

**2012**  
**2017**

## Préoccupations prioritaires et demandes de l'Uniopss

# Santé



[www.uniopss.asso.fr](http://www.uniopss.asso.fr)

UNIOPSS - 15, rue Albert - CS 21306 - 75214 Paris Cedex 13 - Tél. 01 53 36 35 00 - [uniopss@uniopss.asso.fr](mailto:uniopss@uniopss.asso.fr)



# Santé

*La santé est aujourd'hui entendue par tous dans l'acception large que lui a donnée l'Organisation Mondiale de la Santé : « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La restructuration du secteur, opérée par la loi Hôpital, patients, santé et territoires confirme cette approche sous un angle global sanitaire et médico-social. Ainsi, la politique de santé déployée en France tend à améliorer l'état de santé de nos concitoyens selon cette dimension, où facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux... sont étroitement intriqués. Les préoccupations prioritaires structurées autour de trois thématiques fortes – la prévention comme priorité, la reconnaissance du secteur à but privé non lucratif et la promotion de l'articulation des acteurs en santé – viendront enrichir les débats à venir et conforter une vision solidaire de la santé.*

## Les priorités de l'Uniopss

1. Favoriser l'intervention des équipes sanitaires en établissements sociaux et médico-sociaux
2. Instaurer un dispositif adapté de prévention scolaire, professionnelle et pour les personnes sans emploi
3. Aller vers une loi portant sur l'ensemble des addictions
4. Garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs et leur assurer transparence et visibilité sur les « règles du jeu »
5. Conforter le modèle « centre de santé » en particulier par un financement adapté

**Fiche 1** – Prévention : pourquoi attendre demain ?

**Fiche 2** – Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif

**Fiche 3** – Promouvoir le travail entre acteurs et l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et social

**Contact : Laurent Thévenin – [lthevenin@uniopss.asso.fr](mailto:lthevenin@uniopss.asso.fr)**

# Fiche 1 – Prévention : pourquoi attendre demain ?

## Situation actuelle

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) concernant la politique de santé ne contient que peu de dispositions sur le fond et concerne davantage les aspects organisationnels. La prévention et l'éducation à la santé, le sanitaire et le médico-social, rassemblés au sein des Agences régionales de santé (ARS) devraient favoriser, de par une gouvernance unique, une vision d'ensemble de la politique de santé, adaptée aux besoins des territoires régionaux. Cette globalisation de la politique de santé comporte une avancée et un risque. L'avancée, tout d'abord, se manifeste par l'intégration des politiques de prévention et de soin dans une même gestion dynamique, permettant enfin de sortir du clivage historique entre l'amont et l'aval des soins. Le risque étant que la priorité absolue continue d'être donnée au soin, la prévention demeurant le parent pauvre de la politique publique. L'examen des crédits alloués à l'un et l'autre atteste de ce risque. Et cela même si la loi prévoit que les crédits de l'ARS consacrés à la promotion de la santé, l'éducation à la santé, la prévention ne pourront être affectés au financement d'activités de soins et d'accompagnements médico-sociaux.

Chaque ARS aura adopté en 2011-2012, un schéma régional de prévention, outil au contenu très vaste puisqu'il concerne autant la sécurité sanitaire et la sécurité environnementale que la prévention et la promotion de la santé. On remarquera que le volet promotion de la santé prévu dans le projet de texte initial, a disparu pour être remplacé par la « prévention des facteurs de risque pour la santé » : une fondation devrait être créée à cet effet pour prendre en charge la promotion d'une alimentation équilibrée, des activités physiques et la lutte contre les pratiques addictives. Ces missions sont remplies aujourd'hui par l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (INPES) et l'on peut s'étonner de l'arrivée d'un nouvel intervenant, dont on ne connaît pas encore bien les missions, alors même que le projet de loi visait à simplifier et à rassembler.

À la satisfaction de l'Uniopss, il est précisé que le plan stratégique régional de santé – autre outil de l'ARS par lequel elle fixe les orientations et objectifs de santé pour la région – devra prévoir les articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Dans ce contexte, peut-être pourra-t-on dépasser les difficultés actuelles en permettant à la médecine scolaire de travailler davantage avec les médecins exerçant en pédopsychiatrie et dans le secteur médico-social. Le repérage des problématiques de santé ainsi que leur suivi médical en milieu scolaire et professionnel pourraient également s'en trouver améliorés. En parallèle, la négociation sur la médecine du travail a été ouverte avec les partenaires sociaux, sans pour l'heure déboucher ni intégrer réellement cette perspective.

En dehors de ces mesures structurelles, la loi HPST instaure une consultation de prévention annuelle pour les 16-25 ans, avec tiers payant, cette population étant souvent éloignée du dispositif de santé et ayant un comportement qualifié « à risque » sur le plan de la santé. Un effort particulier est en effet réalisé sur cette population, trop longtemps laissée pour compte des politiques sociales et de santé. En ce sens, le livre vert sur la jeunesse propose de doubler l'aide à la complémentaire santé pour les jeunes : une mesure destinée à limiter le reste à charge dans l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé. Cette mesure, si elle était adoptée, devrait cependant s'accompagner d'une réévaluation du niveau des garanties offertes par les complémentaires de santé dans ce cadre mais également de manière générale, celles-ci étant en effet assez limitées. Pour l'Uniopss, le relèvement du plafond de la CMU-C est la priorité.

## Problèmes posés

Hormis ces quelques dispositions, l'essentiel des mesures en matière de prévention devrait être défini de manière générale pour les cinq années à venir par une future loi de santé publique réformant celle de 2004. C'est du moins ce qu'avait annoncé en 2009 la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot-Narquin, justifiant ainsi le retrait des mesures de santé publique du projet de loi HPST. Pour bâtir ces plans et les programmes d'actions afférents, les services de l'État ont croisé de façon matricielle les priorités nationales issues des cent objectifs et des cinq plans stratégiques prioritaires, en tenant compte de leurs priorités locales. Exercice particulièrement complexe, avec une latitude d'action limitée tant les objectifs nationaux étaient nombreux. Resserrer les priorités au niveau national devrait être une des recommandations du Haut conseil.

Une approche régionalisée de la prévention représente une avancée importante car elle peut permettre une homogénéité des actions réalisées et une couverture efficiente des territoires, répondant au plus près aux besoins des populations. Les équipes ont compris l'intérêt de se regrouper pour limiter le morcellement du dispositif, tout en préservant la diversité des interventions, des savoir-faire, des partenariats. Mais cette réorganisation prend du temps, et doit être accompagnée, d'autant qu'elle se fait dans un contexte économique complexe. Elle ne peut, en outre, se limiter à l'appui d'un seul opérateur, car cela irait à l'encontre de la notion de territoires de santé introduite par la loi HPST, et de la prise en compte des spécificités locales ainsi que des besoins des populations qui y vivent. A ce titre, un fonctionnement réellement démocratique des instances de consultations, notamment des Conférences de territoires, est indispensable pour assurer une prise en compte effective des besoins et des initiatives de réponses.

## Demandes de l'Uniopss

La politique de santé publique doit irriguer l'ensemble des politiques des Agences régionales de santé et s'articuler avec les autres politiques publiques sur les territoires (conseil général, conseil régional, intercommunalité, politique du logement...). La prééminence ne doit pas être le soin mais bien une vision globale de la santé avec l'ensemble de ses composantes. Même au plan économique, la prévention est rentable pour réduire le coût des dépenses de santé. À ce titre, la prévention et l'éducation à la santé doivent avoir une place importante au sein des politiques des Agences régionales de santé. Pour les personnels de ces structures, cela implique une nouvelle façon de concevoir leur action.

La loi HPST développe très peu le contenu du schéma régional de prévention contrairement aux autres documents attendus de l'agence (schémas d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, programme pluriannuel régional de gestion du risque). En outre, l'articulation de ce schéma avec les autres schémas et programmes ainsi que la gestion de la période transitoire ne sont nullement précisées. La loi prévoit pourtant la suppression des anciens outils (SREPS ; PRSP) dont le champ et la fonction ne sauraient être couverts par le seul schéma régional de prévention. Il est donc particulièrement important de clarifier les évolutions à venir, d'autant que les priorités d'action ont été définies, souvent à marche forcée, en 2011 et début 2012.

- **Une réelle synergie autour de la santé scolaire et au travail (y compris pour les personnes sans emploi)**

Dans le nouveau cadre que constituent la mise en place des ARS et les articulations qu'elles suscitent avec les autorités compétentes, l'Uniopss réaffirme son positionnement en faveur d'un réel effort d'amélioration et de promotion des dispositifs de la santé scolaire et de la santé au travail. Cette évolution passe par un renforcement des dispositifs actuellement en souffrance mais également par une meilleure articulation avec la médecine ambulatoire et hospitalière. Les consultations réalisées doivent être suivies d'effets, de relais avec le médecin traitant.

- **En parallèle, l'Uniopss réitère sa proposition d'instaurer un dispositif adapté de prévention pour les personnes sans emploi**

Il est en effet nécessaire de mettre en place, pour ces personnes, un suivi en matière de santé, l'état de santé étant un déterminant majeur pour la reprise d'une activité et pour l'accès à l'emploi. Le livre vert sur la jeunesse propose ainsi une consultation pour les jeunes qui accèderont à un emploi. Cela devrait être organisé plus généralement pour tout actif se trouvant en recherche d'emploi.

- **Valoriser la prévention dans la pratique quotidienne des professionnels de santé en sortant de l'unique financement à l'acte et en développant la formation**

- **Porter une attention particulière aux addictions**

Les conduites addictives, avec ou sans substances, constituent, en France comme dans beaucoup de pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples et pluridimensionnels, sanitaires, médicaux, sociaux. Elles comptent parmi les principaux facteurs déterminant de santé et sont l'une des principales causes de mortalité prématurée. Face à l'augmentation des usages problématiques et/ou pathologiques associant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques, face à des polyconsommations de plus en plus nombreuses et complexes, et au regard de la précarité d'une majorité d'usagers, il est nécessaire d'élaborer des stratégies d'intervention adaptées, globales et coordonnées, qui vont de la prévention aux soins.

Les budgets consacrés à la prévention des addictions sont pourtant depuis trois ans en constante diminution.

À ce titre, nous demandons prioritairement :

- un plan et une programmation au niveau national sur la prévention et l'éducation préventive concernant les addictions ;
- l'établissement de conventions pluriannuelles et les moyens d'évaluer dans la durée l'impact des actions menées ;
- que les addictions deviennent une priorité pour chacune des ARS. Aujourd'hui, seules six d'entre elles ont isolé le sujet comme une thématique prioritaire ;
- la remise en place de la Commission Addictions.

### **Aller vers une loi portant sur l'ensemble des addictions**

La loi de 1970 sur la répression des usages et du trafic de stupéfiants est obsolète : elle stigmatise l'usager de drogues plus qu'elle ne facilite son accès aux soins ; elle ne prend pas en compte la réalité des comportements addictifs et le fait qu'alcool et tabac sont à l'origine de plus de cent mille morts prématurées chaque année.

Cette nouvelle loi ne peut qu'être centrée sur l'ensemble des conduites addictives, problématiques et pathologiques, avec et sans produit. Elle définira les différents niveaux d'intervention de la société pour éduquer, protéger, intervenir précocement, soigner, réinsérer et contrôler, puis sera déclinée et adaptée selon les produits et comportements addictifs.

À ce titre, nous souhaitons:

- structurer le dispositif de prévention en lui donnant des objectifs cohérents et conforter ses moyens, au même titre que le soin et la réduction des risques ;
- réduire les risques et diminuer les dommages ;
- diminuer les inégalités d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ;
- ne plus stigmatiser les usagers.

Les actions de prévention concernent en priorité les publics les plus vulnérables, comme la réduction des risques, le soin et l'accompagnement.

## Fiche 2 – Reconnaître l'originalité de l'accompagnement et la plus-value sociale du secteur privé non lucratif

### Situation actuelle

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) et les évolutions récentes confortent une vision concurrentielle entre les différents prestataires de services.

La dernière décennie a confirmé le caractère économique des services de santé (même si la notion est parfois encore discutée au plan européen) et des services sociaux (avec une directive service qui vise à développer l'offre de services au sein de l'espace européen et n'exclut de son champ les services sociaux que de manière limitée). Ces services ont vu aussi un affaiblissement de leur caractère de service public et tous les acteurs ont tendance à être placés sur un pied d'égalité. Toute entorse à ce principe doit être strictement justifiée que ce soit dans le financement ou dans les modes de régulation. La loi HPST épouse cette conception née de l'impératif communautaire de libre échange (libre prestation de service et libre établissement) et de libre concurrence qui est confortée sur notre territoire national par une vision selon laquelle les situations de concurrence entre opérateurs entraînent une saine émulation.

Ainsi, pour les établissements de santé, les missions de service public, au nombre de quatorze, peuvent être scindées et tous les établissements de santé, quel que soit leur statut (public, privé non lucratif, privé lucratif) ont la possibilité de choisir d'en exercer une ou plusieurs. La procédure de choix des missions reste encore obscure : on ne sait pas exactement comment elles seront réparties entre les établissements.

Le développement des offres et leur création, notamment par le secteur privé lucratif doivent être soumis aux instances consultatives telles que les Conférences Régionales Santé et Autonomie (CRSA) et les Conférences de Territoires.

Le statut PSPH (participant au service public hospitalier) propre aux établissements privés à but non lucratif a disparu ; tout établissement pouvant « participer au SPH » au terme d'une période alignée sur celle du processus de convergence tarifaire, soit fin 2018, en l'état actuel des derniers textes. La transition est importante étant donné l'ampleur des enjeux de recomposition du paysage hospitalier. Cela est d'autant plus vrai que les établissements publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ne sont pas assurés de conserver leurs missions actuelles de service public.

Comme l'avaient demandé les organisations représentant les établissements privés à but non lucratif, la notion d'ESPIC est en revanche reconnue par la loi. Elle concerne les centres de lutte contre le cancer, les établissements anciennement sous statut PSPH (sauf opposition de leur part) et tout établissement de santé privé à but non lucratif qui en fait la déclaration. Ces établissements sont ainsi qualifiés car un certain nombre d'obligations s'imposent à eux : l'égal accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou du moins l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution. Ils doivent respecter les tarifs administrés de la Sécurité sociale et proposer le tiers payant.

Point positif, les établissements ESPIC et ceux qui avaient opté pour la dotation globale peuvent recourir à des professionnels de santé libéraux, ce qu'ils ne pouvaient pas faire auparavant. Ils y sont « admis » par le directeur de l'ARS. Les professionnels sont rémunérés par l'établissement sur la base des tarifs des libéraux, déduction faite d'une redevance. Cette avancée en termes de coopération entre établissements et professionnels libéraux ouvre une réelle perspective pour les établissements sur certains postes plus difficiles à être pourvus autrement.

## Problèmes posés

Sur le versant social et médico-social, la loi HPST opère également des changements importants dans le sens d'une plus grande concurrence entre acteurs. Les autorisations de création, de transformation ou d'extension d'établissements, de services et de lieux de vie et d'accueil sollicitant des fonds publics, sont délivrées à l'issue d'un appel à projet, dont le cahier des charges est déterminé par l'autorité administrative. Pour les parlementaires, il s'agit d'assurer « une mise en concurrence sincère, loyale et équitable ». Pourtant, pour le secteur à but non lucratif de solidarité, notamment pour les petites associations, ces appels à projets sont très contraignants : la difficulté des gestionnaires associatifs pour constituer des dossiers complets d'appel à projets, garantissant une mise en œuvre effective de leurs projets avant leur passage devant la commission de sélection, est réelle. Ainsi, des documents précisant l'existence de locaux, leur agencement, sont autant de critères précis qui ne peuvent que rarement et difficilement être fournis par les associations dont le projet n'est pas encore validé. Pour les projets innovants ou expérimentaux, le cahier des charges sera allégé. Toutefois, à la demande de l'Uniopss, les parlementaires ont écarté l'utilisation de la procédure d'appel à projet pour le renouvellement d'autorisation. La loi impose par ailleurs la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour certains gestionnaires.

## Demandes de l'Uniopss

- **Garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs et leur assurer transparence et visibilité sur les « règles du jeu »**

Alors que la loi HPST réforme les conditions de l'exercice hospitalier en introduisant une plus grande convergence dans les missions et les modes de régulation entre les acteurs quel que soit leur statut, l'Uniopss tient à rappeler la nécessité de garantir l'égalité de traitement des hôpitaux privés non lucratifs. Cette demande, portée depuis 2006, concernant l'existence d'un différentiel de charges reconnu et objectivé depuis par l'IGAS, n'a pas été suivie. Pourtant, les établissements de santé de court séjour tarifés à l'activité sont actuellement engagés dans un processus de convergence tarifaire qui devrait tenir compte des différents facteurs de différenciation dans l'élaboration des coûts.

Dans ce cadre de tarification à l'activité, la lisibilité sur la construction des tarifs fait toujours défaut et les conditions de la campagne budgétaire diffèrent d'une année sur l'autre. En outre, si la multiplication des enveloppes fléchées (sous la forme de financements pour les missions d'intérêt général) trouve sa justification dans une amélioration de la rémunération de certaines missions et prises en charge qui sans cela auraient été délaissées (prise en charge hospitalière des personnes en situation de précarité par exemple), ces crédits fléchés viennent néanmoins en déduction du montant des tarifs et autres forfaits. L'enveloppe globale ne peut en effet progresser chaque année que de manière limitée. Ainsi, si au niveau macroéconomique on note une progression de l'Ondam hospitalier, au niveau des établissements, nombreux sont ceux qui constatent que leur financement stagne, voire baisse, rien qu'en prenant en compte l'inflation et le « glissement vieillesse technicité ».

- **Stabiliser le financement des associations de prévention et d'éducation à la santé**

Alors que la loi HPST fête prochainement ses trois ans d'existence, l'Uniopss tient à rappeler la nécessité d'apporter des financements stabilisés pour les associations de santé publique. Cela passe par la mise en place d'un financement plus structurel et pluriannuel du projet global des associations, qui compléterait le financement de l'action ponctuelle destinée à s'inscrire dans les priorités régionales de santé publique.

En outre, les conditions dans lesquelles est menée cette action ponctuelle ne doivent pas obliger à un formalisme exagéré qui demanderait un temps et un investissement sans commune mesure avec le sens et le contenu de l'action.

- **Conforter le modèle « centre de santé » en particulier par un financement adapté**

Les centres de santé, acteurs à part entière de la santé, doivent être considérés comme tels et être traités à tous les niveaux à égalité de droits et de devoirs avec les autres offreurs de soins. La reconnaissance de leurs actions sur les territoires doit conduire à un légitime accompagnement à la mesure des missions d'intérêt général qu'ils assument.

La vocation d'accès aux soins des centres de santé est pleinement reconnue par la loi HPST. Le débat au Parlement a en effet permis d'inscrire ces établissements dans le Schéma régional de l'organisation des soins (SROS), nouveauté importante qui témoigne de la volonté de planifier l'offre de soins dits « de ville ». Avec les aménagements apportés par cette loi qui les reconnaît comme des structures de santé de proximité, dispensant principalement des soins de premier recours, ces centres font valoir au quotidien la plus value de leur action, désormais incarnée par un projet de santé : accessibilité sociale, coordination des soins, actions de santé publique. Ils peuvent négocier un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de santé. Ils sont gérés par des organismes publics et non lucratifs, ce qui confirme leur mission d'intérêt général.

Ces orientations et cette volonté politique nécessitent toutefois d'être confortées par la pratique, en particulier au niveau du financement insuffisant et inadapté à leur mission.

Le financement des centres de santé est en effet assis sur l'acte de soins et ne permet pas de couvrir la prise en charge sociale, les fonctions support (comptabilité), la gestion du tiers payant généralisé et même les actes en série : on note en effet une décote de 50 % au second acte, et à partir du troisième au cours d'une même séance, l'acte n'est plus rémunéré. Ainsi, il est important de prendre acte de la volonté des gestionnaires de moderniser et faire évoluer le cadre conventionnel des centres de santé, au juste niveau de leurs pratiques et du souci de leur développement. Les centres de santé doivent obtenir les moyens de leur pleine implication dans la modernisation du premier recours aux soins, de son accès, et de la prise en charge des patients dans des services de santé qui assurent coordination et pluridisciplinarité.

- **Permettre d'autres modalités que le recours systématique à la formule de l'appel à projet**

Dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST, l'Uniopss s'était positionnée contre le recours systématique à la formule de l'appel à projet en ce qu'elle compromettrait la diversité des réponses mises en œuvre sur le terrain. Les cahiers des charges risquent en effet de reproduire les réponses déjà connues des décideurs et de faire l'impasse sur des projets différents et innovants. Cette démarche très dirigiste s'oppose à ce qui a fait la force du secteur social et médicosocial : l'initiative associative.

L'Uniopss a proposé de limiter le recours à l'appel à projet aux cas où, sur un territoire, des besoins de la population ne sont pas satisfaits et où aucun promoteur ne se positionne pour y répondre.

Pour l'heure, il ne faudrait pas que les autorités s'emparent de cette modalité de sélection des projets pour imposer le respect de coûts standards ou des coûts les plus bas possibles, ce qui ne favorise ni la professionnalisation, ni la qualification des intervenants. Certaines dispositions contredisent la construction historique du secteur privé à but non lucratif et son essence. En effet, historiquement, le secteur social et médico-social s'est construit à partir d'initiatives d'acteurs de terrain ayant une expertise fine des besoins sur un territoire. Détectant des attentes non satisfaites de la population, ils se proposaient d'y répondre en cherchant le soutien, notamment financier, des collectivités publiques et organismes de Sécurité sociale. La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales et

la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ont respecté cette démarche ascendante. Certes, elle a dû se combiner avec le temps avec une démarche descendante, issue des schémas d'organisation sociale et médico-sociale et des Priac, par lesquels la puissance publique affiche ses priorités en matière de création, de transformation ou d'extension d'équipements sociaux et médico-sociaux. En outre, la création des fenêtres de dépôt d'autorisation a doté les décideurs publics d'un outil de comparaison entre les projets de même nature déposés à un moment donné. Il semble essentiel que dans le cahier des charges des appels à projets, les critères fondés sur l'expertise locale et l'ancrage territorial (partenariat et/ou coopération déjà existants...) soient pris en compte de manière significative afin d'attribuer les projets à des fédérations ayant une connaissance fine des besoins à prendre en compte sur le territoire.

- **Développer de véritables conventions dans la relation associations/pouvoirs publics**

L'Uniopss est favorable à la mise en place, dans certaines conditions, de « véritables » conventions entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des gestionnaires. Dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST, elle s'est positionnée en désaccord avec les dispositions de cette loi qui imposent aux gestionnaires ayant des établissements et services médico-sociaux de conclure un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). L'Uniopss défend le principe de volontariat et le respect du temps de la négociation, base d'un dialogue sain et d'un vrai partenariat. Une telle négociation suppose un accord entre les parties sur les objectifs à atteindre et les moyens à mobiliser à cet effet. En l'espèce, en imposant au gestionnaire de conclure un Contrat d'objectifs et de moyens, la disposition envisagée déséquilibre encore davantage la relation entre le gestionnaire et la puissance publique, en pénalisant le premier.

## Fiche 3 – Promouvoir le travail entre acteurs et l’articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social et social

### Situation actuelle

Différentes mesures prises ces dernières années ont multiplié les dispositifs de coordination sur des publics particuliers voire des pathologies. En matière gériatrique, coexistent ainsi les Centres locaux d’information et de coordination (CLIC), les réseaux gériatriques, les case managers... et, dernières en date, les MAIA (Maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades Alzheimer). Ces dernières labellisent une coordination comme guichet unique pour les personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer et de pathologies apparentées. L’intérêt de leur démarche est de partir de l’existant plutôt que de recréer un dispositif de plus.

Après un engouement certain, les réseaux de santé, instruments phare de la coopération entre professionnels, ont fait l’objet de vives critiques au regard notamment de leur efficacité. Leur portage politique s’est également révélé très insuffisant. Leur modèle d’évaluation et de financement souffre d’ailleurs d’un manque de stabilité.

La coopération des professionnels est pourtant une nécessité si l’on vise une prise en charge globale et sans rupture de la personne. En particulier, la dimension sociale ne peut être dissociée de l’état de santé de la personne. Rappelons un seul chiffre : les patients suivis dans le cadre des urgences sanitaires rencontrent pour 30 % d’entre eux des problèmes sociaux, et les publics suivis dans le cadre des urgences sociales souffrent fréquemment de problèmes de santé. Ce cloisonnement des actions et interventions des acteurs du secteur médico-social et social entre ses différents champs (handicap, petite enfance, lutte contre l’exclusion, dépendance des personnes âgées) est délétère à l’organisation d’un itinéraire fluide et cohérent, adapté à la singularité d’un parcours de vie. L’articulation entre les champs sociaux et médico-sociaux est complexe mais elle doit s’inscrire dans le cadre plus large que représente celui de la santé. Pour autant, les difficultés s’accroissent lorsqu’une personne accompagnée dans un des champs du secteur social ou médico-social doit bénéficier de soins « sanitaires ». Par exemple, les personnes en situation de handicap ont besoin, dans le cadre de leur accompagnement, de soins sanitaires, et inversement, le secteur sanitaire prend en charge des personnes en situation de handicap qui ont besoin d’un accompagnement adapté à la réalisation de leur projet de vie.

En matière de diversité de l’offre, le secteur de l’aide et des soins à domicile a fait l’objet d’un investissement important sur ces dernières années : développement de l’hospitalisation à domicile (HAD) qui peut désormais intervenir en établissement pour personnes âgées et prochainement en établissement pour personnes handicapées, plans successifs de développement des services à la personne... L’aide et le soin à domicile sont ainsi fortement promus et la problématique du maintien et du retour à domicile tend à être intégrée dans l’ensemble des réflexions menées. Pour exemple, en soins de suite et de réadaptation, lors de la réforme des autorisations pour cette activité, l’aval du service de soins et de réadaptation (SSR) et le retour à domicile ont fait l’objet d’une attention particulière. Le retour à domicile fait ainsi partie intégrante de la mission des SSR.

### Problèmes posés

Le bilan n’est toutefois pas aussi positif sur l’ensemble du champ. L’une des recommandations du Haut conseil de la santé publique formulée dans le cadre de l’évaluation du plan cancer (2003-2007) faisait ainsi état de la carence de ce plan sur la sortie du patient, en particulier par rapport au soutien social :

il ferait défaut pour les malades « à risque social » (isolement, difficultés économiques, difficultés domestiques...) et n'intégrerait pas assez la dimension du retour à l'emploi. Le Haut conseil préconise à cette fin la mise en place d'équipes mobiles d'accompagnement social. Cette équipe référente pourrait suivre et orienter les personnes en difficulté vers les dispositifs existants et les organismes compétents. L'Uniopss déplore l'absence de prise en compte de cette mesure.

Dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires, la coopération entre professionnels et structures est largement prônée. La loi HPST identifie la nécessité d'une coopération entre les acteurs du système de santé et d'action médico-sociale comme une priorité. Pour parvenir à coordonner les interventions sanitaires et médico-sociales, un fonds d'intervention régional (FIR) fut créé par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2012. Cette enveloppe budgétaire dont les crédits proviennent d'une fraction des crédits de prévention, destinée au financement du SRP et d'une fraction des avantages sociaux des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, ne comportera pas pour l'année 2012, dans le respect du principe de fongibilité asymétrique, de crédit en provenance des sous-Ondam médico-sociaux.

Afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population, compte tenu des enjeux liés à la démographie et à la transition épidémiologique, la loi HPST entend développer la coopération entre professionnels de santé. Concrètement, elle prévoit d'étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé, en sortant celles-ci du cadre expérimental qui a cours, c'est-à-dire d'autoriser plus largement les transferts d'activité ou d'actes de soins. Par ailleurs, les glissements d'activités justifient un besoin d'adaptation des formations sanitaires et sociales.

Les Agences régionales de santé ont ainsi pour mission de préciser ces coopérations entre structures de santé, structures médico-sociales et avec les professionnels de santé.

En outre, les soins palliatifs ont été affirmés comme un des pans de la prise en charge au titre des missions de service public. Le rôle du médecin généraliste de premier recours a été consacré et celui des centres de santé reconnu en tant qu'offre de soins de premier recours et mode d'exercice favorisant une coordination des soins.

Pourtant, des barrières historiques, d'autres culturelles, organisationnelles et économiques font obstacles à la coordination des secteurs sanitaires sociaux et médico-sociaux.

Le secteur médico-social s'est construit en opposition au secteur sanitaire. Au siècle dernier, les personnes en situation de handicap vivaient dans des hospices puis, sous l'impulsion du secteur social et médico-social, ces secteurs se sont différenciés pour s'éloigner de la logique du secteur sanitaire et permettre aux personnes handicapées d'être dans une dynamique d'accompagnement et de participation. Cette construction historique doit aujourd'hui être re-questionnée afin d'organiser des passerelles entre ces deux entités qui ne se connaissent que très peu. Au niveau régional, il existe des méconnaissances des équipes soignantes de ce qui peut être fait par une équipe d'accompagnement médico-social. À l'inverse, les équipes médico-sociales ont parfois tendance à projeter une vision restreinte sur la capacité des équipes soignantes à prendre en compte la dimension complète de la personne, approche indispensable pour une aide à la réalisation d'un projet de vie.

Très souvent, les médecins libéraux ont une méconnaissance majeure de l'offre médico-sociale. Cette situation entraîne de facto, des orientations inappropriées qui se traduisent bien souvent par des renvois des patients vers l'hôpital, au motif que ce dernier réglera et organisera la question d'un parcours médico-social. L'insuffisance de coopération de la part de ces professionnels de la santé doit être remise dans un contexte d'absence de formation initiale et continue aux thématiques de l'action sociale. De plus, le mode de paiement de la médecine libérale, sans incitation pour organiser un parcours de soins, ne favorise ni la coordination des interventions, ni la coopération avec d'autres acteurs du secteur médical, social et médico-social.

## Demandes de l'Uniopss

- **Développement de l'offre : intensifier les efforts**

Au regard des besoins et de l'état de l'offre, toujours lacunaires sur certains pans, il s'agit d'intensifier l'effort réalisé pour développer des réponses appropriées, permettant d'assurer une couverture satisfaisante du territoire national : soins palliatifs, appartements de coordination thérapeutique, accueils de jour, accueils temporaires, lits halte soins santé (lesquels ne doivent d'ailleurs pas être conçus comme des lits hospitaliers au rabais)...

- **Favoriser l'intervention des équipes sanitaires en établissements sociaux et médico-sociaux**

Pour l'Uniopss, l'objectif est de favoriser la sortie des équipes hospitalières au domicile de la personne mais également en établissement, l'établissement constituant alors le domicile de la personne (qu'elle soit âgée, handicapée ou en situation de précarité...). L'HAD a désormais la possibilité d'intervenir en établissement d'hébergement pour personnes âgées et prochainement, ces services pourront intervenir en établissement pour les personnes handicapées et autres établissements médico-sociaux. Cette extension de l'intervention de l'HAD doit servir de modèle à l'impulsion d'une palette d'offres à l'attention des personnes en situation de fragilité, accompagnées en établissement et souffrant d'une restriction dans leur accès aux soins. Il faut aller plus loin, en facilitant l'offre de santé accessible en établissements : prévention, éducation thérapeutique, intervention de médecins spécialistes, réseau de santé. Ainsi, ce serait l'ensemble des services de santé intervenant au domicile des usagers/patients qui serait logiquement disponible en établissements.

Il s'agit également de promouvoir l'effectivité des missions des équipes mobiles gériatriques, de psychiatrie et pédopsychiatrie, de soins palliatifs, de prise en charge de la douleur..., afin qu'elles puissent intervenir en coopération avec les établissements et services médico-sociaux. Les moyens de ces établissements leur permettent rarement de développer de telles prises en charges. En effet, comment des établissements peuvent-ils développer une politique de soins palliatifs s'ils n'ont pas une présence infirmière constante ?

Il faudrait ainsi que les Ehpad puissent bénéficier d'un temps de médecin coordonnateur suffisant pour que ce dernier puisse faire face à ses missions et assurer le lien avec le médecin traitant ainsi que la sensibilisation des autres intervenants extérieurs.

- **Encourager les coopérations nées de la volonté des acteurs de terrain**

Les rapprochements et coopérations entre acteurs sont d'autant mieux réussis et vécus qu'ils sont l'initiative des acteurs eux-mêmes. Ces processus de travail en commun voire de mutualisation de certaines fonctions ont besoin d'être mûris et intégrés.

Les coopérations – dans leur version plus ou moins intégrative suivant ce qui est partagé et mis en commun – doivent être encouragées mais ne sauraient, selon l'Uniopss, être imposées.

La loi HPST multiplie les incitations (incitations financières à la création de groupements de coopération sanitaire par exemple). De l'incitation à l'obligation, la frontière est parfois ténue. Or, pour les associations qui ont mis en place et gèrent la réponse à un besoin non satisfait par la seule puissance publique, se voir imposer une coopération, une mutualisation de fonction voire des regroupements pose la question de l'autonomie de décision propre à toute personne morale de droit privé.

Pour l'Uniopss, si les coopérations sont indispensables et les mutualisations, rapprochements et regroupements parfois nécessaires, il ne s'agit nullement de se tromper d'objectif en les imposant et d'attendre de ce processus une simplification à outrance du paysage avec une certaine normalisation de la réponse apportée et, in fine, une concentration des structures.

