



## CONTRIBUTION LOUIS-JEAN CALLOC'H

# EGALITE D'ACCES AUX SOINS EN TERRITOIRES

## ETAT DES LIEUX EN BRETAGNE

Les indicateurs de santé sont orientés vers les cancers, les maladies C-V, les troubles de santé mentale, les addictions...

Des inégalités existent entre les territoires, villes et campagnes, entre est, centre, ouest. Le vieillissement des populations, comme en d'autres provinces, s'impose durablement. Cependant l'offre sanitaire et médico-sociale en Bretagne est proche de la moyenne nationale.

## LES PRECARITES

-1- Les plus connues, type « SDF », sont traitées par une veille sociale (SIAO), par le samu-social, par des accueils de jour, des équipes mobiles, avec des réseaux partenaires (Expie/35 le 115, C-D, villes, Rennes-Métropole, CHU, CHSP, H1V, SIAO, Abbé Pierre ...). Demeurent, marginaux au sanitaire, les dossiers récurrents : hébergement, insertion, scolarité, précarité des jeunes, remise à la rue

-2- Les plus récentes, celles où le « reste pour vivre » (juste au-dessus des plafonds de la CMU) est trop bas : ce phénomène du maintien de l'insertion sociale au détriment des soins est loin d'être marginal aux yeux des acteurs : C-D, CPAM, MSA, Mutualités, RSI, CCAS, ARS, Hôpitaux,.... Le problème ici est celui du « repérage précoce de ces renonçants », par des acteurs de terrain formés aux entretiens, aux analyses sociales personnalisées, en lien avec la PFIDASS. Mais aussi celui de la « guidance », par les professionnels de santé ayant reçu informations et formations (volontariat à préciser/URPS), vers les réseaux de soins et les institutions proches.

La stratégie des « guichets intégrés » de proximité est légitime et licite (CCAS, Associations, C-D, CPAM, CARSAT, CAF, Mutuelles ...) d'autant qu'internet permet de disséminer ces « guichets ». L'analyse des offres et méthodes, devra se coordonner avec les professionnels de santé et du médico-social par des formations aux détections, orientations, parcours de soins, ouvertures des droits, aides financières, voir au pilotage de nouveaux projets dans les territoires ou Bassin de Proximité de Santé (BPS).

## DROITS AUX EXPERIMENTATIONS

Dans le cadre d'appels à projets, l'ARS, elle-même « labellisée » par le Préfet de Région,

pourrait promouvoir des projets Médico-Sociaux adaptés aux BPS. En lien avec l'URPS, la Mutualité, les CPAM, les Assureurs, ces projets pourraient déjà porter sur le diagnostic et la guidance des potentielles exclusions, sur la prévention et le bien-être en vie privée et au travail, sur le droit des Associations dans le cadre du maintien à domicile, sur la communication d'optimisations des parcours « Prévention-Soins ». La Loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) du 28/12/15 offre une opportunité d'expérimentations pour les plus de 60 ans, mais des extensions pourraient être à prévoir. Dès à présent il faut donc suivre la mise en place des CPOM, des SAAD, des « Maisons de Service au Public » et soutenir le développement des « guichets intégrés » forts de leurs 7 partenaires opérateurs nationaux. Ouvrir, avec les professionnels de Santé, des réflexions d'accompagnements sur de nouveaux métiers. Exemples : les gestionnaires de cas deviennent les interlocuteurs directs de proximité des patients, les agents d'accueil assument « éthiques et multifonctions » sur des bornes d'accueil aux interopérabilités accélérées (entre CPAM, MSA, CARSAT, RSI, PFIDASS,..), les prestataires médico-sociaux délivrent des services toujours plus individualisés et validés. Idem pour les stockeurs d'informations médico-sociales partageables, les conseils en télétransmissions, en télésurveillances, en « médiation numérique » au profit des aidants, pour les conseils en innovations sociales du « régime général » et des « régleurs » et pour les référents en entrepreneuriat social.

#### PRINCIPALES LOIS ET ORDONNANCES

- Loi HPST du 21/07/2009 : portant création des ARS pour une gouvernance en Régions des préventions, actions locales, soins, compte tenu des offres et demandes.

- Loi ASV, du 28/12/2015, d'Adaptation de la Société au Vieillissement.

Titre I : anticipation de la perte d'autonomie. Chapitre 1 : accès aux aides techniques et aux actions collectives de préventions, avec la création des conférences départementales des financeurs de la prévention. Chapitre 3 : lutte contre l'isolement et le financement par la CN Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), de la formation de bénévoles du lien social, de l'accompagnement des proches aidants, des personnels administratifs des soins à domicile.

Titre II : adaptation de la Société au vieillissement. Chapitre 2 : des habitats collectifs pour personnes âgées et revalorisations/SAAD, et Art 10 logements-foyers, « résidences autonomie ». Chapitre 4 : droits et protections des personnes âgées, et Art 27 : droits et libertés garantis aux personnes âgées dans les ESSMS.

Titre III: accompagnement de la perte d'autonomie, Art 41 : réforme de l'Allocation Personnalisée Autonomie ; Art 55 : fléchage de la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA/CNSA). Cette « pédagogique » Loi ASV pourrait se concevoir comme un « papier collé » de ce qui devient souhaitable en recherches, préventions, accès égalitaires aux soins, bien-être, même pour tous les âges.

#### EXPERIMENTATIONS ENVISAGEABLES ?

Partir des défis d'accompagnements des plus de 60 ans, en retenant que « Santé et Bien-Etre » vont devenir des déterminants d'attractivités des territoires et que le secteur de « l'Economie de Santé » sera créateur d'emplois, de formations, de recherches. Si actuellement les cotisations sociales par retenues sur salaires semblent gêner la compétitivité des entreprises (alors même que la dette sociale collective et que le reste à charge individuel augmentent)

pourquoi ne pas proposer, aux acteurs en territoires, d'autres recettes plus fiscalisées, en recherches, en « bien-être-confort-environnement », sur des projets entrepreneuriaux partagés.

Des réalisations devraient s'amplifier. Ainsi la CNAM et ses Caisses, lancent déjà les projets PRADO de facilitations des retours à domicile en orthopédie et insuffisance cardiaque: les études leur ayant dénoncé des risques de complications ou de récives. Les Contrats de Plans en Régions 2015-2020 devraient permettre la mise en œuvre de stratégies cohérentes et réglementées par l'aménagement du numérique (SCORAN). Sur des thématiques de « Santé/Bien-Etre » l'ARS, dans des appels à projets dans le cadre de l'ORDAM (ventilation d'Objectif. Régx. Déps. Ass. Mdie), et de la Loi constitutionnelle du 28/03/2003 (Art 37-1) sur la Décentralisation (Loi NOTRe et HATVP/2012), devrait rendre toujours plus participatifs les territoires. Valorisons ainsi l'implication des usagers, élus, professionnels de santé, travailleurs médico-sociaux, entreprises (RSE). Profitant des nouvelles lois, des synergies se mettront sans doute en œuvre entre : les Maisons de Services au Public (MSP), les guichets intégrés, les gestionnaires de cas des MAIA, les opérateurs du médico-social (CARSAT, CPAM, CRSA, CRESS, CLIC, CODEM, CRSA, ARACT, PFIDASS, MUTUELLES,...). Les techniques nouvelles de l'informatique, par leurs adaptations ciblées, devraient permettre ces interopérabilités au profit des territoires. De même, des professionnels de Santé et du Médico-Social, formés à la généralisation des outils numériques, permettront la lisibilité, l'optimisation des parcours et la « guidance » de proximité. Sans omettre d'intégrer au mieux les usagers dans la construction de cette offre territoriale. Sortir du millefeuille administratif serait d'abord définir les BSP, nouveaux Territoires-Santé-Prévention, actionnés par leurs comités locaux d'effecteurs, en lien avec le comité régional de pilotage.