



# PROJET RÉGIONAL DE SANTE 2

## Île-de-France

### CONTRIBUTION COLLECTIVE DES FÉDÉRATIONS

En date du 30 octobre 2017

#### PLAN DU DOCUMENT

◆ Introduction .....	page 2
◆ 2 nouvelles priorités de santé pour la prise en compte des spécificités de publics en précarité et en situation d'addiction .....	page 3
◆ Pour un PRS 2 répondant aux besoins des franciliens vulnérables..... <i>Constats et propositions des fédérations</i>	page 4
Axe 1. Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente .....	page 4
Axe 2. Promouvoir et améliorer l'organisation des parcours sur les territoires .....	page 10
Axe 3. Un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche .....	page 14
Axe 4. Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et de la politique sanitaire .....	page 14
Axe 5. La santé dans toutes les politiques .....	page 15

Dans le cadre de la concertation lancée par l'ARS Île-de-France sur l'élaboration du Projet Régional de Santé 2, nos fédérations<sup>1</sup> se sont organisées pour proposer une contribution collective qui porte les préoccupations d'acteurs du privé non lucratif intervenant sur les secteurs social, sanitaire et médico-social.

Le Projet Régional de Santé 2 est fort de promesses d'amélioration de notre système de santé et touche un nombre important de thématiques majeures. A l'occasion des différents groupes de concertation, l'ARS a été à l'écoute des préoccupations et propositions des parties prenantes. Cependant, pour nos fédérations, certains points restent encore à affiner, voire à compléter afin de prendre en compte les besoins de tous les franciliens, y compris les plus vulnérables.

Pour appuyer nos discours et proposer une contribution collective qui soit en cohérence avec les pratiques du terrain, nous avons organisé le lundi 22 mai 2017 – en présence de Monsieur Tanguy Bodin et Monsieur Gaël Raimbault – un séminaire interfédéral en présence de nos adhérents respectifs. Cette rencontre a réuni plus de 70 personnes – adhérentes des fédérations organisatrices et partenaires de la CRSA – pour une après-midi d'échanges et de réflexions autour des axes et projets de transformation proposés par l'ARS.

Cette contribution, venant en complément des travaux menés par l'ARS, retrace donc toute la réflexion portée par l'ensemble de ces fédérations. Elle fait état de tous les points jugés primordiaux par ces dernières et qui restent à renforcer ou à ajouter au Projet Régional de Santé.

Pour les fédérations, l'articulation des politiques publiques doit traverser chacun des axes plutôt que de n'être développé que dans l'actuel axe 5 (la santé dans toutes les politiques).

De plus, les difficultés d'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité, résultant d'inégalités sociales et territoriales et pouvant entraîner un important phénomène de renoncement aux soins, doivent être traitées de façon prioritaire et transversale dans les cinq axes de transformation du système de santé.

Il est attendu que l'ARS priorise la programmation budgétaire des appels à projets pour les publics les plus vulnérables. Une phase d'évaluation devra aussi être intégrée afin de démontrer la plus-value qualitative et financière des actions en santé à destination des publics les plus vulnérables.

Fortes du travail accompli dans le cadre du Projet Régional de Santé, les fédérations attendent de l'ARS qu'elle soit véritablement le pilote de la coordination de la santé dans l'ensemble des politiques publiques quelle que soit l'origine du financement (assurance maladie, département, commune, ...). La concordance et la complémentarité des schémas et des financements sont garants de l'efficacité de la dépense publique et d'un accès effectif et de qualité aux services de santé et prestations d'accompagnement.

***Cette contribution collective est complémentaire des contributions spécifiques adressées par certaines de nos fédérations et vient mettre en avant des propositions communes et partagées.***

---

<sup>1</sup> ADPEP 91, Aides, Fapil, Fédération Addiction, Fédération des acteurs de solidarité Idf, Fnasat, Una Idf, Unapei Île-de-France sont adhérents et membres du réseau Uriopss Idf / Uniopss.

## 2 nouvelles priorités de santé pour la prise en compte des spécificités de publics en précarité et en situation d'addiction

Le Projet Régional de Santé est articulé autour de 8 priorités de santé qui traversent chacun des 5 axes de transformation et des 27 projets de transformation. Ces priorités garantissent la prise en compte des besoins de publics et de pathologies spécifiques dans la définition et la mise en œuvre des orientations franciliennes en matière de santé.

A ce jour, sont concernés :

- La périnatalité et les jeunes enfants
- Les adolescents et jeunes adultes
- Les personnes âgées
- Les personnes en situation de handicap
- Le cancer
- Les maladies neurodégénératives et neurologiques
- La santé mentale
- Les maladies chroniques cardiovasculaires et métaboliques

**Les fédérations demandent l'ajout de 2 nouvelles priorités afin de prendre en compte l'accès à la santé des publics en précarité et des publics en situation d'addiction.** L'intégration de ces priorités permettra de veiller à ce que la santé des personnes concernées puisse être traitée dans le cadre des politiques de droit commun. Cela permettra également de mettre en place des indicateurs d'évaluation propres à ces thématiques dans le cadre du bilan du PRS 2.

### Une 9e priorité de santé pour la santé des publics en précarité

La vulnérabilité due à la précarité, et ses conséquences pour l'accès à la prévention et aux soins, ne sont pas prises en compte dans le Projet Régional de Santé en tant que telles, mais dans le cadre d'un programme spécifique, le PRAPS. La santé des personnes en situation de précarité doit pourtant être une priorité transversale ; aux risques de voir cette thématique isolée et traitée de manière moins efficiente.

### Une 10e priorité de santé pour les publics en situation d'addiction

Cette problématique transversale à l'ensemble des axes du PRS2 est reconnue comme une priorité de santé publique essentielle (cf. *baromètre santé et études épidémiologiques de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies - OFDT*). Elle est une des premières causes de mortalité (notamment alcool et tabac). L'approche concerne également les usages et comportements sans substances : écrans et Internet, jeu pathologique, conduites à risques des jeunes.

Par ailleurs, la réduction des risques et des dommages (RDRD) est centrale dans cette thématique de santé et a été confirmée par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Elle consiste à prévenir les risques infectieux, les comorbidités et conséquences psychologiques et sociales avant l'arrêt des consommations ou des prises de risques.

## Pour un PRS 2 répondant aux besoins des franciliens vulnérables

### Constats et propositions des fédérations

En préambule à notre contribution sur les différents axes et projets de transformation, nous souhaitons - compte-tenu du contenu de ces derniers et en écho à la position de l'ARS sur l'absence de hiérarchie entre ceux-ci et le caractère essentiel de chacun d'eux - proposer une réorganisation des deux premiers axes qui permettra une lecture et une appropriation facilitée du Projet Régional de Santé. En effet, il nous semble plus cohérent d'aborder dans un premier temps les besoins de la population pour ensuite promouvoir et améliorer l'organisation des parcours sur les territoires afin que ceux-ci soient adaptés.

### Axe 1 : Une réponse aux besoins de la population mieux ciblée, plus pertinente et efficiente.

Les fédérations soutiennent l'idée de donner une nouvelle place équilibrée à l'hôpital parmi un ensemble d'acteurs des champs sanitaire, médico-social et social.

Nous souhaitons mettre en exergue deux problématiques majeures qui n'apparaissent pas dans les projets de transformation ni dans l'axe 2 du Projet Régional de Santé, et pour lesquelles nous demandons l'inscription d'engagements forts dans le cadre du nouveau Projet Régional de Santé :

- La question des difficultés d'accès à la santé, du non-recours et du refus de soins auxquels sont confrontées les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité
- La question de la promotion de la santé et de la prévention.

#### Difficultés d'accès à la santé, non-recours et refus de soins

Des difficultés récurrentes dans l'accès aux droits<sup>2</sup> et aux soins sont régulièrement constatées par les personnes accueillies ainsi que par les professionnels accompagnants, notamment dans le cadre des instances de représentation des personnes accompagnées telles que le CRPA (Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées). En parallèle, une sous-utilisation des procédures de recours (par exemple, en cas de refus de soins) a été notée, du fait d'un manque d'informations et d'une complexité des procédures.

En amont de toute démarche de soin, l'**accès des personnes à leurs droits** est essentiel (notamment, l'ouverture et le renouvellement des droits auprès de l'assurance maladie). Or, cet accès aux droits est bloqué par de nombreux freins qui résultent d'inégalités sociales et territoriales fortes, et comprennent :

- Une méconnaissance des droits et une difficulté à obtenir des informations adéquates et compréhensibles retardant l'ouverture des droits (difficulté à avoir des informations sur les conditions d'éligibilité, difficulté à joindre un interlocuteur, variabilité des informations en fonction de l'interlocuteur, rareté des documents d'information traduits, etc.) ;
- Une difficulté pour certaines personnes, qui sont notamment en situation d'exil ou de grande exclusion, à produire les pièces justificatives nécessaires à l'instruction de leur dossier ;
- Une numérisation des démarches administratives complexifiant l'accès aux droits pour les personnes qui ne sont pas équipées ou ne maîtrisent pas l'outil informatique ;

---

<sup>2</sup> Selon le rapport d'activité 2011 de Médecins du Monde, 80% des patients qui viennent consulter dans les centres de soins de Médecins du Monde, relevant de l'AME et remplissant les conditions requises pour y accéder, n'ont pas de droits ouverts.

- Une interprétation restrictive des textes par les caisses d'assurance maladie pouvant entraîner le refus d'attribuer ou de renouveler la couverture maladie, voire même l'interruption ou le retrait du droit à la couverture maladie.

Un défaut d'ouverture de droits entraîne des recours indus et récurrents aux urgences hospitalières. Par conséquent, les hôpitaux font face à des problèmes de recouvrement des frais engagés. De plus, aucune continuité des parcours de soins n'est opérée. Plus la prise en charge est tardive, plus la dégradation de l'état de santé de la personne devient préoccupante, entraînant des coûts plus importants aussi bien pour la personne que pour la collectivité. Ce cercle vicieux ne peut être limité et stoppé que par un accès aux droits rendu plus facile pour tous.

En aval de l'ouverture des droits, un certain nombre de **freins se posent à l'accès aux soins** des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité, aussi bien en matière d'accès aux services de santé de droit commun (PASS, urgences hospitalières, centres de santé, services de psychiatrie de secteur...) qu'aux structures médico-sociales (EHPAD, MAS, FAM...).

Ainsi, la saturation des services de santé entraîne des délais de prise en charge très importants. Par ailleurs, le défaut de compétences dédiées en matière d'interprétariat et de médiation en santé, éloigne du système de soins les personnes les plus exclues ou ne maîtrisant pas le français.

De même, **l'organisation des transports** en Île-de-France complexifie l'accès aux soins. D'une part, le système de santé promeut un rapport qualité/prix qui doit être optimal avec une centralisation des coûts. Ainsi, bon nombre de personnes à la sortie de l'hôpital n'ont pas de transport individuel pris en charge par l'assurance maladie, malgré un état de santé critique.

D'autre part, le coût des transports en commun en Ile-de-France est élevé ne permettant pas aux publics précaires d'y avoir accès et renforçant, de ce fait, un isolement et une absence de soins et de prise en charge adaptée.

La situation particulière des **détenus** en centre pénitentiaire ou en milieu fermé constitue également une priorité dans une optique de réduction des risques et des dommages (RDRD), de promotion de la santé, de respect de la dignité et des droits de santé.

Les **personnes handicapées** font face à de grandes difficultés de prise en charge du fait d'une organisation du système de santé inadaptée pour elles. Elles ont accès difficilement aux mesures préventives, de dépistage et aux mesures curatives, particulièrement en gynécologie, ophtalmologie et odontologie.

Enfin, les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés et outillés pour prendre en charge de façon adaptée les personnes handicapées et les personnes âgées résidant en EHPAD du fait d'un accès aux soins limité hors établissement, de difficultés de déplacement et d'établissement du diagnostic. Ni l'âge, ni le handicap ne justifient un renoncement aux soins, aussi bien pour les professionnels que les personnes elles-mêmes.

Il est donc attendu du PRS 2 qu'il pose une nouvelle organisation pour traiter l'urgence sociale et territoriale.

Au-delà des difficultés d'accès aux soins, des personnes se voient toujours opposer des **refus de soin** par des professionnels de santé du fait de leur situation de vulnérabilité, en raison du type de couverture maladie dont elles bénéficient, de leur situation socio-économique, de leur état de santé, de la barrière de la langue, de comportements non appréciés (accompagnement par des animaux...), de leur handicap. Ces refus de soins peuvent être directs : refus de recevoir la personne en consultation, refus de dispense d'avance des frais, refus de déplacement des services médicaux

(SAMU, médecin...) ; ou indirects : orientation répétée et abusive vers un confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous par rapport à la moyenne...

Le refus de soins peut entraîner un important phénomène de **renoncement aux soins**. Selon une étude de juin 2016 de l'Observatoire des non recours aux droits et aux services<sup>3</sup>, le renoncement aux soins concerne une personne sur quatre. Le renoncement aux soins a des conséquences en termes d'aggravation de l'état de santé, ce qui entraîne une entrée dans le système de soins à un stade plus grave, un recours à des soins plus lourds et des hospitalisations prolongées, restreint le champ des solutions d'aval, et génère des coûts plus importants pour la société, notamment quand les droits à la couverture maladie ne sont pas ouverts.

### Propositions :

- ◆ Continuer de lutter contre les **déserts médicaux** et résoudre la **pénurie de professionnels de santé** dans certains territoires
- ◆ Créer au sein des urgences, des **consultations dédiées à la médecine de premier recours** afin de diminuer l'attente aux urgences et ainsi mieux organiser ces dernières.
- ◆ Permettre aux personnes à l'état de santé critique d'avoir **accès à un transport médicalisé à la sortie d'hospitalisation**.
- ◆ Permettre aux personnes les plus vulnérables d'avoir **accès à des transports individuels ou en commun pour se rendre sur les lieux de consultation et de soins**.
- ◆ Permettre aux personnes les plus précaires et vulnérables d'avoir **accès à leurs droits en santé**, en veillant à la bonne application du droit, en facilitant les démarches administratives et en permettant leur appropriation par les personnes concernées (accompagnement de la numérisation des démarches afin de réduire les effets d'éviction liés à la fracture numérique).
- ◆ Développer **des actions d'information adaptée** auprès des publics identifiés comme étant les plus susceptibles de renoncer aux soins
- ◆ Développer la prévention et les consultations dédiées de soins primaires pour les personnes en situation de handicap
- ◆ Développer la **formation croisée** des professionnels de santé.
- ◆ Renforcer les moyens en médiation et en interprétariat au sein du système de santé, afin de permettre à chacun d'être associé aux décisions qui le concernent.
- ◆ Consacrer une place à la **prise en charge de la précarité au sein des urgences** et prévoir la mise en place d'un accompagnement spécifique (ouverture des droits)
- ◆ Développer une approche spécifique et globale **pour l'accès à la santé des personnes hébergées à l'hôtel**.
- ◆ Traiter la question de la santé des étudiants, dans une double approche de promotion de la santé et d'amélioration de l'accès aux soins.
- ◆ Favoriser dans le cadre du virage ambulatoire, **l'intervention des services à domicile (SSIAD, HAD) dans les structures d'inclusion sociale** (centres d'hébergement, logements d'insertion en collectif ou en diffus, ...) avec une réflexion préalable sur l'ouverture des droits et l'adaptation des locaux.
- ◆ Afficher un objectif clair de lutte contre le refus de soins pratiqué par certains professionnels de santé, promouvoir les actions visant à lutter contre le refus de soin (exemple Défenseur des Droits), soutenir et faciliter les actions des associations d'accès aux droits.

<sup>3</sup> ODENORE, Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés de 18 Caisses Primaires d'Assurance maladie, Juin 2016 : [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse\\_diagnostic\\_quantitatif\\_-\\_odenore\\_-\\_vf.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf)

## La promotion de la santé et l'intervention précoce

Le Projet Régional de Santé n'aborde pas les questions **de la prévention, de l'intervention précoce et de la promotion de la santé** comme objectif. Or, ces trois points correspondent aux principaux objectifs de politique de santé publique. L'intervention précoce, concept défini mis en œuvre et évalué dans le secteur de l'addictologie, consiste à promouvoir un environnement social favorable qui augmente le pouvoir d'agir de l'ensemble de la communauté citoyenne.

Les personnes ne peuvent être actrices de leur santé que lorsqu'il s'agit de se maintenir en bonne santé ; la prévention est donc au cœur des préoccupations à fixer pour lutter contre les inégalités de santé. Pour exemple, les personnes bénéficiaires de l'AME n'ont pour le moment accès qu'à la prise en charge des actes médicaux sur le volet du soin mais pas sur celui de la prévention.

En complément, est également à prendre en compte la thématique de la **santé sexuelle** comme priorité soulevée par les fédérations face au constat que la vie sexuelle d'un bon nombre de personnes reste compliquée au sein des lieux de vie, des associations accueillant des enfants et/ou des adolescents, d'EHPAD, pour les personnes à la rue, etc.

Cette problématique est à élargir à celle des **structures de santé mentale** qui font face à un défaut d'articulation au sein du système de santé. La majeure partie des associations en santé mentale n'est pas sectorisée, ce qui en fait sa richesse et sa capacité d'adaptation. L'orientation adéquate et précoce vers les lieux de prise en charge en santé mentale constitue un enjeu fort.

Enfin la priorité de la réduction des risques et des dommages, affirmée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, reste insuffisamment prise en compte alors que cette approche peut se décliner quels que soient les problématiques de santé et les publics.

### Propositions :

- ◆ Intégrer au Projet Régional de Santé **des objectifs concernant la prévention, l'intervention précoce et la promotion de la santé**
- ◆ Avoir une **approche croisée** de la promotion de la santé entre le curatif, le préventif, l'intervention précoce et l'éducation à la santé
- ◆ Promouvoir et soutenir l'initiative des **Ateliers santé Ville** (aujourd'hui financés par les communes), qui mettent la prévention et la promotion de la santé au cœur des projets territoriaux de santé.
- ◆ Renforcer les dispositifs de **promotion et de prévention de la santé sexuelle**.
- ◆ Renforcer la couverture territoriale des consultations jeunes consommateurs (CJC) sur les conduites à risques et le milieu festif.
- ◆ **Former et sensibiliser les professionnels de l'accompagnement aux questions de santé mentale** afin de faciliter la continuité de parcours de soins et d'orienter la personne comme il se doit.
- ◆ **Renforcer les moyens et les compétences des services de santé** sur les volets de l'interprétariat, de la médiation en santé et de l'accompagnement en santé mentale afin de permettre **aux personnes migrantes d'accéder à la santé** (*accompagnement du psycho-traumatisme, offre d'une écoute psychologique pour des personnes ne souffrant pas de pathologies psychiatriques mais de souffrances liées à leur parcours d'exil...*).
- ◆ **Affirmer la mission de santé publique de la psychiatrie** en direction des personnes en situation de précarité et en souffrance psychique dans une démarche d'« aller vers ».
- ◆ **Développer la Réduction Des Risques et des Dommages (RDRD) en milieu carcéral**
- ◆ **Développer l'éducation thérapeutique à domicile** (notamment dans le cadre de l'HAD) en s'assurant que le retour à domicile est envisageable et que le logement répond aux conditions d'hygiène et de salubrité.

### Focus sur les personnes en situation de souffrance psychique, de vulnérabilité et de précarité

Ces personnes sont souvent éloignées du système de santé, en raison de leur état de santé, de leur stigmatisation ou d'un trop grand éloignement des équipements de santé. Une démarche d'« aller vers » doit permettre de prendre en compte les personnes là où elles sont et là où elles en sont.

#### Propositions :

- ◆ Renforcer le décroisement entre le secteur psychiatrique et les établissements sociaux et médico-sociaux
- ◆ Améliorer et renforcer la **couverture territoriale des permanences d'accès aux soins psychiatriques (PASS-psy)** et des **équipes mobiles psychiatrie précarité** permettant la prise en charge psychiatrique dans les structures sociales et médico-sociales

Au-delà de ces constats et propositions transversaux, des constats et propositions sont posés par nos fédérations sur les projets de transformation proposés sur cet axe.

#### Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses

Pour améliorer la connaissance des besoins et leur analyse, il est nécessaire de prendre en compte les acteurs existants, identifier les réseaux et faciliter leur coordination.

#### Propositions :

- ◆ Renforcer l'**observation des inégalités de santé**
- ◆ Organiser le **recueil de données sur les besoins et les réponses existantes** en amont de la mise en place des actions pour permettre la mise en place de projections et d'indicateurs d'évaluation sur la base des données initiales.

### Focus sur la prise en charge des personnes et ménages vieillissants :

Les réponses existantes ne sont pas suffisamment adaptées aux besoins et aux ressources des personnes vieillissantes. Du fait du vieillissement, les personnes qui vivent à domicile se retrouvent de plus en plus confrontées à des problématiques d'isolement, de délitement du lien social et de solitude. Le manque d'adaptation des logements accroît cet isolement.

S'agissant des personnes âgées, les fédérations soutiennent les dispositifs d'habitat inclusif déployés au niveau national et qui partent des besoins exprimés par la personne afin de lui fournir un logement correspondant à ses attentes et à son niveau d'autonomie.

Aujourd'hui, du fait des progrès de la médecine et du renforcement des dispositifs d'accompagnement, la durée de vie des personnes en situation de handicap s'allonge et de nombreuses personnes se retrouvent sans solutions. De plus, la problématique des travailleurs en situation de handicap à la retraite n'est toujours pas résolue.

Par ailleurs, un nombre important de personnes en perte d'autonomie est accueilli dans les structures d'inclusion sociale, qui ne sont pas les plus adaptées à ce type de public : en structures d'hébergement (CHRS, CHU, centre de stabilisation), de logement intermédiaire (résidences sociales, pensions de famille, résidences accueil...) ou en structures médico-sociales assurant une coordination thérapeutique et sociale et un hébergement (LHSS, LAM, ACT)<sup>4</sup>. Elles sont souvent mobilisées à défaut d'une solution plus opérante et demeurent bien souvent la seule possibilité de prise en charge pour sortir ces personnes de la rue.

---

<sup>4</sup> Une enquête menée par la Fédération des acteurs de la solidarité IdF sur cette thématique entre novembre 2016 et mars 2017, a permis d'identifier au moins 900 personnes concernées en IdF (personnes en perte d'autonomie du fait du vieillissement, accueillies dans les structures d'inclusion sociale).



L'orientation de ces personnes vers des structures d'accueil et d'hébergement spécialisées pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap, ou la mobilisation de services d'intervention à domicile sont très souvent compliquées du fait des spécificités de ce public : âge des personnes (perte d'autonomie avant l'âge d'ouverture des dispositifs spécifiques pour personnes âgées), manque de places en structures médico-sociales, ressources financières insuffisantes, situation administrative des personnes, stigmatisation de la précarité...

Une difficulté majeure concerne l'accès aux structures médico-sociales du secteur « handicap » ou « personnes âgées » des personnes en perte d'autonomie en situation irrégulière. En l'absence de régularisation de leur situation administrative, ces dernières bénéficient de l'AME mais ne peuvent pas bénéficier de l'aide sociale permettant la prise en charge financière de leur séjour dans les structures adéquates.

#### Propositions :

- ◆ Soutenir le déploiement de solutions **d'habitat inclusif et partagé** en Île-de-France, alternatives au médico-social traditionnel et s'inscrivant dans la philosophie du logement d'abord.
- ◆ Appuyer le **décloisonnement des secteurs** personnes âgées et personnes handicapées.
- ◆ Accompagner **l'adaptation des structures** pour personnes âgées à l'accueil de personnes en situation de handicap vieillissante.
- ◆ Renforcer **les passerelles entre les structures d'inclusion sociale et les structures médico-sociales** pour faciliter l'accueil de personnes précaires en perte d'autonomie dans des dispositifs adaptés.
- ◆ **Accompagner les structures d'inclusion sociale dans l'accueil des publics en perte d'autonomie dans l'attente d'une solution pérenne**, en formant les équipes à la question de la perte d'autonomie et en favorisant **l'intervention des services à domicile (SSIAD, HAD) dans ces structures** (centres d'hébergement, logements d'insertion en collectif ou en diffus, ...) avec une réflexion préalable sur l'ouverture des droits et l'adaptation des locaux.
- ◆ **Favoriser l'accès des personnes en perte d'autonomie et en situation administrative précaire aux dispositifs médico-sociaux adaptés**, notamment en favorisant les démarches de régularisation pour les personnes malades et en perte d'autonomie relevant d'une institutionnalisation.
- ◆ **Développer l'intervention de l'HAD en EHPAD** afin d'éviter des transferts injustifiés à l'hôpital.

#### **Prioriser les moyens en fonction des besoins et optimiser les prises en charge non programmées et la capacité de réponse du système**

Le manque d'offre de médecins conventionnés en secteur 1, couplé aux difficultés d'accès aux droits et aux soins pour certains publics expliquent les prises en charges non programmées, et notamment les recours indus aux urgences. Or l'engorgement des urgences met le système de santé sous tension, et les prises en charge hospitalières non programmées sont coûteuses. Certains publics n'ont pas accès aux urgences (ex. handicap, précaires, migrants).

#### Propositions :

- ◆ Avoir une **approche populationnelle** prenant en compte à la fois la densité de population sur les territoires mais également les besoins des personnes les plus éloignées du système de santé.
- ◆ Se projeter sur les **besoins à long terme** dans un but d'anticipation et de réduction des coûts (meilleure efficacité).
- ◆ Favoriser **l'offre de médecins conventionnés en secteur 1** et les **services adaptés aux besoins des personnes les plus éloignées du système de santé** dans la philosophie du « logement d'abord ».
- ◆ Créer au sein des **urgences des accueils spécifiques aux personnes vulnérables** (personnes handicapées, personnes âgées, personnes précaires...) permettant de les prendre en charge de façon adaptée avec des équipes médicales formées à ces situations.

### **Restructurer les plateaux techniques dans une logique territoriale**

Cette logique territoriale doit par définition être intersectorielle. Garantir l'accès à des soins gradués, sous-entend que personne ne peut se voir opposer un refus de soins quel que soit le territoire francilien ; problème encore majeur en Île-de-France.

#### **Propositions**

- ◆ Rééquilibrer l'offre de soins en faveur des zones périphériques et rurales accueillant majoritairement les personnes les plus éloignées du système de santé et les logements sociaux

### **Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants**

La mise en œuvre d'un « panier de services » pour les jeunes enfants rencontre le champ de compétences des départements en matière de PMI. Les fédérations ont alerté l'ARS sur le risque de désengagement de plus en plus prononcé de l'assurance maladie tout en soulignant la pertinence de ce maillage territorial de santé publique.

### **Mettre en œuvre un panier de services pour les personnes les plus éloignées du système de santé**

En outre, il apparaît essentiel d'élargir la cible de ce « panier de services » à l'ensemble des personnes les plus éloignées du système de santé. Le « panier de services » destiné à ces publics doit permettre de prendre en compte les personnes là où elles sont et là où elles en sont, en favorisant l'intervention des services d'intervention à domicile (SSIAD, HAD...) et la prise en charge en santé mentale (EMPP...) dans les structures d'inclusion sociale (centres d'hébergement, logements d'insertion en collectif ou en diffus, ...) ; en renforçant les PASS hospitalières et ambulatoires ; et en développant les services d'interprétariat pour ne pas exclure les personnes non francophones. Cet objectif concerne également les étudiants dont toutes les études montrent l'évolution très préoccupante du non recours aux soins.

#### **Proposition :**

- ◆ **Mettre en œuvre et conforter un « panier de services » pour les jeunes enfants et les personnes les plus éloignées du système de santé** en favorisant « l'aller-vers » et l'accompagnement de proximité de ces publics.

## **Axe 2 : Promouvoir et améliorer l'organisation des parcours sur les territoires**

Pour les fédérations, 2 orientations majeures traversent cet axe et doivent être renforcées dans la stratégie de santé en Île-de-France :

- le décroisement des secteurs
- des réponses centrées sur le parcours des personnes

Tous les acteurs s'accordent sur la nécessité et l'urgence à **décloisonner les secteurs sanitaire, médico-social et social** afin d'améliorer l'organisation des parcours sur les territoires. La fusion des schémas du Projet Régional de Santé constitue une avancée importante.

Il existe une distinction inévitable entre l'organisation de l'offre médico-sociale et l'offre de soins. Néanmoins, au regard des besoins des populations, la répartition des financements pourrait être mieux équilibrée suivant les besoins de la population et de l'équité territoriale.

Au-delà des limites de la répartition des compétences, le nouveau Projet Régional de Santé doit **favoriser et faciliter l'articulation des politiques publiques notamment celles de la santé, du médico-social, de l'emploi, de la lutte contre la pauvreté et de l'hébergement et du logement**. Il doit en

particulier prendre en compte à la santé des personnes vulnérables quel que soit leur âge, les accompagner vers l'autonomie au quotidien et permettre l'accès au logement et à l'hébergement.

Les fédérations souhaitent que soit développée une approche populationnelle ; c'est-à-dire une réponse qui parte de la personne et de l'endroit où elle vit pour aborder la notion de parcours.

### Propositions

- ◆ **Assurer une répartition équilibrée des financements** entre les secteurs médico-social, sanitaire et social afin de permettre de dégager des marges suffisantes pour mener des projets d'évolution et d'organisation de l'offre sur les territoires.
- ◆ Tenir compte les éléments du **Schéma Régional Habitat et Hébergement - SRHH** (préconisations pour la santé des personnes prématurément vieillissantes et des femmes durant la période périnatale) dans la rédaction du Projet Régional de Santé.
- ◆ Soutenir le développement des prises en charge à domicile (HAD, réseaux de santé, SIAD...)
- ◆ Renforcer, soutenir les préconisations et instances de la loi de modernisation du système de santé et piloter la **coordination entre les acteurs** en mettant en place des dynamiques territoriales et régionales interprofessionnelles de pilotage, d'échanges et de résolution des parcours complexes de santé
- ◆ Améliorer l'articulation du dispositif de l'addictologie, en tant que problématique transversale, avec le secteur psychiatrique.
- ◆ Renforcer le partage d'informations entre professionnels des différents secteurs (en veillant à respecter le cadre du secret professionnel et de l'accord éclairé, ainsi que le droit à l'anonymat pour les dispositifs concernés) et la **vigilance sur la mise en application de la lettre de liaison** à la sortie de l'hospitalisation telle qu'instaurée par la loi Santé, en particulier pour les personnes à forte mobilité.
- ◆ Favoriser dans les associations d'inclusion sociale, le développement d'une fonction de **référént santé** afin de renforcer la coordination interprofessionnelle et transversale et d'assurer un rôle d'interface avec les acteurs des différents secteurs.
- ◆ Intégrer la question de **l'accompagnement à la santé de façon transversale** afin de prendre en compte l'entourage de la personne (familial, amical, ...) et favoriser la continuité du parcours. A ce titre, développer sur le territoire francilien l'expérimentation prévue par la loi Santé.

Au-delà de ces deux thématiques majeures, nous réagissons également aux projets de transformation proposés sur cet axe et les complétons par des propositions.

### Construire des gouvernances territoriales intégrées

La juxtaposition des territoires complexifie l'organisation du système de santé. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire ne doit pas renforcer cet effet mais le clarifier. Une vigilance particulière est attendue dans la prise en compte du privé non lucratif et du secteur médico-social afin de rationaliser des expertises et des équipements sur le territoire.

### Propositions :

- ◆ **Définir et clarifier la notion de « gouvernance territoriale » au sein des GHT** en prenant en compte les spécificités du secteur privé non lucratif et du médico-social (expertises et organisation) afin de renforcer les coopérations et garantir une réponse adaptée et transversale.
- ◆ **Articuler les liens entre les instances de consultations locales et celles de l'ARS Île-de-France** afin de parvenir à une stratégie en santé partagée, particulièrement entre les Conseils Territoriaux de Santé et la Conférence Régionale la Santé et de l'Autonomie ainsi qu'avec les Commissions Santé Mentale et Usagers.

## **Construire des dispositifs d'intervention et de repérage précoces**

*Cf. page 7 les constats et préconisations détaillées sur l'intervention précoce et la promotion à la santé*  
Les fédérations souhaitent que soit renforcé l'échange des professionnels concernés par une même problématique (addictions et conduites à risques, personnes âgées et vieillissement, maladies chroniques, ...etc) autour d'une même personne afin qu'ils puissent partager leurs expertises et apporter des réponses adaptées.

### **Propositions :**

- ◆ La notion de repérage précoce doit être complétée de celles **d'intervention et d'accompagnement précoce**. L'intervention précoce, concept défini mis en œuvre et évalué dans le secteur de l'addictologie, consiste à promouvoir un environnement social favorable qui augmente le pouvoir d'agir de l'ensemble de la communauté citoyenne.
- ◆ **Elargir l'action des Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) à l'amélioration des repérages, de l'intervention et de l'accompagnement précoces** pour une intervention au cas par cas.
- ◆ Réaliser **un repérage des acteurs en place** dans un périmètre ou un territoire donné afin d'apporter une réponse adaptée à la personne (cf. lien avec les travaux du GCS SESAN sur le ROR).

## **Déployer des usages de la télémédecine**

La télémédecine est un outil fort d'optimisation médicale, de gain de temps pour les patients, et d'avancée de la médecine. Il est utile notamment pour permettre aux ménages éloignés des établissements de soins et de santé d'avoir accès aux informations. Cependant, un point d'attention est porté par les fédérations sur la vigilance à maintenir le lien humain et à ne pas créer une médecine à deux vitesses. La télémédecine ne doit pas venir en remplacement mais en complémentarité pour faciliter l'accès aux soins. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs sont les acteurs d'un territoire qui contribuent à renforcer et à maintenir les relations humaines en complémentarité avec l'action sanitaire. Par ailleurs, les moyens médicaux nécessaires doivent être mobilisés par le secteur sanitaire.

### **Proposition :**

- ◆ **Accompagner techniquement** (installation, formation, entretien) et **matériellement** (équipements, compétences en la matière mais aussi moyens humains mobilisables) les établissements, les professionnels mais aussi les usagers au déploiement des usages de la télémédecine, particulièrement dans le secteur médico-social et au domicile. Le déploiement des systèmes d'information et de la télémédecine dans le secteur médico-social pourrait ainsi prendre la forme d'un plan de financement « ESMS numériques ».

## **Mettre en place des dispositifs d'appui territoriaux aux parcours complexes**

*Soutenir les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé (article 74) sur les plateformes d'appui pour les parcours complexes de santé afin d'éviter les hospitalisations inutiles et les ruptures de parcours.*

Les personnes handicapées sont plus particulièrement concernées par les parcours complexes, voire chaotique. Les problématiques étant spécifiques (troubles de l'élocution et de la communication, difficulté à identifier les manifestations de la douleur, troubles du comportement, négation par la personne de son état...), la prise en charge de ces dernières est particulière et varie suivant le type de handicap. Une solution adaptée et au cas par cas est la plus pertinente afin d'améliorer leur parcours de santé.

#### Propositions :

- ◆ Réaliser un **état des lieux des dispositifs existants** et **communiquer sur leurs résultats** pour organiser le déploiement de ceux qui fonctionnent avec la volonté d'aller vers.
- ◆ **Développer des solutions innovantes** telles que des équipes mobiles spécifiques en lien avec l'ARS (ex. accès aux soins dentaires, équipe gériatrie psy, équipe enfant psy, ...).
- ◆ **Intégrer les dispositifs d'appui territoriaux à l'organisation existante** en permettant l'accès à la santé sous un modèle de « guichet intégré » et non pas spécifique ce qui organiserait un système de santé discriminant.

#### Focus sur les publics précaires et vulnérables:

Les fédérations soulignent également qu'il existe un grand manque de capacité et de développement des dispositifs spécifiques aux publics précaires et vulnérables qui sont pourtant très performants et parfois en cours de renforcement (dans le cadre du plan pauvreté notamment). Il s'agit notamment des structures médico-sociales assurant une coordination thérapeutique et sociale et un hébergement (Lits haltes soins santé, Appartements de coordination thérapeutique, Lits d'accueil médicalisé), et des dispositifs d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (Permanences d'accès aux soins de santé, Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité). Ce manque induit des ruptures de parcours (retour à la rue...) pour des personnes qui étaient parvenues à remobiliser leur capital santé. L'articulation avec les partenaires est à géométrie variable et ne rend pas l'accompagnement efficace.

#### Propositions :

- ◆ Renforcer la capacité d'accueil et le développement des **dispositifs spécifiques aux publics précaires et vulnérables** (ex. LHSS, ACT, LAM, PASS, EMPP ...).
- ◆ **Développer la fonction « aller vers » mise en place dans le secteur de l'addictologie et de la lutte contre les exclusions** pour favoriser la proximité et le développement de la coordination intersectorielle (justice, éducation nationale, logement, ...)
- ◆ **Développer l'accès aux soins et de la réduction des risques et des dommages (RDRD)** pour les détenus.

#### Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité

La primauté des prises en charge à domicile doit s'accompagner d'une attention particulière au renforcement de la qualité de vie tout en tenant compte de l'acceptation de la personne à la venue d'intervenants à son domicile.

#### Propositions :

- ◆ Poursuivre et renforcer les actions de **lutte contre l'habitat insalubre**.
- ◆ Adapter et réorganiser les institutions pour une **prise en charge à domicile renforcée** et mettre en place des **équipes mobiles** se déplaçant au domicile de la personne.
- ◆ Mettre en place des **solutions alternatives pour les personnes ne souhaitant pas que les professionnels entrent chez elles** et agir avec une démarche sociale, voire éducative.

### Axe 3 : Favoriser un accès égal et précoce à l'innovation

Le terme innovation renvoie à technologie (télémédecine) sans pour autant penser aux autres innovations qui peuvent également être de nature organisationnelle (penser autrement avec d'autres personnes, aménagement et adaptation du cadre légal pour l'intérêt des personnes, délégations de tâches et de compétences) et sociale (rapport à la médecine qui peut être bouleversé). L'innovation vient bousculer le cadre réglementaire.

#### Propositions :

- ◆ Associer les **personnes les plus éloignées** du système de santé et les personnes qui mettront en œuvre l'innovation pour **rendre l'innovation plus adaptée, opérationnelle et efficiente** et pour **identifier les besoins non pourvus** avec les opérateurs de terrain.
- ◆ Prioriser l'innovation sur **l'éducation thérapeutique du patient** en incluant notamment des recherches sur les **stratégies de réduction des risques et des dommages**.
- ◆ **Former et accompagner** les professionnels et les bénéficiaires dans l'accès à la stratégie numérique régionale afin de fluidifier la communication entre tous
- ◆ Favoriser la **compatibilité des systèmes d'information en santé** et l'échange entre les différents secteurs sanitaire, social et médico-social.
- ◆ Soutenir l'extension du **dossier partagé / dossier patient** à l'ensemble des champs de l'accompagnement
- ◆ Être en mesure de **repérer et faire connaître les pratiques innovantes territoriales, particulièrement dans les champs social et médico-social** afin de les élargir à l'entourage et de favoriser l'accès à tous aux innovations en santé.
- ◆ Développer l'innovation de manière transversale en **décloisonnant les secteurs** pour toucher un environnement le plus large possible

### Axe 4 : Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques sanitaires et de prévention

Trois thématiques principales ressortent de l'axe 4 qui sont les pairs aidants, la démocratie sanitaire et la formation croisée des professionnels et des personnes non professionnelles.

#### Accroître le rôle des représentants des usagers et des patients experts

Les pairs aidants n'ont pas encore leur place dans le système de santé alors qu'ils ont un savoir expérientiel complémentaire à celui des professionnels de santé. La notion de « pairs aidants » (*des personnes qui ont vécu et surmonté un problème de santé similaire peuvent apporter une expertise spécifique pour soutenir et accompagner leurs pairs*) est un outil central qui assure une médiation entre le système de santé et les personnes les plus éloignées de ce système.

#### Propositions :

- ◆ Renforcer le pouvoir d'agir des pairs aidants et prendre en compte, valoriser leur savoir expérientiel au sein des équipes
- ◆ Développer **l'accompagnement et l'aide aux aidants non professionnels** qui n'est pas abordé dans le Cadre d'Orientation Stratégique.
- ◆ Offrir une place aux pairs aidants au sein des équipes médicales, médico-sociales et sociales
- ◆ Former de manière croisée les professionnels et les pairs-aidants afin de coordonner leur action

### **Mieux mobiliser l'information en santé grâce au maillage de proximité**

La médecine est de plus en plus organisée en filières et en spécialités pour une offre de soins sans cesse plus performante. Cependant, les usagers ont dû mal à se retrouver parmi toutes ces spécialités, créant des ruptures dans leur parcours de santé ou des difficultés d'accès à certaines spécialités.

#### **Propositions :**

- ◆ **Réaffirmer la place du médecin traitant** dans l'entrée du parcours de santé (loi Santé) en prenant en compte les spécificités de démographie franciliennes et en soutenant les structures d'exercice collectif.
- ◆ Soutenir les projets et les initiatives de simplification du langage médical afin que l'outil de référence soit accessible à toutes et à tous, y compris ceux ne maîtrisant pas le français (traduction, utilisation de pictogrammes...) en évitant au maximum les sigles et le vocabulaire technique

### **Faire de santé.fr un outil de référence**

#### **Propositions :**

- ◆ **Simplifier le langage** afin que l'outil de référence soit accessible à toutes et à tous (dans la continuité du projet numéro 3)
- ◆ **Faire de santé.fr un outil du non-recours et du renoncement aux droits**

### **Développer le pouvoir d'agir et la participation aux politiques publiques**

Il est question ici non pas d'apporter de nouveaux savoirs techniques mais de travailler sur la posture, la place et le positionnement des professionnels. Une remarque est à apporter : le maillon le plus faible de la chaîne doit être une référence comme outil pédagogique.

#### **Propositions :**

- ◆ **Former l'ensemble des professionnels** du social, du médico-social et du sanitaire aux notions de démocratie sanitaire et de pouvoir d'agir

## **Axe 5 : La santé dans toutes les politiques**

Il est à rappeler que pour les fédérations, l'articulation des politiques publiques doit être transversale sur l'ensemble des axes du Projet Régional de Santé 2, pas uniquement développé dans cet actuel axe 5.

Les fédérations s'accordent pour dire que les propositions formulées par l'ARS comportent déjà un bon nombre de points importants mais qu'il demeure quelques axes majeurs à ajouter :

- L'articulation avec **l'éducation nationale**
- **L'amélioration de l'alimentation dans les structures collectives** (qualité gustative, lutte contre les gaspillages, lutte contre le surpoids et l'obésité)
- **L'incitation à la formation des professionnels de santé ET des intervenants sociaux** (cette question est absente du Cadre d'Orientation Stratégique).
- Les travailleurs sociaux se retrouvent confrontés à des **problématiques psychiques importantes des personnes logées** sans pouvoir apporter de solutions. Ils ont une

appréhension de la globalité des problématiques qu'elles rencontrent, notamment pour ceux qui interviennent dans le logement des personnes, ce qui permet d'alerter leurs partenaires des souffrances psychiques constatées et donc d'intervenir le plus tôt possible dans la situation.

- La promotion de la santé, la RDRD et l'accès aux soins pour les détenus
- Les études et les expérimentations (notamment le programme Housing First Europe) ont démontré que la mobilisation d'un **accompagnement intensif, flexible, individualisé pluridisciplinaire et plurisectoriel qui** est un facteur clé pour favoriser le maintien dans le logement et une stabilité dans le parcours de soins des personnes cumulant des problématiques sociales complexes incluant des troubles psychiques.

#### Propositions :

- ◆ Travailler en **partenariat avec l'éducation nationale**, particulièrement pour renforcer la scolarisation de l'enfant et de l'adolescent en situation de vulnérabilité (handicap, précarité, ...) et éviter les ruptures de parcours pour les enfants relevant des services de protection de l'enfance et ayant besoin d'une prise en charge médico-sociale en parallèle.
- ◆ Renforcer le **programme de prévention** à l'égard de tous les enfants et tous les jeunes
- ◆ Garantir des **solutions de scolarisation adaptées pour les élèves en situation de handicap**, notamment pour les situations complexes et les « jeunes sans solution »
- ◆ Recentrer la place de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie dans la médecine de droit commun en formant et en sensibilisant les acteurs de santé et le public sur sa nécessité.
- ◆ **Soutenir les projets de réutilisation des dispositifs médicaux** (fauteuils roulants, lits médicalisés...) dans une démarche d'économie circulaire afin d'éviter le gaspillage et de réduire les coûts pour les structures en évaluant au mieux les besoins des résidents.
- ◆ **Former les professionnels de santé et les intervenants sociaux dès leur formation initiale et développer la formation continue et croisée de territoire** afin de prendre en compte le maillage entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire, notamment sur la question des troubles psychiques associés.
- ◆ Sensibiliser, former et faire monter en compétence **les travailleurs sociaux et les intervenants éducatifs** sur les questions de santé, notamment sur le partage de données confidentielles.
- ◆ **Investir les instances locales de santé** (CLS –CLSM) pour travailler en partenariat (au niveau opérationnel) avec les acteurs issus des autres politiques et notamment de celle de l'hébergement, du logement d'insertion et du logement.
- ◆ Inciter au développement de dispositifs tels que « **un chez soi d'abord** »