager les projets mutualisés globaux à l'échelle d'un territoire avec des engagements sur 5 ans**. Cela serait bénéfique pour la constitution de partenariats pérennes, le renforcement des réseaux, l'interconnaissance, l'adaptation de l'offre aux besoins, la sécurisation des équipes, le développement, l'ancrage et l'évaluation des projets.

AXE 1 : Accès aux droits

- La maîtrise des outils et la temporalité des personnes en grande précarité et notamment celle des jeunes doivent être prises en compte.
- Il est important de **permettre à nouveau aux personnes de bénéficier d'un accueil physique et d'un accompagnement** dans le cadre du droit commun pour faciliter leurs démarches.

AXE 2 : Dispositifs spécifiques

- **Poursuivre le maillage du territoire et augmenter le nombre de places en LHSS, LAM et ACT.**
- **Encourager le déploiement de l'aller-vers et du hors les murs** sur l'ensemble du territoire.
- **Prévoir systématiquement des temps de médecin dans les AAP** des dispositifs spécifiques.
- **Soutenir l'animation de réseau** pour permettre aux partenariats de perdurer et de se renforcer dans le temps (exemple du projet de RESEDA dans le bassin alésien).

— AXE 3 : Santé mentale

- **Avoir des équipes mobiles** qui interviennent auprès des publics.
- Expérimenter la **création de lieux intercalaires**.
- Développer les **formations croisées et pluridisciplinaires** pour apprendre à travailler au quotidien ensemble.
- La formation initiale doit avoir des **éléments sur la santé mentale pour les travailleurs sociaux** et inversement pour les psychiatres et psychologues.
- **Renforcer le travail partenarial** pour une meilleure prise en compte de la santé mentale des personnes en situation de précarité.
- **Mieux articuler psychiatrie et conduites addictives**.
- **Améliorer l'accompagnement des personnes allophones** : formation des professionnels, prise en charge des soins, interprétariat.

— AXE 4 : Accompagner vers et dans le droit commun

- **Dédier des lignes budgétaires à l'interprétariat** en santé dans les établissements ainsi que pour l'accompagnement des personnes en soin de ville.
- **Investir la médiation en santé ;**

Les équipes de médiation doivent pouvoir se mettre en réseau et ainsi par l'échange et les retours d'expérience améliorer et sécuriser leurs pratiques. Elles doivent pouvoir se faire connaître des différents acteurs, développer leurs réseaux de partenaires, les entretenir et les renforcer, sensibiliser les professionnels à de nouveaux modes d'intervention les incluant. Le nombre de médiateurs doit être développé afin de bien mailler le territoire.

— AXE 5 : Adapter l'offre de prévention, de dépistage et de Réduction des Risques et Dommages (RdRD)

ETP

- **Soutenir les équipes dans les pratiques d'adaptation et de promotion des programmes d'ETP.**

Prévention, dépistage

- Encourager les **actions d'aller-vers et hors les murs** des organismes de prévention et de dépistage.
- Favoriser **l'interconnaissance des acteurs** par de l'animation de réseau, des rencontres régulières.
- **Sensibiliser et former** les équipes sociales, professionnelles et bénévoles.
- **Investir la thématique de la vie affective et sexuelle.**

RdrD

- **Continuer la formation des professionnels du secteur AHI** sur les conduites addictives et la réduction des risques.
- **Accentuer le maillage du territoire** avec des dispositifs de prévention et de RdRD (CSAPA, CAARUD, CJC) et renforcer leurs moyens pour faciliter les actions d'aller-vers et les partenariats.
- **Mieux articuler psychiatrie et conduites addictives.**

CONTRIBUTION URIOPSS AU PRS III

Portefeuille Prévention et Promotion de la Santé des Jeunes

Bilan du PRS II Volet Prévention et Promotion de la Santé des Jeunes

Le domaine d'action de prévention et promotion de la santé des jeunes du PRS II s'est construit autour de 5 priorités opérationnelles :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé par des interventions adaptées.
- Agir sur les comportements addictifs, en modifiant l'approche préventive et de réduction des risques.
- Permettre aux personnes de prévenir ou de mieux vivre avec leur maladie chronique grâce à l'éducation thérapeutique.
- Améliorer le diagnostic précoce et renforcer la prise en charge des troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents.
- Développer un parcours en promotion et éducation pour la santé chez l'enfant et le jeune (0-25 ans).

Déclinées en 6 actions :

- Optimiser l'écoute et l'accueil des jeunes (PAEJ/MDA).
- Informer et accompagner les jeunes de 16 à 25 ans en situation d'insertion.
- Prévenir l'obésité en école primaire et au collège par la pratique de l'activité physique.
- Améliorer la prévention et la réduction des risques en milieu festif.
- Accompagnement des adolescents diabétiques dans le suivi de leur traitement.
- Promouvoir l'éducation à la vie affective et sexuelle chez les jeunes en Occitanie.

Ces actions étant très ciblées, elles ont peu concerné les adhérents en Protection de l'enfance de l'Uriopss. Ils développent et mènent leurs propres actions avec leurs équipes.

— AXE 1 : Santé mentale des enfants et des jeunes

Nos adhérents font le constat d'un mal-être et même de véritables souffrances psychiques en augmentation chez les jeunes et ce de plus en plus tôt.

Dans le même temps, malgré les actions mises en place, **il est de plus en plus difficile de les orienter vers le soin dont ils relèvent**, du fait des limites actuelles des services pédo et psychiatriques. Les psychologues de PAEJ sont, par exemple, de plus en plus sollicités par ces services pour assurer une continuité de suivi psychologique auprès de jeunes de façon croissante, alors qu'ils sont positionnés sur le versant de la prévention et de l'orientation vers les soins.

Nos adhérents en Protection de l'Enfance travaillent avec les MDA. Les MECS ayant des psychologues en interne, ce sont surtout le milieu ouvert et la prévention spécialisée qui font appel à eux pour l'accompagnement des jeunes. Ce relai est apprécié. Les MDA pallient notamment le manque de places dans les CMP.

Le PRS II n'a pas permis de développer une réponse suffisante pour la prise en charge de la santé mentale des jeunes. Nos adhérents déplorent les difficultés d'orientation et le défaut de suivi en psychiatrie.

— AXE 2 : Addictions, prévention et réduction des risques

Certains de nos adhérents, notamment en prévention spécialisée, ont participé au travail en milieu festif mais cela ne permet de sensibiliser que certains jeunes et d'aborder qu'une partie du champ des addictions et pratiques à risque.

Plus largement, sur la question des addictions et de la réduction des risques, **les associations en protection de l'enfance travaillent avec des associations d'addictologie, CSAPA, CJC.**

PRS III Volet Prévention et Promotion de la Santé des Jeunes : les propositions de l'URIOPSS

Le seizième rapport de l'ONPE rappelle : « *La santé des enfants doit être appréhendée selon une approche globale, et non seulement comme l'absence de maladie, comme le rappelle d'ailleurs l'Organisation mondiale de la santé. Outre les besoins fondamentaux de tout enfant, les enfants protégés ont des besoins fondamentaux spécifiques liés d'une part, aux effets sur leur développement des expositions adverses et notamment des maltraitances qu'ils ont pu subir et, d'autre part, à des effets propres à leur parcours.* »[1] Les données issues de la recherche mettent en évidence des besoins de santé plus importants au sein de la population des enfants protégés que dans la population générale.

Il importe alors d'intégrer la protection de l'enfance au PRS :

- **Créer des ponts entre les acteurs institutionnels de la santé et de la protection de l'enfance et les entretenir.** C'est une condition essentielle pour soutenir et faciliter les partenariats et les projets des acteurs sur le terrain, pour informer et former les professionnels régulièrement afin de proposer la meilleure prise en charge possible des enfants et jeunes protégés.
- **Avoir localement une réelle articulation entre le social, le médico-social et la santé mentale** pour trouver des solutions sur les situations complexes.
- **Inscrire le parcours de soins dans le projet pour l'enfant pour créer une communauté de professionnels autour de l'enfant** et faciliter la continuité du soin à sa sortie d'institution (ouverture des droits, relais...).
- **Intégrer des PS au sein même des structures de protection de l'enfance** pour une meilleure prise en charge de leur santé (prévention, suivi des traitements, ETP...)
- **Développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge.**

Un point de vigilance : Si nous encourageons la formation des professionnels de l'enfance au repérage et à l'appréhension des problèmes de santé des jeunes, elle ne doit pas donner lieu à une moindre prise en charge par les professionnels de santé. La protection de l'enfance n'a pas pour vocation de pallier le manque de professionnels de santé.

Pour améliorer le parcours en santé de l'enfant et du jeune, il pourrait être intéressant d'inscrire dans le PRS l'expérimentation des maisons de l'enfant et de la famille, prévue à l'article 33 de la loi de protection des enfants du 7 février 2022.

[1] *La santé des enfants protégés, Seizième rapport au Gouvernement et au Parlement, ONPE, Juillet 2022.*

— AXE 1 : Santé mentale des enfants et des jeunes

La crise Covid a révélé et accentué le mal-être des jeunes. Les données recueillies sur 2021 et début 2022 par Santé Publique France révèlent une hausse des souffrances psychiques chez les adolescents par rapport aux années précédentes, notamment une augmentation des gestes suicidaires.

Le réseau UNIOPSS-URIOPSS a produit en 2021 une contribution au rapport 2021 du Défenseur des enfants centrée sur la santé mentale au sein de la protection de l'enfance administrative et judiciaire et de son articulation avec le monde de la santé.

Selon l'OMS, « *la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* ». Cette définition est un idéal encore lointain au regard du mal être et des troubles et souffrances psychiques que rencontrent aujourd'hui de trop nombreux jeunes.

Les questions de santé mentale sont depuis des années un sujet de vives inquiétudes des professionnels de l'enfance et de la jeunesse. Celles-ci semblent particulièrement réactivées par la crise sanitaire actuelle qui révèle les fragilités et lacunes de nos dispositifs de prise en charge et des réponses limitées que nous pouvons apporter aux enfants et jeunes en souffrance.

Les professionnels au contact d'enfants témoignent ainsi de difficultés grandissantes de relations et de gestion des émotions chez les tous petits, du développement de troubles de l'attachement. Ils observent **des symptômes de dépression du nourrisson** ainsi qu'une augmentation significative des troubles du sommeil. Cela s'inscrit également dans un contexte d'augmentation des tensions intrafamiliales.

Une des questions qui se pose lorsqu'on évoque « Protection de l'enfance et santé mentale » est celle des interlocuteurs. Qui est responsable lorsqu'il y a un problème de santé mentale en protection de l'enfance ? Quel est le psychiatre ou le service compétent quand il y a un problème dans un établissement ?

Que faire en cas de refus d'admission ou d'hospitalisation d'un enfant ? Qui va s'occuper des enfants qui ont besoin de soins et pour qui on ne trouve aucune structure adaptée ? Les établissements et services en protection de l'enfance se trouvent fréquemment désorientés face à ces interrogations.

Si certaines situations ne relèvent pas exclusivement de la protection de l'enfance mais ne relèvent pas non plus de l'urgence psychiatrique, selon les professionnels de santé, des solutions intercalaires doivent être trouvées y compris pour éviter la mise en danger de l'enfant et du collectif dans lequel il vit. Des projets pourraient être développés dans ce sens dans le cadre du PRS III.

Pour rappel, la **Défenseure des droits a adressé un courrier à la Première ministre en juin pour mettre en place un plan d'urgence pour la santé mentale des jeunes**. Elle recommandait notamment de sécuriser le financement et le développement des maisons des adolescents dans chaque département ou encore de créer des équipes mobiles en reconnaissant ce modèle comme un « équipement » de l'hôpital.

Comment introduire la protection de l'enfance dans la formation des psychologues et psychiatres ? Et inversement, pour les travailleurs sociaux ? Comment faire fonctionner les croisements des savoirs académiques et nouer le dialogue ? Quels sont les lieux d'échanges et lieux de coordination ?

Propositions du réseau sur la santé mentale :

- **Mieux former les professionnels** au contact des enfants **au repérage des besoins**.
- **Cartographier les offres territoriales** en matière de santé mentale.
- **Garantir une continuité de prise en charge entre l'évaluation et le suivi** en termes de temporalité. Il faudrait par exemple favoriser le suivi par un même référent dans les CMPP, à l'instar de ce qui se fait à Strasbourg.
- **Investir dans la santé mentale** (notamment renforcer la pédopsychiatrie, faciliter l'accès à des psychologues dans le cadre d'une prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée) et dans la protection de l'enfance.
- **Rendre les métiers plus attractifs**, pour recréer des vocations. Reconnaître et valoriser les compétences des professionnels.
- **Développer les formations croisées et pluridisciplinaires** pour apprendre à travailler au quotidien ensemble.
- **La formation initiale doit avoir des éléments sur la santé mentale pour les travailleurs sociaux et inversement pour les psychiatres et psychologues**.
- **La formation continue reste le meilleur vecteur pour développer une interconnaissance**. Les jeux de rôle peuvent être des supports de formation utiles.
- **L'analyse des pratiques en présence de tiers spécialistes du soin** est une manière de traiter des situations qui sont en impasse, de décroiser les acteurs et de créer une culture commune.
- **Créer des établissements socio-éducatifs médicalisés pour adolescents** (financement ARS, CD, PJJ) afin de proposer des prises en charge concertées, complémentaires et pluridisciplinaires répondant conjointement et de manière harmonisée aux problématiques multiples de soin, de comportement et ou de suppléance parentale que rencontrent certains adolescents dits en situation complexe.
- Créer des lieux et temps d'échanges pour **développer les interconnaissances et les croisements de regard**.

- **Adapter les capacités d'accompagnement en dispositif** (dispositif ITEP, dispositif IME,...) aux besoins des territoires, notamment où des listes d'attentes persistent.
- **Développer une communication plus lisible de l'offre** déployée sur les territoires, notamment à l'heure des appels à projets et des marchés publics qui amènent à une redéfinition du maillage territorial (plateforme 360, et autres plateforme Protection enfance/handicap, PTSM, les expérimentations de projets d'équipes mobiles,...).
- **Investir dans la prévention et le repérage précoce des difficultés en santé mentale.**

AXE 2 : Addictions, prévention et réduction des risques

Il serait important que **les associations de protection de l'enfance puissent bénéficier d'interventions et de formations régulières** pour une pleine mobilisation des professionnels sur la durée avec des connaissances à jour, sur les substances mais aussi les pratiques à risque comme celle des paris sportifs qui augmentent y compris chez les jeunes.

AXE 3 : Education à la vie affective et sexuelle

Les adhérents plaident pour la nécessaire **formation régulière de leurs équipes sur la vie affective et sexuelle y compris liée aux identités de genre**. Cela permettrait un discours et un portage commun.

CONTRIBUTION AU PRS III

Portefeuille Santé mentale

Bilan du PRS II Volet Santé Mentale

Les 3 axes stratégiques du PRS II :

- Le décloisonnement des institutions et des approches
- Faire des politiques autour de l'enfance et l'adolescence un enjeu d'avenir
- Faire de l'innovation une nouvelle dynamique porteuse de changements

L'URIOPSS défend une conception de la santé mentale, qui si elle reconnaît le rôle important des soins psychiatriques dans la stabilisation des symptômes, voire le rétablissement des personnes, prend en compte l'ensemble des déterminants de santé (logement, insertion professionnelle, transports, éducation, etc...) et des ressources de l'environnement de la personne qui sont à mobiliser pour renforcer les facteurs de protection et de résilience. La coordination des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, et l'implication des personnes concernées et de leur entourage sont indispensables au processus de réhabilitation psycho-sociale et au rétablissement.

Cette articulation intersectorielle se traduit, entre autre, par la poursuite d'une désinstitutionnalisation de l'hôpital psychiatrique qui n'exclut pas pour autant le soutien aux structures médico-sociales (par exemple : gestion des phases de décompensation). La psychiatrie exercée par les structures sanitaires doit nécessairement rester un appui de référence pour les ESMS, surtout au long cours - dans la mesure où ces derniers n'ont pas toujours la compétence aux plans technique ou réglementaire pour assurer les accompagnements dans leur globalité - et assurer un véritable suivi. Ainsi, si l'implication des ESMS dans le champ de la santé mentale semble autant vertueuse que nécessaire, elle ne pourra se faire sans actions de spécialisation, dotations financières suffisantes et conventionnements obligatoires - notamment via les CPOM des structures sanitaires, qui doivent rester référentes sur la crise et sur le suivi de long cours.

Enfin, nous regrettons que les besoins de soutien à la santé mentale des personnes présentant des troubles du spectre autistique ne soient pas envisagés au sein du portefeuille Santé mentale. L'autisme a longtemps été traité à l'hôpital, au sein des services psychiatriques, face à des situations d'instabilité psychique des personnes et par méconnaissance des mécanismes neurodéveloppementaux des TSA. Depuis une vingtaine d'années, l'évolution des connaissances scientifiques et les logiques d'inclusion sociale ont orienté les recommandations professionnelles et les prises en charge vers des dimensions développementales puis comportementales. Cette prise en compte de l'environnement et des besoins spécifiques de structuration spatio-temporelle des aides à la communication des personnes avec TSA ainsi que le travail de fond effectué quant à l'acceptabilité sociale de la (de toutes) les différences, ont concouru à ce que soit dissociée la question de l'autisme et plus largement des TSA et celle des soins psychiatriques. Pour autant, les personnes avec autisme font face, pour certaines, à des problématiques d'instabilité et de souffrance psychiques particulières. Sans remettre en cause les logiques inclusives, de participation sociale et les approches comportementales recommandées et déjà évoquées, le sujet de la santé mentale des personnes autistes ne doit pas être mis de côté. Elles doivent pouvoir bénéficier de soins en santé mentale comme tout un chacun.

PRS III Volet Santé mentale : les propositions de l'URIOPSS

— AXE 1 : Promotion du bien être mental et prévention

La santé mentale des enfants et des jeunes :

- **Former davantage de pédopsychiatres** et renforcer l'attractivité de la filière.
- **Mettre en place un dispositif de formation des professionnels** (infirmiers, psychologues...) pour répondre aux différents besoins en pédopsychiatrie.
- Poursuivre les **actions de diversification de l'offre de soins** et d'accompagnement pour répondre aux différentes situations.
- **Améliorer l'accès aux soins** par un renforcement et une meilleure utilisation des moyens disponibles. Donner clairement aux praticiens hospitalo-universitaires la mission d'améliorer l'accès aux soins dans leur territoire.
- **Développer le fonctionnement de la pédopsychiatrie sous forme d'équipes mobiles ressources** et de prévention en appui des structures médico-sociales (dispositif ITEP, IME), des structures et des professionnels de l'ASE et de la PJJ, de l'éducation nationale et des familles.

- Permettre et renforcer dans le service public les prises en charge longues avec des soins intensifs.
- **Avoir des services d'hospitalisation de jour et des lits d'hospitalisation à temps plein dédiés pour adolescents** répondant aux besoins, répartis sur l'ensemble du territoire.
- **Améliorer les articulations et les complémentarités entre les CMP et les Centres Médico Psycho Pédagogiques (CMPP).**
- Donner aux Maisons des Adolescents (MDA) une fonction de tête de réseau des acteurs de l'adolescence.

La santé mentale des personnes sous main de justice :

- **Réduire les incarcérations de personnes connaissant des troubles psychiatriques** via la formation des professionnels du milieu judiciaire et de la police à la détection et compréhension des maladies psychiques, afin de corriger la tendance actuelle à établir une corrélation entre trouble mental et dangerosité. Cette question rejoint la question des expertises psychiatriques.
- **Revoir fondamentalement le système des expertises psychiatriques**, qui s'exerce dans des conditions aberrantes (couramment une demi-heure, 4 à 6 mois après la commission des faits), pour qu'elles soient effectuées au plus tard dans le mois suivant l'interpellation et intègrent les éléments de diagnostic existants ainsi que les informations de l'entourage sur le parcours de soins et la compliance aux soins.
- **Former et sensibiliser les surveillants et conseillers pénitentiaires de probation et d'insertion au repérage des troubles de santé mentale.**
- **Sensibiliser les familles d'accueil des jeunes de la protection de l'enfance sous main de justice à la problématique de santé mentale.**
- **Respecter les droits des personnes en cas d'hospitalisation de détenus dans un service de psychiatrie générale.** Les recours systématiques à des pratiques de contention ou d'enfermement dans des chambres d'isolement sont à proscrire.
- **Développer une politique adaptée de soins ambulatoires pour les personnes sous main de justice non incarcérées.** Étendre l'expérience lancée à Marseille par le Parquet avec Médecins du Monde proposant une alternative de soins psychiatriques à l'incrimination pénale aux auteurs de délits mineurs.
- **Assurer la continuité des soins à la sortie de prison et des peines alternatives.** Cela suppose de préparer les relais avant la sortie, et, pour cela, de renforcer les liens entre administration pénitentiaire, juges d'application des peines et associations sociales et médico-sociales et d'aidants familiaux.

La santé mentale des personnes en situation de précarité et en situation de migration :

- **Favoriser l'ouverture des droits et l'accès aux soins** - notamment en préservant les dispositifs de couverture santé pour les personnes étrangères (AME et Sécurité sociale pour les demandeurs d'asile).
- Développer l'aller-vers via une **meilleure couverture du territoire des équipes mobiles psychiatrie-précarité** et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS - hospitalières et de ville).
- **Développer les liens entre les établissements de psychiatrie/équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)** et les structures du secteur de l'Accueil hébergement Insertion (AHI) et les consultations au sein des lieux d'hébergement.
- **Soutenir l'accès et le maintien dans le logement**, notamment les dispositifs « Un chez soi d'abord ».
- **Développer l'interprétariat professionnel et la médiation en santé.**

La santé mentale des personnes âgées et l'adaptation de l'offre aux besoins du public handicapé vieillissant :

- **Utiliser la grille des nomenclatures des besoins et prestations issues de la réforme tarifaire SERAFIN PH** pour le grand âge pour identifier l'ensemble des besoins de la personne et tenter d'y trouver des solutions/prestations adaptées. Les équipes doivent être formées à l'utilisation des grilles. Ces grilles doivent pouvoir être utilisées dans le cadre du dialogue de gestion.
- **Permettre l'intervention en EHPAD de services à domicile quelques heures par semaine pour accompagner au mieux la personne handicapée vieillissante et soutenir les équipes.** Le manque de places dans les EHPA conduit les EHPAD à refuser certains profils qui ne paraissent pas adaptés à l'EHPAD et à l'harmonie de l'établissement, faute de personnel et de moyens suffisants. Les demandes de formations à l'accompagnement des troubles psychiques sont en hausse constante mais les budgets formation ne cessent de baisser.

NB : les EHPAD remarquent une augmentation des demandes d'admissions pour les personnes âgées en situation de handicap psychique ou avec des troubles cognitifs importants (pas de reconnaissance du handicap après 60 ans).

- **Soutenir l'intervention des professionnels et des services extérieurs spécialisés dans le handicap auprès du public handicapé vieillissant vivant dans les EHPAD.** L'EHPAD n'a pas de ressources suffisantes en la matière car ce n'est tout simplement pas son cœur de métier (ex : les CMP, les SAMSAH...). Une réelle coordination et un cadrage des missions de chaque acteur sont nécessaires pour accompagner au mieux les personnes. La problématique se pose également pour les publics à besoins spécifiques : addictions, précarité...
- **Communiquer sur les besoins de la population de manière générale** (besoins en soins, en accompagnement, pathologies...), pour permettre aux ESMS de faire face aux accompagnements dits « spécifiques » et envisager les compétences adéquates (GPEC).

AXE 2 : Actualisation des pratiques et des rôles de chacun dans une logique de parcours

Revivifier et développer l'offre de proximité en renforçant les coopérations (en complément des propos introductifs) :

- Tisser ou retisser un **maillage territorial de soins et d'accompagnements** de qualité et diversifié tenant compte des réalités d'aujourd'hui doit être une priorité.
- Mettre en place **des plages horaires de consultations non programmées.**
- **Développer la pratique des visites et suivis à domicile.**
- **Renforcer les coopérations** entre l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.

Renforcer la place et le rôle des associations d'usagers :

- **Développer et consolider les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)** dans tous les territoires, et favoriser toutes les formes d'émulation par les pairs (groupes de paroles etc.).
- **Associer les usagers à la définition et à la mise en œuvre de leurs parcours de vie et de santé** en leur donnant les moyens de participer aux dispositifs qui les concernent, y compris à la formation des professionnels, aux actions de sensibilisation grand public et aux supports de prévention.
- **Se donner les moyens d'intégrer de façon effective des représentants d'usagers dans les instances de décision et d'élaboration des politiques publiques** (ex : démarche PTSM) et de leur accorder un statut légal ou réglementaire qui prenne en compte leur mission de représentation.

- Fournir aux représentants d'usagers les moyens logistiques et financiers de leur participation aux différentes instances et réunions d'élaboration des politiques publiques de santé mentale (frais de déplacements et de représentation, etc.).
- Encourager le développement du dispositif de médiateur de santé/pair dans les établissements de santé et les structures médico-sociales et sociales.
- Renforcer la formation de pair-aidants, médiateurs de santé pairs et d'usagers-experts, y compris dans les associations d'usagers et les soutenir financièrement à cet effet.

AXE 3 : Transformation de l'écosystème local au service du rétablissement

Renforcer la place et le rôle de l'entourage, des aidants familiaux ou de proximité :

Réponse Axes 2 & 3

- Mettre en place **un plan d'aides et de compensations permettant aux aidants de répondre aux besoins de la personne handicapée** sans s'épuiser ou mettre en danger sa propre santé mentale.
- Favoriser **l'accès des personnes en situation de handicap psychique aux aides humaines** (incluant les aides domestiques et aides à la parentalité) par l'ouverture de la prestation de compensation du handicap (PCH), qui leur est encore très exceptionnellement accordée.

CONTRIBUTION URIOPSS AU PRS III

Portefeuille Qualité Sécurité Usagers

Bilan du PRS II Volet Qualité Sécurité Usagers

L'amélioration de la qualité du système de santé est l'objectif de ce portefeuille, avec une approche qui est celle de l'implication des usagers/patients à tous les niveaux du système de santé, gage de qualité des prises en charge et des accompagnements mais aussi des organisations au service des usagers et des professionnels.

L'amélioration de la qualité du système de santé s'articule aussi en mettant en place des structures et outils qui accompagnent et soutiennent les démarches d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients.

Priorités opérationnelles dans PRS II :

AXE 1 : Promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité pour permettre à l'utilisateur d'être acteur de sa santé

- Engager tous les professionnels de santé dans le partenariat soignant-soigné.
- Préparer le patient insuffisant rénal à la suppléance en l'associant au choix de la modalité (suspendu pour PRSIII)
- Impliquer plus étroitement les patients partenaires au sein de notre système de santé.
- Accroître la connaissance et la compréhension des usagers concernant les prises en charge qui leur sont proposées.

AXE 2 : Accroître la qualité des informations lors des partages et échanges entre les professionnels de santé et avec le patient

- Soutenir le déploiement des lettres de liaison réglementaires (suspendu pour PRS III).

— AXE 3 : Poursuivre l'inscription de la culture qualité/sécurité dans l'action quotidienne des professionnels de santé

- **Doter la région d'une structure régionale d'appui (SRA) fortement engagée dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité.**
- **Sécuriser l'identification du patient.**

Apports du groupe externe avec lequel la synthèse élaborée par l'ARS a été partagée :

- Il existe des initiatives dans le secteur médico-social, des personnes en situation de handicap qui interviennent par exemple dans des formations des professionnels du social et du médico-social. Elles sont à valoriser (place de l'usagers experts).
- En 4 ans de PRS, beaucoup d'évolutions ont été mises en œuvre sur le plan des outils numériques de mise en relation des professionnels et du patient (messagerie sécurisée, mon espace santé). Toutefois le taux de pénétration de ces outils dans la région n'est pas connu des participants.
- Dans les établissements beaucoup de travail a aussi été mené pour s'améliorer sur la préparation de la sortie en amont de celle-ci et aussi pour que le patient sorte avec le document de sortie.
- Importance du déploiement de Mon Espace Santé.
- Développement de Portails patient sur les sites des établissements en expérimentation à Montpellier, déployé à Toulouse.

Bilan du PRS II du point de vue de l'URIOPSS Occitanie :

Il est à regretter que ce schéma et notamment ce portefeuille soit très sanitario-centré.

La qualité dans le sanitaire a une antériorité d'une trentaine d'années, l'expérience de la démarche qualité n'est plus dans une phase d'appropriation mais a plutôt une certaine vitesse de croisière, ce qui n'est pas le cas pour les ESSMS d'autant avec l'actuelle réforme de l'évaluation et ces méthodes évaluatives.

Aussi, la question de la qualité au sein des ESSMS repose essentiellement sur une préoccupation à deux niveaux : la qualité du service rendu au bénéficiaire et la qualité de la mission effectuée.

NB : fondamentalement, la qualité est la congruence entre 4 niveaux de qualité : les 2 niveaux mentionnés + qualité perçue par l'usager et la qualité attendue par l'ESSMS et les tutelles.

Le management de la qualité des pratiques professionnelles de l'accompagnement est incontournable et doit être la préoccupation première non seulement de l'encadrement mais aussi de la gouvernance. Il ne devrait pas y avoir de différence fondamentale entre les mécanismes de management de la qualité et les mécanismes de management fonctionnel, de pilotage interne.

Aussi, ce management type fonctionnel est fondamentalement un management rationalisé dans des objectifs quantitatifs et de coûts, alors que le management de la qualité vise à associer le niveau de performance et de qualité au meilleur coût.

PRS III Volet Qualité Sécurité Usages : les propositions de l'URIOPSS

Postulat : la qualité d'un accompagnement passe par la qualité du parcours de la personne accompagnée de l'amont à l'orientation, à l'aval de l'accompagnement (sortie, réorientation etc.).

AXE 1 : Promouvoir un partenariat soignant-soigné de qualité pour permettre à l'usager d'être acteur de sa santé

Ceci suppose cependant souvent le développement concomitant de services sociaux ou médico-sociaux à domicile. C'est pourquoi **l'évolution des prises en charge ne doit plus être envisagée dans le cadre de transferts d'activité entre établissements** (sanitaires ou médico-sociaux) **mais bien à partir d'une organisation territoriale du repérage et de l'évaluation des situations des différents acteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale.**

— AXE 2 : Accroître la qualité des informations lors des partages et échanges entre les professionnels de santé et avec le patient

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes accompagnées passe également par la réduction des inadéquations dans les orientations vers les ESSMS via différentes actions correctives :

- Une meilleure articulation entre le ESSMS et ses différents partenaires en amont et en aval des orientations.
- Adéquation entre orientation et ESSMS et plateau technique.
- Dans la prise en charge des cas complexes par les DAC, il apparaîtrait que ces dispositifs doivent être repérés comme points ressources et d'appui permettant aux professionnels d'être mieux coordonnés pour accompagner ces situations tout en permettant aux patients de se sentir mieux entourés.

Pour l'heure les DAC, ont une orientation plutôt sanitaire or les acteurs sociaux et médico-sociaux, ont leur pleine place dans les parcours complexes de personnes accompagnées.

— AXE 3 : Poursuivre l'inscription de la culture qualité/sécurité dans l'action quotidienne des professionnels de santé

Comme évoqué en introduction des travaux sur ce PRS, **la culture qualité est encore en phase d'appropriation et n'a pas encore trouvé sa pleine place dans le quotidien des ESSMS.** Bien que volontaires à mettre en oeuvre une démarche d'amélioration continue à la qualité, son efficacité ne peut se faire que par un outillage pertinent et soutenant.

- **Formation évolution des publics.**
- **La sensibilisation des professionnels des ESSMS à la qualité des parcours** et de ses différents moments charnières.
- **La résolution de certains problèmes d'organisation interne aux ESSMS** (attente de diagnostic ou de thérapeutique, attente d'une évaluation préliminaire, etc.).
- La qualité des conditions de travail, la qualité de l'accompagnement de la personne passe par la qualité des conditions de mise en oeuvre des missions des professionnels et ainsi le sens et l'engagement dans les pratiques professionnelles tout comme un environnement soutenant.

En + la question du financement :

- Le financement des temps qualité : coordination et concertation, qualicien, référent qualité, évaluation.
- Grappe idem ESSMS numérique pour le financement d'une ressource partagée en qualicien.

ANNEXES :

Remarques des adhérents de l'URIOPSS Occitanie sur les fiches actions PRS II

Projet : Poursuivre le déploiement des dispositifs de consultations dédiés aux PSH et mise en ligne de l'annuaire des dispositifs sur le site internet de l'ARS



État des lieux :

Points forts - leviers

- un cahier des charges régional élaboré par un groupe de travail de professionnels et d'usagers en 2016 pour le 1^{er} AAC
- Engagement des professionnels et des porteurs
- 6 sur 8 qui permettent un accès à un grand nombre de spécialités médicales.
- Des couvertures départementales étendues
- Annuaire en ligne

Points faibles- freins

- Pas d'accès départemental pour 6 départements
- Absence de modèle médico-économique pérenne (perspective projet art 51 Propara)
- Abandon des projets portés par les MSP

Notre proposition d'évolution du projet:

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Un nouvel AAC pour les départements non couverts avec un CDC actualisé en fonction d'un retex régional et des directives nationales annoncées
- Animation régionale des dispositifs? création d'un copil?

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Il apparait dommageable que les projets MSP aient été abandonnés (Cf. territoires isolés).
- La couverture territoriale est un enjeu primordial notamment eu égard aux territoires isolés.
- Il pourrait être utile d'insister sur la formation des professionnels des MSP aux thématiques du handicap.
- Quelles synergies constructives peuvent être trouvées entre l'ARS et les CD ?
- Eviter les surcouches et les enchevêtrements : Travailler aux synergies avec CTPS et DAC.
- Au-delà des circuits spécialisés, il faut appuyer sur l'enjeu plus large de l'accès au système de santé (ex: pédopsychiatrie / notamment en secteur rural).
- Concernant plus spécifiquement les dispositifs de consultations dédiées : évoquer la problématique du financement qui n'est actuellement pas pérenne (Art. 51).

État des lieux :

Points forts - leviers

- Programme qui associe: formation, repérage et dépistage
- Extension du programme initial ciblant les MAS et les FAM aux EMS enfants
- Couverture de 100% des EMS ciblés au terme de 2023
- Implication des professionnels
- Lien entre ces programmes de prévention et les CPOM

Points faibles - freins

- Soumis aux tensions RH
- Absence de reconnaissance de la fonction des CSO 6h/mois

Notre proposition d'évolution du projet:

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

Travail d'animation nécessaire des CSO sur les territoires pour maintenir la dynamique ; promouvoir la formation des chirurgiens-dentistes à l'accueil des PSH

Articulation du programme de prévention avec l'accessibilité aux PSH des soins bucco-dentaires sur les territoires.

Autre thématique de prévention à déployer dans les EM

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Initiatives non financées spécifiquement et cela paraît dommageable.
- Il conviendrait d'enjoindre à l'ARS de s'intéresser à la télémédecine bucco-dentaire au sens large.
- Santé orale VS Santé bucco-dentaire (ex : pbs de déglutition). Parler plutôt de santé orale que de santé bucco-dentaire.
- Quid de l'accès aux services de santé bucco-dentaire pour les personnes accompagnées à domicile ?
- Proposer la création d'équipes mobiles intervenant sur des territoires isolés : l'intérêt de l'équipe mobile vaudrait tant pour le domicile que pour les établissements (cf. secteur enfants).
- Exemple à instiguer pour le futur PRS : « Montpellier santé orale ».
- Nécessité de synergie ARS / Assurance Maladie et ses programmes de prévention.
- Proposer le recours aux étudiants de 5ème année de médecine pour interventions au sein des ESMS (double vertu : prévention et sensibilisation des futurs médecins).

État des lieux :

Points forts - leviers

- Outils qui peuvent être individualisés mais qui relèvent de l'accessibilité « universelle » garant d'une appropriation facilitée.
- Documents nationaux
- Validés par des experts médicaux et usagers

Points faibles - freins

- Le site de l'ARS est peu connu a priori du public, l'ARS pourrait avoir la perspective de diffuser ces documents aux établissements de santé afin de les utiliser sur leur propre site.
- Peu diffusé encore pour les professionnels de 1^{er} recours (perspective assurance maladie)

Notre proposition d'évolution du projet:

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- La diffusion des outils doit être amplifiée
- La dynamique d'adaptation des outils de communication aux PSH en FALC doit être étendue aux autres communications de l'ARS et sur l'ensemble du site.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Est-il nécessaire de maintenir cette fiche action ?
- Insister plutôt sur la nécessité de finaliser le ROR (registre opérationnel des ressources) et l'interfaçage des différents SI (qui nécessiterait une fiche action spécifique).

Projet : Evaluer et promouvoir la Charte Romain Jacob dans Les établissements de santé

État des lieux :

Points forts - leviers

- La signature de la Charte couvre de nombreux acteurs et l'ensemble de la région
- Les recommandations de l'HAS qui posent le socle des certifications des établissements de santé.
- Handifaction a une fonction de baromètre pour évaluer la politique régionale

Points faibles - freins

- Sa promotion en lien avec la mise en œuvre des recommandations HAS doit être relancée

Notre proposition d'évolution du projet:

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Concertation à mener dans le PRS 3 avec tous les acteurs: 1^{er} recours, ES, EMS, association d'usagers ...pour recueillir les avis et construire une stratégie régionale.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Nécessité de dépasser la lettre de la charte, de transformer les termes de la charte en pratiques des professionnels via les formations des médecins / soignants notamment.
- S'assurer que l'établissement de santé dispose bien d'un référent handicap.
- Enjeu à porter sur le volet sanitaire du PRS également.

État des lieux :

Points forts - leviers

- L'ensemble des GHT ont répondu et se sont mobilisés pendant la crise sanitaire
- Les binômes sont des professionnels investis dans le champ du handicap.

Points faibles - freins

- Leurs leviers sont restreints quand il n'y a pas de projet spécifique handicap au sein du projet médical de territoire GHT.
- Les actions des binômes sont définies en fonction de l'implication des directions des établissements .

Notre proposition d'évolution du projet:

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Perspective nationale d'un référent handicap dans les établissements de santé?

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Faire en sorte que dans chaque projet médical partagé figure un parcours handicap.

Projet : Favoriser la signature de conventions opérationnelles et de partenariat entre les établissements médicaux sociaux et les établissements de santé

État des lieux :

Points forts - leviers

- Les liens avec l'HAD ont été mobilisé et utiles pour les EMS pendant la crise sanitaire
- Les équipes d'appui aux EMS Covid ont permis de faire le lien entre les établissements de santé et les EMS

Points faibles - freins

- Le recours aux partenariats est encore limité

Notre proposition d'évolution du projet:

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Les conventions nécessitent d'être transformées en partenariat

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Aller au-delà de l'affichage, dépasser les conventions « coquilles vides ».
- Opportunité de journées d'informations et d'échanges dédiés ?
- Problématique de la ressource médicale au sein des établissements de santé.
- Les CPOM sanitaires devraient comprendre systématiquement un volet handicap sur leur territoire de référence.

Projet : Créer et identifier des structures de répit

État des lieux :

Points forts - leviers

- Engagement des porteurs, dans le fonctionnement des URJ et structuration d'un réseau partenarial - 132 enfants accueillis en 2021 ;
- Reconnaissance d'une offre dédiée au répit permet la mise en œuvre d'un projet d'établissement spécifique ;
- Périmètre régional de l'offre de répit et du dispositif URJ à renforcer via les relais départementaux et un maillage complémentaire.

Points faibles - freins

- Développement du répit se confronte aux difficultés du secteur en termes de places pérennes, ce qui impacte l'activité de répit et nécessite un positionnement adapté de l'offre ;
- Modèle des unités de répit à affiner ;
- Méconnaissance de l'occupation effective des places dans le cadre de l'accueil temporaire pour les adultes et transformations récurrentes de ces places en offre permanente.

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Thématique du répit investie par différents acteurs via des réponses multiples en direction des aidants et/ou de leurs proches (accueil, écoute, information, solutions de répit, etc.) - Volonté donc de développer une offre complémentaire à l'existant
- Perspectives de poursuivre le déploiement de l'offre de répit et le maillage régional via des crédits dédiés et des redéploiements associatifs
- Fonction d'animation régionale de l'offre de répit à structurer

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Quelles conditions pour l'accès aux unités de répit secteur enfant (uniquement pour les jeunes sans solution) ? Nécessité d'ouvrir le cahier des charges. Ex de restrictivité: unité dédiée aux enfants TSA relevant de l'ASE.
- Piste : extension d'établissements proposant des solutions de répit.
- Nécessité de synergie avec les ESMS sous compétence CD.
- Problématique d'épuisement des familles dont l'enfant est néanmoins accueilli en ESMS qui souhaiteraient des solutions sur les WE et les vacances.
- Cadre d'orientation national de répit de 2021 - lien vers le document - qui fait état des différentes modalités de répit : quelle prise en compte dans le cadre du PRS 3 ?
- Sujet du nombre de jours d'ouverture des ESMS enfants (impossible sans financement supplémentaire).
- Le répit ne doit pas être uniquement dédié aux situations complexes et d'urgence.
- Quelle qualification/analyse des besoins de répit ?
- Quelle qualification des situations complexes ?
- Propositions : Equipes mobiles proposant du répit à domicile.
- Danger : que le répit devienne une solution par défaut pour des personnes en risque de rupture.
- Nécessité de continuer à travailler, par ailleurs, sous forme de réponses modulaires au sein des ESMS.

État des lieux :

Points forts - leviers

- Enveloppe de crédits de CNR à hauteur de 150 000€ par ERHR et 500 000€ par CRA afin de renforcer les équipes sur toute la durée du PRS sur cette mission
- Suivi des actions menées par un rapport d'activité annuel et une modularité de la gestion des ressources sur les 5 ans ayant permis une montée en charge progressive et une adaptation à la crise sanitaire
- Les acteurs se sont pleinement appropriés le sujet, au plus près des besoins des familles et ont permis des formations conjointes aidants/professionnels
- Des formations pensées pour se déployer au plus près des personnes, afin de faciliter la mobilisation des aidants et le relais auprès des personnes

Points faibles - freins

- La crise sanitaire n'a pas permis l'organisation de nombreuses formations en 2020-2021. L'action a donc été prolongée en 2021 et 2022.
- Toutes les thématiques n'étaient pas adaptées à la formation à distance durant les confinements
- Financement non pérenne qui ne favorise pas l'inscription dans le temps.

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

Il conviendrait d'évaluer avec les acteurs concernés comment ces actions pourraient être envisagées dans d'autres cadres en lien avec la stratégie nationale pour les aidants.
 Ce projet a permis la montée en charge de ces acteurs sur le champ de la formation des aidants, création des modules de formation, repérage d'acteurs ressources permettant d'amplifier leurs actions sur ce sujet.
 Des conventions avec les ERHR sont en cours de validation, succédant aux lettres de cadrage initiales, afin d'inscrire ces actions dans le cadre du 3ème schéma national handicap rare 2022-2025 et de se doter des outils d'évaluation permettant de préciser les actions menées en particulier sur le public concerné.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Enjeu d'interconnaissance de l'offre.

Etat des lieux :

Points forts - leviers

- Travail collaboratif important mis en œuvre entre l'ARS et l'Education Nationale pour mettre en place une dynamique collective au service de l'école inclusive
- Développement important des dispositifs et places concourant à la mise en œuvre de cet objectif (cf données diapo précédente)
- Des expériences réussies et inspirantes dans les territoires → importance d'une implication forte et concomitante des collectivités locales, des acteurs de l'école, et des acteurs médico-sociaux.

Points faibles - freins

- Impact important de la crise sanitaire sur les leviers quotidiens de l'inclusion au sein de l'école, avec une dégradation subie en 2020 et 2021.
- Insuffisance des coopérations sur le sujet de la continuité éducative (articulation école/péri et extra-scolaire/médico-social) → place centrale des collectivités locales sur le sujet et mobilisation inégale.

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Le sujet des dispositifs d'appui à l'école inclusive dispose désormais des espaces nécessaires à la concertation et la **mobilisation**, tant grâce aux CDSEI et aux espaces de travail construits entre l'ARS et les Rectorats dans le cadre du PRS 2, que grâce aux espaces de **démocratie** sanitaire existants (CRSA, CSMS, CCP, CTS). L'enjeu est donc désormais **appuyer sur ces espaces pour améliorer l'anticipation des moyens architecturaux et organisationnels nécessaires** dans tout projet d'école, rendant possible la mobilisation des acteurs médico sociaux en milieu ordinaire et améliorant la continuité éducative et les conditions d'accueil des enfants en situation de handicap à l'école.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- On note l'absence d'enseignants malgré la construction de projets MS/EN.
- Quelle place des services municipaux et plus largement des collectivités locales (CLAE) ?
- Importance du travail de communication vers l'EN sur les troubles / difficultés des jeunes concernés.
- Question des doubles prises en charges et des parcours. Comment fluidifier les parcours et dépasser les contraintes financières ?
- Il serait intéressant de recenser l'ensemble des dispositifs existants.
- Quelles avancées sur le PIAL ? et sur le PIAL renforcé ?
- Sujet des transports, notamment en secteur rural.
- Appeler à une réflexion conjointe ARS/CD/Région sur le sujet des transports (fiche action conjointe à envisager ?).

Projet : Promouvoir l'habitat inclusif

État des lieux :

Points forts - leviers

- Malgré la crise sanitaire et quelques retards au démarrage de certains projets, le déploiement de l'habitat inclusif en Occitanie a été constant durant toute la période du PRS, ce qui a permis de soutenir l'émergence d'habitats inclusifs sur chacun des départements de la région (37 en tout).
- Un levier majeur : le forfait d'aide à la conception, initiative portée par l'ARS Occitanie sur la durée du PRS, permettant de reconnaître le temps d'incubation nécessaire à ce type de projet → 38 projets complémentaires soutenus pour un montant de 1 442 285 €
- Une articulation systématique avec les conseils départementaux et les CFHI, permettant aujourd'hui de garantir une continuité entre les projets soutenus dans le cadre du PRS et la mise en place de l'AVP (forfaits d'aide à la vie partagée) par les conseils départementaux à partir de 2023-2024

Points faibles - freins

- Un temps important nécessaire en amont du démarrage d'un projet pour concevoir le projet de vie des habitants, construire des partenariats locaux, concevoir l'habitat qui peut fragiliser dans certains cas la réalisation du projet
- Un maillage de services en direction des adultes en situation de handicap qui reste à consolider et à diversifier, car il ne permet pas encore l'implantation de projets d'habitat inclusif en tout point du territoire

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Achévé pour l'ARS et sous la forme définie dans le PRS 2

Commentaires / remarques / évolutions :

- Aujourd'hui, avec la mise en place en cours du financement de l'animation de ces habitats par l'aide à la vie partagée à l'exclusive des conseils départementaux, l'objectif de l'ARS Occitanie est d'assurer cette transition de financement en collaboration avec les départements. À partir de plus de nouveaux AAC lancés par l'ARS, la mobilisation actuelle se concentrant sur la reprise par les départements, au plus tard au 31 décembre 2023, des 37 habitats soutenus par l'ARS.
- Le « mieux vivre chez soi » reste toutefois un sujet fort dans la réflexion actuelle sur les publics adultes en situation de handicap : poursuite du développement de différentes modalités de services pour adultes en articulation avec les conseils départementaux avec lesquels l'ARS a une compétence sur le sujet, réflexions sur les prestations « en milieu ordinaire » portées par les ESMS

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Rappel, L'ARS ne pilote plus l'habitat inclusif depuis cette année.
- Insister sur l'accès à des moyens d'ingénierie de projet pour permettre l'éclosion et le montage du projet (lien complexe avec bailleurs sociaux et collectivités locales notamment).
- Question de la transition entre ESMS et habitat inclusif (ex: « école de la vie autonome »). Intérêt de solliciter des moyens spécifiques à l'accompagnement de cette transition.

État des lieux :

Points forts - leviers

- Le déploiement de dispositifs d'emploi accompagné (DEA) sur l'ensemble du territoire dès 2019 suite aux AAP 2017-2028 et 2019.
- La transformation des DEA en plateforme départementale de l'emploi accompagné (PEA) avec un chef de file par département et des co-porteurs a été très réactive en Occitanie.
- Des crédits notifiés à l'ARS en forte augmentation entre 2020 et 2021 permettant de fixer aux PEA un objectif de file active moyenne bien plus important (cible fixée à 645 accompagnements au 31/12/2022).

Points faibles - freins

- Compte tenu de la montée en charge progressive des dispositifs, et de la crise sanitaire, les indicateurs de suivi ne sont pas représentatif d'une activité pleine sur 12 mois dans tous les départements.
- Certains dispositifs présentent déjà une saturation de leur file active → un dialogue de gestion avec le niveau national à poursuivre sur le sujet
- Des partenariats à enrichir au niveau territorial autant avec les entreprises, le médicosocial et le sanitaire (psychiatrie).

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

Une offre qui mérite désormais d'être identifiée par tous dans un paysage où co-existent de nombreux acteurs et dispositifs divers en charge de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

Ce projet désormais déployé doit entrer désormais dans une phase de pleine activité pour permettre l'évaluation de son efficacité.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Enjeu d'interconnaissance avec les acteurs économiques du territoire.
- Enjeux particuliers pour les 16-25 ans.

Projet : Améliorer le repérage et la prise en charge précoce

État des lieux :

Points forts - leviers

- L'état des lieux territorialisé réalisé par le CREA-ORS sur les CAMSP-CMP-CMPP a permis de repérer et de constituer une première étape dans les échanges entre les différents acteurs impliqués
- Projet concomitant et concordant avec le développement dès 2019 des PCO -qui ont été priorisées- et les travaux nationaux en cours depuis 2021 sur la qualité des parcours en CAMSP, CMP et CMPP
- Constitution et structuration d'un réseau de professionnels au niveau départemental qui sont identifiés et formés
- Projet participant à l'amélioration globale du repérage et de la précocité des interventions et du diagnostic se structurant en particulier autour de la dynamique des PCO avec l'appui d'un réseau de partenaires médico-sociaux, sanitaires et libéraux de 2^{de} ligne
- Si des PCO répond aux besoins des professionnels en terme de parcours et de partage d'information, et peut servir d'outil partagé également avec les CAMSP-CMPP-CMP
- Réflexion sur la mise en place des PCO 7-12 ans

Points faibles - freins

- Impact des expérimentations article 51 (Occitadys et Cocon) qui entraînent un risque d'illisibilité des dispositifs dans les territoires pour les acteurs et les familles
- Nécessité de s'appuyer sur toutes les ressources et dynamiques locales afin d'identifier les acteurs les plus pertinents pour répondre à l'ensemble des TND
- Nécessité d'une porte d'entrée unique et d'outils communs concernant ces dispositifs
- Absence de ressources spécialisées suffisantes (professionnels paramédicaux notamment) sur certains départements, qui met à mal l'ensemble des acteurs du repérage et de la prise en charge précoce
- Besoin de consolider le parcours en aval de la PCO

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Réflexion territoriale à mener sur la structuration des différents parcours et leur lisibilité via une logique de guichet unique
- Travaux à venir sur la structuration de l'articulation entre PCO/Cocon Occitadys
- Copil départemental et régional TND

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Constat : les CAMSP sont maintenant bien repérés.
- Quid de l'orientation post CAMSP ? A mettre en travail dans le prochain PRS notamment la Zone « grise » sur la tranche 6-12 ans.
- Question des doubles financements se pose aujourd'hui de façon aigue.

État des lieux :

Points forts - leviers

- L'ARS Occitanie a atteint et dépassé l'objectif du PRS d'au moins un PCPE par département
- La file active des PCPE a augmenté considérablement sur la durée du PRS, atteignant à la fin 2020 le double de l'objectif initial fixé.
- La souplesse du dispositif permet de l'ajuster aux priorités populationnelles locales et en fait un véritable outil de transformation de l'offre médicale en capacité de se positionner sur les angles morts de l'offre réglementaire du CASF.
- En complément, les agences s'investissent dans le suivi de l'activité des PCPE par la mise en place d'un rapport d'activité régionale et de journées annuelles d'échange de pratiques

Points faibles - freins

- 86% des PCPE se sont développés via des AAC. Les PCPE ne constituent pas un axe de déploiement à crédits privilégiés dans le cadre de la négociation des CPOM (3 sur 23 et bientôt sur 26).
- La crise sanitaire nous a pas permis d'organiser des journées PCPE en 2020 et 2021 (la journée PCPE 2022 a été organisée à l'initiative du PCPE Joseph Sauvy 66).
- La difficulté d'apprécier faute de nomenclature l'adéquation des moyens par file active

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- Dès 2023 les journées régionales PCPE pourront être organisées à nouveau afin d'accompagner les porteurs et leurs équipes, d'échanger sur leurs pratiques et de promouvoir ce dispositif à l'ensemble des acteurs du secteur, et notamment à des organisations gestionnaires par l'intégration de cette possibilité de redéploiement dans leur CPOM permettant d'apporter une réponse souple et modulaire aux besoins des territoires.
- L'objectif est désormais de consolider leur activité en les accompagnant dans leurs évolutions de file active et en s'assurant que la création de nouveaux PCPE s'intègre au maillage territoriale et complète l'offre de prise en charge.
- Des évolutions sont possibles : soit en utilisant leur souplesse d'interventions vers des publics spécifiques (PSH réfugiés ukrainiens) soit en s'appuyant sur leur expertise vers des EMS comme par exemple pour les situations complexes, ou les personnes en situation de handicap vieillissantes afin de compléter l'accompagnement d'un EMS.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Les PCPE accompagnent des situations de plus en plus critiques (profils relevant de la RAPT) en lieu et place de la mission d'orientation initiale à recentrer les missions du PCPE sur leur finalité originelle, ne pas en faire des solutions par défaut lorsque rien n'est possible par ailleurs.
- Question de la pérennité du financement et du montant de l'enveloppe : nous constatons que les CNR deviennent indispensables pour assurer les missions auprès des publics accompagnés en raison principalement de la démultiplication des cas complexes accompagnés par les PCPE.
- Quelle articulation PCPE, PCO, RAPT et C360.
- Ces dispositifs ne doivent pas occulter le manque de « places » au regard des listes d'attentes importantes.

Etat des lieux :

Points forts - leviers

- Le besoin d'un outil numérique sécurisé et confidentiel, facilitant la coordination de l'accompagnement des personnes en situation de handicap, fait l'objet de plusieurs programmes nationaux complémentaires (Ma Santé 2022, Ségur numérique...), déclinés au niveau régional, démontrant la pertinence du besoin identifié dans le cadre du PRS.
- L'évolution dans les projets numériques dans le cadre du Ségur Numérique et le déploiement de plusieurs outils en région doivent permettre de répondre aux objectifs poursuivis.

Points faibles - freins

- La maturité du secteur sur l'échange de données numériques n'a pas suffisamment été prise en compte lors de l'élaboration de la fiche action. L'impact juridique d'une mise en commun de données personnelles entre professionnels différents (médicaux et non médicaux), sans outillage sécurisé au début du PRS, a de ce fait posé difficulté dès le démarrage de l'action.

Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Commentaires / remarques / évolutions :

- A ce jour, d'autres projets reprennent les attendus et objectifs fixés initialement pour ce projet.
- Le déploiement de mon Espace santé auprès de l'ensemble des usagers répond, pour sa part, aux attendus de communication entre usagers et les différents acteurs du parcours

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Il pourrait être pertinent et utile de disposer d'une véritable cartographie des prestations.
- Par ailleurs : Notion de formation des aidants. Comment les ESMS peuvent être des lieux ressources.
- Quels moyens mis suite aux repérages effectués dans le cadre des PTSM ?

État des lieux :

Points forts - leviers

- Un projet qui vise initialement à expérimenter le programme ICOPE avec quelques IDEL
- Un projet qui a dépassé largement ses ambitions initiales : 3 sous projets (AMI national sur 3 territoires, Expérimentation régionale sur l'ensemble de la région et Vigilance Séniors avec les aides à domicile de l'ADMR)
- Un déploiement permis grâce à l'expertise et l'implication du Gérontopôle de Toulouse. Deux porteurs également très impliqués : Filièris et le DAC 46 retenus avec le Gérontopôle dans le cadre de l'AMI national
- Des acteurs du territoire (URPS, CPTS, MSP, professionnels, CARSAT, MSA, CPAM, etc.) très impliqués dans le dispositif : 50 CPTS et MSP souhaitent intégrer la démarche.
- Un programme de prévention inédit et structurant
- Des moyens importants (12,6M€), une logistique renforcée et des outils coordonnés et concrets
- Un objectif de repérer 65 000 d'ici fin 2024 pour permettre le maintien à domicile des personnes qui le souhaitent le plus longtemps possible

Points faibles- freins

- Un projet tentaculaire qui a nécessité un temps important de préparation pour sa mise en œuvre et son articulation entre les différentes expérimentations
- Un cahier des charges national qui n'encadre pas l'étape 4 (mise en place des prestations et suivi) cruciale pour les personnes
- Des moyens financiers en grande partie pris en charge par l'ARS sur 3 ans mais qui ne pourront pas être pérennisés au delà de 2025. Des relais devront être trouvés pour les années à venir
- Des dispositifs non financés à ce stade (coordonnateur de projet par exemple)
- Des moyens financiers qui risquent de s'avérer insuffisants en raison du succès du projet : 50 CPTS et MSP souhaitent s'impliquer d'ici 2023, le budget ne permettra pas de financer toutes les demandes



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

*Et après 2022 ?
La poursuite du déploiement et l'évaluation des dispositifs.
Un lien à faire avec le plan antichute*

Commentaires / remarques / évolutions :

- Articulation à prévoir avec les politiques départementales des CD ?
- Projet qui paraît remarquable. Point positif : peut être réalisé par bcp de PS, notamment les IDE / Application smartphone bien faite
- Point faible : compliqué / convention avec le CHU => financement par le CHU et par l'AMO / Formations trop longues
- Projet pas déployé dans tous les départements. C'est dommage. Lien avec le plan antichute. Accompagnement et financements. Evaluation à prévoir.
- Coordination avec d'autres initiatives ? Avec la CARSAT ? Centres bien vieillir ? Pour une meilleure visibilité des PA
- Simplicité administrative et du paiement est primordiale / e-learning très bien fait et nécessaire / le temps de la formation est nécessaire sinon chacun va faire à sa sauce / nécessité de financement sans être dans structure coordonnée / équipes de soins coordonnées / Bien ajouter les équipes de soins coordonnées et les centres de santé
- Avertir les URPS sur le déploiement du site @ / zones blanches dans la région / simplicité administrative / bien précisées quelles équipes / questions des SAAD

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Simplifier les démarches de la CFPPA (bilan).
- Quel parcours de la PA détectée comme fragile : à qui s'adresser ? Qui intervient ? Qui réalise un suivi et un bilan ?
- Interventions en EHPAD : Nécessité d'un financement d'un poste d'APA conjoint entre l'ARS et le CD ; intervention ergothérapeute en support ou remplacement de l'orthophoniste sur les troubles de la déglutition ; intérêt de salarier des kinésithérapeutes pour approfondir les plans de soins avec le médecin coordonnateur notamment.
- Soutien nécessaire des EHPAD pour la prévention bucco-dentaire : AAC, aide au conventionnement, mise en relation avec les partenaires du territoire (cartographie).
- Reconnaissance de la part de l'ARS du travail et de l'intervention des aides à domicile dans le repérage de la fragilité et des risques à domicile: le dispositif VIGILANCE SENIORS en est la preuve (retour très positif des professionnels de santé du territoire et surtout des médecins traitants) – demande de pérennité du dispositif au-delà de 2023 (expérimentation art 51) et d'augmentation du financement (actuellement 6€/mois pour couvrir la formation des professionnels, l'information des personnes et des proches, le temps d'intervention et de remontée d'informations puis la coordination des actions).

Projet : PF 10_02 - Faciliter l'accès de la personne âgée et de la personne handicapée vieillissante aux compétences spécialisées



État des lieux :

Points forts - leviers

- « **Sous projet EMG** » : En avril 2022, la région Occitanie compte 42 sites d'EMG (au cours du PRS 2 : 8 nouvelles EMG). Fin 2022, les EMG seront déployées sur l'ensemble des territoires. Il ne devrait plus y avoir de zones blanches.
- « **Sous projet EMGP** » : il y en a actuellement 10 dans la région. Création d'une Option Psychiatrie de la Personne Agée PPA lors de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales. Compétences en psychiatrie du Sujet âgé sur le CHU 31 et montée en compétences régionales soutenue par les Journées régionales de la FERREPSY
- « **Sous projet EMSP** » : harmonisation du rapport d'activité, territorialisation des EMSP selon les territoires MAIA, poursuite de l'incitation aux interventions en extra hospitalier avec renfort des financements
- « **Sous projet EMH** » : Couverture de l'ensemble des EHPAD de la région par le déploiement de 14 EMH. Fortes sollicitations pour accompagner les EHPAD lors de la crise Covid par les DD et par les EPS PA.
- « **Sous projet HAD** » : Renforcement de l'appui des équipes HAD auprès des EHPAD pendant la crise sanitaire Covid 19, et de leur place dans le parcours de soins (mesures 4 du Ségur), expérience positive d'une HAD porteuse de plusieurs dispositifs IDE de nuit entre EHPAD. Dans le contexte des difficultés RH dans les ESMS PA des solutions d'appui ont également été déployées.

Points faibles- freins

- « **Sous projet EMG** » : Malgré leur déploiement sur l'ensemble de la région, leur activité extra établissement reste fortement à développer pour une partie des EMG. Problématique de ressources humaines et financières
- « **Sous projet EMGP** » : Hétérogénéité des, hétérogénéité de la construction des EMPSA en région, en plusieurs vagues, couverture territoriale infra départementale réelle et taux d'EHPAD bénéficiant de ce service inconnus, activité difficile à isoler au sein de l'activité globale des ES porteurs, interrogation sur le modèle medico-économique de ces équipes, report de AAP régional Equipe Mobile Psychiatrie du Sujet Agé en lien avec crise COVID et absence de financement flèche
- « **Sous projet EMSP** » : manque de professionnels médicaux et paramédicaux formés ; diminution du nombre des interventions des EMSP en EHPAD durant la crise sanitaire COVID-19 et de ce fait manque de visibilité externe sur les prises en charge des fins de vie des résidents ; insuffisante formation des professionnels de premier recours à la titration de certaines medications ; augmentation du nombre de PA vivant seules à domicile en territoire rural ; difficile accès aux compétences dans ces territoires (HAD non possible).
- « **Sous projet EMH** » : Du fait de la crise Covid et du Turn over des professionnels en EHPAD, difficultés à organiser des formations et audits pour les EMH.
- « **Sous projet HAD** » : Difficultés d'articulation avec les SSIAD pour des raisons de manque de place dans les SSIAD et de modèle économique peu viable dans les retrocessions HAD SSIAD, avec pour conséquence d'augmenter les DMS dans certains HAD surtout dans les territoires qui sont éloignés avec des libéraux en faible nombre.



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

*Et après 2022 ?
Actions à poursuivre et à renforcer ou à ajuster.
Articulation à prévoir avec les EPS PA et les CRT.*

Commentaires / remarques / évolutions :

- Travail des services à domicile : une des facettes du travail sur le MS. Il manque des places en SSIAD.
- Accès mobile => vers le sujet. Mais l'expertise n'est pas forcément mobile. Expertise téléconsultation, etc. + coordination entre tous ces acteurs. Point important. EPS PAR pourrait peut être y travailler.
- Avis partagé : multiplicité des EM mais risque qu'il n'y ait plus personne. Il faut regarder ce qui existe et qui marche. Il faut que ce soit appelé par l'équipe de soins primaires en 1^{er} ressort. EPS PA est nouvelle pour fluidifier les hospitalisations. La téléconsultation est sous utilisée. Il faut en faire. Pas assez équipé. Evite le déplacement des patients. EMGP est importante.
- Des RCP peuvent être faites en téléexpertise
- Problème du financement du matériel / A inscrire dans les pratiques / dégager le temps et l'organisation.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Les services à domicile ne semblent pas informés de l'existence de telles équipes et cela est dommageable dans la continuité du parcours de la personne et dans le soutien pour rester à domicile : diffusion à tous les services des différentes équipes en Occitanie et leur territoire d'intervention.
- HAD, EMSP, EMG et EMH : soutien très pertinent et utile (démonstré pendant la crise sanitaire) mais les équipes ne couvrent pas l'ensemble du territoire, ce qui est dommageable pour certains ESMS et surtout pour les personnes accompagnées. A nuancer avec l'effectif restreint de ces équipes qui freine également leur intervention, au-delà du périmètre géographique.

État des lieux :

Points forts - leviers

- 2 AAC de 2018 et 2019 qui ont permis de retenir 40 dispositifs (1,9 M€) incluant près de 300 EHPAD
- Evaluation du dispositif et de la méthode par Alcimed en 2021 qui a permis l'identification des points de blocage et des facteurs clés de réussite pour mettre en œuvre et conduire ces dispositifs : Accompagner la mise en place de nouveaux dispositifs, Communiquer et sensibiliser
- Il ressort notamment la mise en œuvre d'un temps de coordination distinct dans le fonctionnement du dispositif ainsi que la mise à disposition d'un kit d'outils avec des fiches thématiques (Portage, Ressources humaines, Communication, Financement, ...)
- Changement de méthode en 2022 : lancement d'un AMI pour accompagner les porteurs et leur donner les moyens de monter leur projet avant l'AAC
- Forte implication des HAD
- Suite à l'AMI, étant donné le nombre prévisionnel d'EHPAD des dossiers déposés susceptibles d'être retenus : total de 374 EHPAD inclus dans des dispositifs IDE de nuit (sur 824 EHPAD de la région)

Points faibles- freins

- Couverture qui n'est pas encore optimale
- Dispositif lourd à mettre en place qui devrait être compensé par le dispositif d'accompagnement AMI
- Pénurie d'IDE
- Financement alloué qui ne peut être versé qu'à une structure médico-sociale
- Interrogation entre les mesures Braun sur les astreintes IDEL et les dispositifs IDE de nuit en EHPAD



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

*Et après 2022 ?
Articulation avec la mesure Braun à étudier, lancement d'un AMI/AAC chaque année ?, suivi et évaluation*

Commentaires / remarques / évolutions :

- Alcimed intervenu sur la pertinence du modèle en lui-même ? IDE de nuit pas totalement la réponse ? Pas la seule réponse pour éviter le recours aux urgences
- Deux grands freins : le recrutement des IDE de nuit même avec les budgets, et pour les EHPAD isolés ou éloignés, c'est compliqué de rejoindre un regroupement / Est-ce que les urgences sont évitées ? C'est pas évident. L'intérêt c'est le déplacement de l'IDE dans l'EHPAD pour épauler le personnel
- Élargissement du périmètre d'intervention pour les ESMS PH ? Intégration des IDEL ? Lien entre l'IDE d'astreinte avec les services du 15 ? Comment peut-on faire encore mieux le lien avec l'HAD ?
- IDE en poste fixe a moins d'intérêt. Pb du personnel présent la nuit très peu nombreux et seuls. Le 15 ne connaît pas toujours le fonctionnement des EHPAD. Présence d'une astreinte de nuit. C'est une bonne idée. Pb de la mutualisation entre groupes de statuts différents. HAD est certainement une solution.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Bilan mitigé des IDE de nuit (pas de baisse significative des hospitalisations, complexité à trouver un IDE qui intervient physiquement, dispositif qui rassure simplement les équipes...).
- Proposition d'astreinte médicale le week-end en augmentant le temps de travail du médecin coordonnateur et en mutualisant avec un autre EHPAD pour réaliser l'astreinte un week-end sur deux : le recours aux urgences a surtout lieu en l'absence de médecin traitant ou d'IDE mais pas systématiquement la nuit (analyse positive de cette expérimentation peut être fournie par l'adhérent).
- Salarier un seul médecin à temps plein ou temps partiel pour réaliser les missions du médecin coordonnateur et assurer les missions du médecin traitant : cela pourrait pallier à l'absence de médecin traitant sur le territoire mais aussi à l'absence de médecin coordonnateur, le poste étant plus intéressant – le libre choix devrait tout de même être laissé au résidant mais le médecin pourrait intervenir en cas d'absence du médecin traitant.

État des lieux :

Points forts - leviers

- Un projet qui comporte 3 sous-projets qui ont tous été déployés :
- Accompagner les familles et les aidants par le développement d'actions de communication et de formation => mise en place d'Allô j'aide un proche, de 5 consultations psy gratuites pour les aidants et des pôles partenaires aidants
- Expérimenter des SSIAD « renforcés » => 9 dispositifs psychologues en SSIAD dès 2019
- Promouvoir l'émergence de nouveaux modes de prises en charge alternatifs ou séquentiels : l'EHPAD « hors les murs », centre expert et hébergement alternatif => 19 dispositifs innovants lancés en 2021 malgré la crise
- Concernant les aidants, pendant la crise, l'ARS est allée encore plus loin que les objectifs initiaux en renforçant les PFR et en déployant le temps libéré (sujet hors PRS à évoquer le 15/09)
- Un partenaire précieux : le pôle ressources régional maladie neurodégénérative
- 2 dernières PFR en cours de mise en œuvre

Points faibles- freins

- Des travaux pour expérimenter d'autres types de SSIAD renforcés stoppés en raison de la crise
- Des dispositifs innovants qui ont mis du temps à se mettre en place en raison de la crise et certains qui n'ont jamais démarré en raison de la pénurie de personnel, Une évaluation qui va bientôt être lancée
- Le déploiement des pôles partenaires aidants stoppés en raison de la crise
- Sur le répit, un travail d'optimisation des places d'HT qui n'a pu avancer en raison de la crise. Une stratégie régionale à redéfinir
- Sur dispositif bien vieillir, une plus grande association des CD dans ces projets doit être organisée par l'ARS



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

*Et après 2022 ?
Evaluation des dispositifs mis en œuvre, pérennisation des psy en SSIAD et déploiement sur toute la région, lancement des CRT, définition d'une nouvelle stratégie répit*

Commentaires / remarques / évolutions :

- Cohérence avec les dispositifs le renforcement des temps de psy dans MSP => risque de doublon avec les psy en SSIAD ?
- Quid de la relation avec les DAC sur la question des aidants ? Nécessité de renforcer l'intervention des SSIAD. Plusieurs démarches à mettre en œuvre : ergo ? Horaires ?
- Services aide à domicile peuvent être un canal d'infos. Couvrent bien le territoire.
- Dispositifs simples sur le répit et des groupes de parole / pb de communication des infos
- Elargissement et meilleure articulation entre dispositifs
- Hébergement relai très bien mis en place dans le département / lien ville hôpital favorisé

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Favoriser les temps d'échanges aidants/associations.
- Conforter l'offre d'hébergement temporaire et l'offre d'accueil relai en urgence (tarif préférentiel/hébergement temporaire) : délai et contraintes très restrictifs pour permettre d'y accéder pleinement ; pérennité à envisager après l'expérimentation.
- Conforter les solutions de relaying/baluchonnage à domicile en encadrant de manière pérenne les dérogations au droit du travail.
- PFR et temps libéré : 1er bilan du temps libéré en cours mais mitigé en raison de la pénurie RH... pourtant le dispositif est intéressant, en sus de la mission de relaying « classique », une évaluation sur la situation de la personne à domicile est réalisée pour donner des préconisations de maintien à domicile permettant sécurité et confort pour la personne et l'aidant.
- Réflexion pluridisciplinaire nécessaire dans certaines situations dites « complexes » à domicile : en l'absence de médecin traitant, les services à domicile se retrouvent dans des situations difficiles où le maintien à domicile est dangereux mais personne ne prend la décision d'arrêter l'accompagnement, les MAIA jouaient ce rôle auparavant mais avec la fusion dans les DAC, elles sont peu disponibles : comment faire pendant cette transition ?
- Attention aux glissements de tâches qui se multiplient : AS, IDE, aidants, AVS... Le glissement de tâches peut concerner tout le monde faute de personnel présent et compétent, il doit être encadré au mieux pour éviter les dérives et une responsabilité trop lourde à porter pour les directeurs et les équipes qui s'épuisent !

État des lieux :

Points forts - leviers

- Concernant le développement d'une offre identifiée en unités de court séjour gériatrique et le développement d'unités identifiées de SSR « gériatrique » PAP : ont été permis via de nouvelles reconnaissances contractuelles d'unités de court séjour gériatrique et d'objectifs quantitatifs arrêtés dans le PRS 2 dans son volet « activité de soins de suite et réadaptation ».
- L'existence dans les établissements de santé d'un numéro de téléphone unique « gériatrique » ou d'une ligne d'astreinte « médicale » associée un numéro unique « gériatrique » ou non, à destination des médecins du 1er recours, a permis de réduire sensiblement les entrées via les urgences
- La gestion de la crise Covid aura été à l'initiative du développement de « plateforme covid PA » (mars 2020), offre d'expertise, à l'échelle des départements afin de faciliter le lien direct entre médecins coordinateurs d'Ehpad et la gériatrie hospitalière. A partir d'avril 2021, ce dispositif a évolué vers la mise en place dans chaque département d'une « Equipe Parcours santé personnes âgées - EPSA ». Il constitue un véritable appui aux EHPAD et à vocation à s'étendre au domicile (projet hors PRS)
- Le déploiement du programme de « Prévention de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez la personne âgée » mené par le CHU31 a été réalisé sur 11 départements et a concerné 63 établissements (de 3 à 13 / département) – Son développement a prédominé sur l'ex région Midi-Pyrénées mais tend à s'étendre progressivement vers l'ex région Languedoc-Roussillon
- 445 professionnels (cadres de santé, médecins, rééducateurs...) des services d'hospitalisation complète de Court Séjour et SSR ont été formés à la fin de l'année 2021

Points faibles- freins

- Le développement de ligne téléphonique directe en direction de gériatres est surtout possible dans les établissements de grande taille où leur nombre est important.
- Lorsqu'il y a moins de 3 gériatres, la gestion et le maintien d'une ligne téléphonique directe voir d'une astreinte gériatrique en direction des professionnels du 1er recours restent souvent difficile à soutenir.
- Pour les plus petits établissements, l'enquête réalisée par l'ARS a montré que la mise en œuvre de ces dispositifs reste complexe et c'est l'accès aux services de la gériatrie qui doit être facilité via un standard formé, associé à un annuaire actualisé.



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Et après 2022 ?
Poursuite des actions mais selon des modalités à ajuster. EPS PA à évaluer.

Commentaires / remarques / évolutions :

- Articulation avec le PRU prévoyant des crédits pour la mise en place une ligne directe EHPAD – Ville – Hôpital. Bed manager de l'ORU ? => A voir pour le 15/09.
- Possibilité d'élargir la réflexion à la iatrogénie à domicile
- Travail avec les bilans de médication partagés
- Très difficile d'avoir des lignes directes. Dans l'Aude, cela existe pour des hosoit directes, des conseils, etc.
- Bilans de médication déjà partagés par les CPTS
- Attention : concerne la dépendance iatrogène en établissement / Projet qui n'est pas à arrêter
- Peut être préciser les contours du projet
- Interrogatif sur le fait que ça marcherait moins bien dans les petites équipes. La PEC en soins de CS ou MS => interconnexion avec ICOPE ? Fluidification des protocoles portés par les CPTS
- Echelon CPTS intéressant

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS : RAS

Projet : PF 10_06 - Sécuriser la prescription médicamenteuse chez les personnes âgées polymédiquées

État des lieux :

Points forts - leviers

- Bimedoc :**
 - Un « réseau » de pharmaciens officinaux s'est mis en place. A la fin 2021, le réseau REIPO compte 830 professionnels sur l'ensemble de l'Occitanie. 448 pharmacies d'officine sont adhérentes soit 23% des officines de l'Occitanie.
 - 939 patients ayant eu un bilan de médication en pharmacie d'officine, 330 pharmaciens tutorés, 108 pharmaciens ayant bénéficié du tutorat.
 - Les professionnels de santé sont de plus en plus motivés pour réaliser la conciliation médicamenteuse ou bilans de médication.
- Conciliation médicamenteuse :**
 - Depuis le début du dispositif, 796 personnes ont été formées par l'OMEDIT, pour 221 ES de tout l'Occitanie, pour des catégories professionnelles variées (beaucoup de pharmaciens, mais aussi IDE, médecins...).
 - 54 725 conciliations médicamenteuses ont été effectuées par 251 établissements de santé d'Occitanie. Les établissements se sont donc malgré la crise COVID emparés de la conciliation médicamenteuse.
- PAAPI :** PAAPI a effectué un travail consiste à établir une cartographie des risques à partir des ordonnances de plus de 10 lignes de leurs résidents pour les EHPAD Est-Occitanie volontaires.
 - 68 EHPAD dans PAAPI dans l'ensemble des départements d'Occitanie ouest
 - 132 EHPAD dans le réseau ont envoyé leurs ordonnances à PAAPI pour analyse soit 341 ordonnances entre janvier 2019 et juin 2020 côté est.

Points faibles- freins

- Pas d'organisation possible de formation de conciliation en ES pendant la crise COVID.
- Difficultés pour effectuer des interventions de bilan de médication en officine en 2020 et 2021 car les pharmaciens vaccinaient, dépistaient...
- L'attaché de recherche clinique qui travaillait sur le dispositif PAAPI a été orienté lors de la crise sur un suivi des effets indésirables des vaccins anti-COVID administrés en EHPAD. En effet, pas d'intervention possible de l'ARC sur l'optimisation de prescription en EHAD.



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

Et après 2022 ?
Expérimentation avec une Equipe ERASME pour accompagner notamment les ESAS de 4 départements (34, 30, 31, 81) : management qualifié, sécurisation de la prise en charge médicamenteuse, optimisation des prescriptions.

Commentaires / remarques / évolutions :

- Articulation ERASME et travaux OMEDIT ? Pénurie de pharmaciens, conciliation difficile, demande d'accompagnement complémentaire pour les ES privés comme pour les ES publics. Dispositif porté également par OMEDIT, REIPO, pharmaco. Travail avec la SRA. Lien à faire suite réponse à FHP.
- Outils intéressants avec les logiciels actuels. Preneurs d'infos. RAMA peuvent être utilisés.
- Analyse des RAMEHPAD est réalisée. Quelques éléments sur le circuit du médicament. Retard lié à la crise.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS : RAS

État des lieux :

Points forts - leviers

- Face à l'augmentation du nombre de PHV et aux spécificités de leur prise en charge, le projet visait à évaluer un échantillon de dispositifs existants en Occitanie pour définir un ou des modèles de prise en charge efficaces et économiquement viables
- Evaluation confiée au CREAI-ORS
- Evaluation des 32 unités autorisées en Occitanie pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (EHPAD, Établissement expérimental PA/PH, FAM/EAM) à l'aide de questionnaires en ligne complétés pour 11 unités sélectionnées par une monographie ;
- En parallèle, l'ensemble des conseils départementaux et MDPH interrogés sur la description des situations territoriales, le repérage d'unités « PHV » qu'ils financent, les conditions de leur mise en œuvre, leurs modes de fonctionnements.
- A partir de ces évaluations, le CREAI devait rédiger des préconisations

Points faibles- freins

- Pas de crédits ciblés sur cette thématique au niveau national ;
- Méthode d'évaluation inadaptée : pas d'évaluation de l'état de santé et de l'autonomie des personnes accueillies dans ces unités, et des résultats des fiches d'enquête par structure très hétérogènes et difficiles à agréger
- Interruption de l'enquête liée à la crise et la difficulté de mobilisation des acteurs pour répondre à l'étude conduisant à revoir le process.
- En attente des préconisations finales mais risque qu'elles soient peu ou pas exploitables
- En attente de ligne de conduite nationale



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

*Et après 2022 ?
Réflexion à poursuivre
mais selon une méthode à revoir*

Commentaires / remarques / évolutions :

- RETEX sur un dispositif => diversité au sein de la structure UPHV-PA / dynamisme / Expé intéressante / Question : quel accompagnement déployé dans d'autres établissements ?
- Webinaire cet été organisé par le CREAI. En attente retour ?
- PEC complexe en EHPAD car patients jeunes. Plus de PEC dans leurs institutions. Solutions à trouver pour ces personnes. Risque de rupture dans la PEC
- Sujet ancien / Sas solution aujourd'hui : unité dédiée en EHPAD ? Ou PEC en ESMS PH ? Pb sollicitation permanente des équipes. Tentative dans le Gers d'avoir une unité dédiée. Disparité de population. Enquête du CD31 l'année dernière. Pb circulation d'info entre EHPAD et ESMS PH. Pont à trouver. Pb de personnes sans solution.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

- Plus de transparence demandée sur l'étude du CREAI relative aux EEPA : pourquoi les résultats ne sont pas probants ? Résultats à combiner avec l'étude récente de la cour des comptes.
- Financement des EEPA doit être à la hauteur des compétences spécifiques requises pour accompagner ce public (ex: les EAM ont plus de moyens alors que le public est le même).
- Soutien à la diffusion et à l'usage des nomenclatures SERAFIN pour le grand âge pour identifier l'ensemble des besoins de la personne accompagnée et trouver en suivant, la ou les prestations adéquates.
- Pour que les EHPAD puissent accueillir des PHV (demandes augmentent surtout sur les handicaps psychiques car pas de places en EEPA ou en UPHV), il est nécessaire d'augmenter les budgets formations car l'accompagnement est spécifique, l'intervention de partenaires extérieurs comme les services PH, les CMP ou les équipes mobiles semble également indispensable pour assurer un bon accompagnement. L'ARS doit cadrer les missions de chacun et les « contraindre » à intervenir.
- Même question se pose pour les publics à besoins spécifiques : addiction, public précaire (intervention d'un assistant social)...
- Quel diagnostic du territoire sur les besoins des personnes âgées (handicap, précarité, addictions, troubles cognitifs...) ? Les EHPAD et les services pourront adapter leur offre ou développer leur partenariat s'ils ont bien connaissance de ces besoins.
- Attention aux projets d'habitat inclusif portés jusqu'ici par l'ARS et laissés à la main des CDx – certains CDx ne souhaitent pas poursuivre alors que les projets ont fait leur preuve en répondant aux besoins de la population.

Projet : PF 10_U8 - Améliorer la réponse en EHPAD aux besoins des personnes ayant des troubles du comportement



15 min

État des lieux :

Points forts - leviers

- L'impact de l'augmentation des démences liées au grand âge (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées) nécessite que soit confortée l'offre progressivement mise en place dans le cadre notamment des plans Alzheimer.
- Le projet visait, dans les EHPAD ne disposant pas de PASA, à optimiser les moyens des unités de vie protégées (ou unités Alzheimer) afin que leurs modalités de fonctionnement et d'organisation se rapprochent de celles fixées pour les PASA
- L'objectif était d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes hébergées en EHPAD ayant des troubles du comportement, consécutifs particulièrement d'une maladie neurodégénérative associée à un syndrome démentiel
- L'équipe projet avait défini une méthode de travail avec un objectif de produire un Kit « UVP-plus », aboutissement du projet, en juin 2021

Points faibles- freins

- La poursuite des travaux du COPIL a été interrompue dès la première étape du projet: le document de référence n'a pas été finalisé car les membres ont été rapidement mobilisés sur la crise
- Le COPIL ne s'est plus réuni depuis le 17 janvier 2020.
- Compte tenu du retard pris, il paraît impossible de rattraper ces 2 années et de mobiliser les membres du COPIL dont certains sont partis
- Par ailleurs, l'intérêt des EHPAD pour ce projet, apparaît très éloigné de leurs difficultés actuelles, notamment en terme de mobilisation de leur personnel en effectif tendu, fatigué par ces vagues de COVID successives.
- Pour rappel, ce projet ne s'accompagne pas de moyens budgétés, fragilisant son attractivité.



Notre proposition d'évolution du projet :

- Projet achevé
- Projet à continuer
- Projet à ajuster / modifier
- Projet à arrêter

*Et après 2022 ?
La pertinence de cette action n'est pas remise en question mais la méthodologie doit être requestionnée*

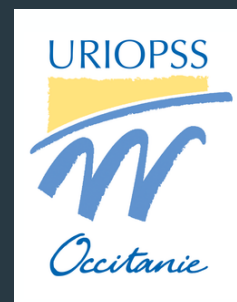
Commentaires / remarques / évolutions :

- La demande de PEC est croissante pour ces patients. Besoin de PEC en UVP. Pasa devrait être dans tous les EHPAD. Besoin important de ressources. Dommage que projet s'arrête. Pas de places en UHR.
- Véritable besoin. Difficultés. Formation pour la PEC de ces publics. Dommage que le projet s'arrête.
- Expérimentation du PASA de nuit. ARS PACA : PASA de jour + PASA de nuit avec des professionnels à disposition jusqu'à minuit.
- Manque criant de moyens et de PEC. On ne peut pas attendre que l'ARS ne reconduise pas cette action. Pas d'UHR pas d'UCC. Se concentrer sur les porteurs en capacité de porter des dispositifs. Question de savoir si on aura des UHR, des UCC, etc.

Commentaires, remarques, souhaits d'évolutions des adhérents URIOPSS :

Voir commentaires PF 10_07

PRS III



Contribution de l'URIOPSS Occitanie

Contacts :

Guillaume FRITSCHY, Directeur

Ludovic MARIOTTI, CT Autonomie - Handicap

Angélique THERON, CT Autonomie - Grand Âge

Nolwenn RIVIERE, CT Lutte contre les exclusions - Protection de l'enfance

Adrien NIETO, CT Gestion - Tarification - Droit Associatif - Santé

Nam Phuong LACROIX, CT Projet - Evaluation - Qualité

Qui sommes-nous ?

Créée en 1947, l'URIOPSS rassemble les acteurs associatifs des secteurs sanitaires, social et médico-social.

L'URIOPSS Occitanie rassemble 242 associations, mutuelles et fondations et 850 établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle porte la voix des acteurs privés non lucratifs auprès des pouvoirs publics et agit en tant que force de proposition pour l'évolution des politiques sociales. A l'appui d'une équipe technique implantée en région, l'URIOPSS propose aux associations de solidarité des espaces d'échange et de travail, du conseil juridique et stratégique et de la formation spécialisée.

www.uriopss-occitanie.fr

420 Allée Henri II de Montmorency,

CS 19554 - 34961 Montpellier cedex 2 - Tel. : 04 67 52 51 29

108 route d'Espagne - 31100 Toulouse - Tel. : 05 34 64 39 78

