

## II.3. Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)

Les champs couverts par le SROMS sont traités dans les thématiques transversales.

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) prend place au sein d'une politique de santé profondément renouvelée par la loi HPST, en ce qu'elle intègre désormais les soins, mais aussi la prévention et la prise en charge médico-sociale. Le pilotage de la politique de santé s'exerce maintenant au niveau régional, l'un des enjeux pour les ARS étant d'assurer une continuité dans la prise en charge sanitaire, médico-sociale et préventive de chaque lorrain. Sur le champ de compétence partagé du médico-social, il conviendra d'agir en cohérence avec les collectivités territoriales.

L'élaboration d'un Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale, intégré au Projet Régional de Santé, constitue une démarche forte, innovante, et stratégique.

L'objectif est d'agir sur l'organisation médico-sociale de toute une région, en rendant lisibles toutes les ressources, en optimisant l'existant, en coordonnant les compétences, en favorisant les initiatives pour améliorer la qualité de vie de la population concernée. Ce public fragile par essence, nécessite des réponses adaptées et individualisées tout au long de son parcours de vie.

Le périmètre particulièrement large concerne à la fois les personnes âgées lorsqu'elles sont confrontées à une perte d'autonomie, plus fréquente avec le vieillissement, les personnes handicapées, et les personnes confrontées à des difficultés spécifiques telles que précarité et addictions. L'enjeu est commun à tous : favoriser l'autonomie tout au long de la vie.

**Il s'agit là d'une des quatre priorités retenues lors de l'élaboration du PSRS en Lorraine : « maintenir et développer l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ».**

Certains leviers d'action multiples sont maîtrisés en propre par l'ARS, d'autres sont partagés avec les conseils généraux ou avec d'autres acteurs des politiques publiques de l'Etat (logement, éducation, emploi, par exemple...).

Le secteur médico-social est en mutation, avec des outils nouveaux, tant juridiques -l'appel à projet - que financiers (convergence tarifaire, réforme de la tarification des EHPAD et des SSIAD, enveloppes anticipées) et d'autres chantiers encore à venir : évolution de la tarification des établissements pour personnes handicapées, financement de la dépendance, modernisation du secteur du travail protégé...

Le SROMS, s'il est d'abord un schéma de mutation du secteur vers une meilleure organisation et la prise en compte des nouvelles aspirations de vie de la population, est aussi un instrument de poursuite du développement des services, au travers des plans nationaux, ce qui le différencie du Schéma Régional d'Organisation des Soins.

Le SROMS concerne une population à la fois vulnérable et croissante, tant en raison de la démographie que de la précarisation d'une partie de la société.

Il a vocation à suivre les personnes tout au long de leur **parcours de vie et de soins**, dans une interaction constante entre les individus et leur environnement.

Il est porteur **d'enjeux économiques forts**, par la part croissante de la population concernée et doit traduire un souci d'efficacité, indispensable dans le contexte actuel. Le rôle de l'ARS sera donc d'impulser des actions de réorganisation et de mutualisation de l'offre de services dans le cadre de ce

schéma. Et ce d'autant que tout progrès dans le domaine médico-social, en permettant une plus grande autonomie des personnes et une utilisation plus rationnelle des services, y compris des services de soins, est porteur d'amélioration de la qualité de vie pour les personnes concernées.

Enfin, il est porteur de **transversalité** entre des acteurs de statuts et de niveaux territoriaux diversifiés.

La définition de la politique nationale de santé se traduit notamment au travers de **plans et programmes nationaux** qui structurent l'offre médico-sociale qu'il convient de déployer au bénéfice des populations vulnérables. Le travail d'élaboration du SROMS s'inscrit dans ce cadre.

Cinq plans, programme et schéma nationaux sont particulièrement structurants pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale au regard de la période de validité du PRS (2011-2015) :

- **Le plan solidarité grand âge (PSGA) 2007-2012** : permettre le libre choix du maintien à domicile dans de bonnes conditions, adapter l'hôpital aux personnes âgées et développer la recherche ; créer des places d'EHPAD, de SSIAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire

- **Le plan Alzheimer 2008-2012** : améliorer la qualité de vie des malades et des aidants, développer la recherche et sensibiliser le grand public ; créer des places de PASA (Pôles d'activité et de soins adaptés) et d'UHR (Unités d'hébergement renforcé)

- **Le programme pluriannuel de création de places** pour personnes handicapées pour un accompagnement tout au long de la vie (2008-2014) ; créer des places d'établissements et services, et des places en ESAT.

- **Le plan autisme (2008-2012)** : mieux connaître et mieux former les professionnels, améliorer le repérage des troubles et diversifier les approches ; créer des places d'accueil.

- **Le plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011)** : développer la prévention des risques, la formation et la recherche, mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé (consultations d'addictologie et de liaison, pôles dans les CHU) et les établissements médicosociaux, avec création de places de CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention de l'addictologie)

S'y ajoutent :

- Le plan pour **l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques** (2007-2011)

- **Le Plan en faveur des personnes sourdes ou malentendantes (2010 -2012)**

- **Le programme de développement des soins palliatifs (2008-2012)**

- **Le schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares (2009-2013).**

Le SROMS traduira l'orientation forte, inscrite dans la loi HPST, du souci d'une réponse globale assurant une prise en charge en proximité, sans rupture entre le médical et le médico-social. Il intégrera l'indispensable territorialisation de la politique de santé régionale avec la coordination de tous les acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux et s'aidera du rôle pivot du médecin traitant.

## Eléments de méthodologie

Le Schéma Régional constitue un levier d'action sur l'organisation des activités médico-sociales pour orienter les autorisations et les financements des établissements et services à destination des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie : son contenu doit permettre, à partir de l'identification partagée des besoins prioritaires, de formuler des objectifs opérationnels, orientant plus directement les rôles et les projets des acteurs, que ce soit au travers du nouveau régime d'autorisation ou par l'allocation de ressources et la contractualisation.

La construction du premier SROMS 2012-2017, composante du projet régional de santé (PRS), au regard et en complément des schémas départementaux redéfinis adoptés par les conseils généraux, doit conduire à franchir une nouvelle étape dans la planification médico-sociale, de tradition départementaliste à partir d'un existant variable et en évolution. Cela nécessitera de mettre en avant les tensions et cohérences entre le schéma régional d'organisation médico-sociale et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

En effet, le nouveau dispositif législatif met fin au schéma régional résultant de l'addition des schémas départementaux, tel que prévu par la loi 2002-02. Il s'agit désormais de la traduction au sein de l'organisation médico-sociale, de la stratégie régionale de santé. Pour autant, les Départements, de par leurs compétences étendues d'action et de prestations sociales, leurs autres politiques environnementales et territoriales, la présence territorialisée de leurs services, disposent de leviers importants pour connaître et intervenir auprès des populations : ainsi, quels sont les points communs entre le schéma régional et les schémas départementaux ? Quelles sont les complémentarités ? Quelles sont les nouvelles cohérences à identifier et comment le faire ?

### 3 questions principales ont structuré la réflexion en région :

1 - Comment améliorer l'accessibilité des services aux différents niveaux territoriaux (continuité entre les niveaux départemental et régional) par type de problématique ?

2 - Comment engager un progrès, désormais indispensable sur l'ensemble du territoire, de l'efficience de l'offre existante (en qualité et en coût) ?

3 - Comment répondre aux besoins de développement d'une offre de services encore insuffisante sur certains besoins, inégalement répartie sur le territoire, et interrogée par l'émergence de nouvelles problématiques (exemple des troubles envahissants du développement) ?

### Les réflexions préalables du groupe projet ont conduit à constituer 6 groupes<sup>1</sup> de travail :

- un groupe directement issu des réflexions du PSRS, sur la connaissance de l'offre et des besoins,
- un groupe de réflexion sur l'évolution des structures et les problématiques financières régionales,
- un groupe portant sur les personnes en difficultés spécifiques,

---

1

*Les groupes du volet « handicap et vieillissement » étaient constitués de manière ouverte, sans composition a priori d'un groupe d'experts, de manière à assurer la plus large participation, dans chacun des champs, social, ambulatoire, médico-social et sanitaire, ainsi que des usagers, et à garantir ce faisant une réflexion transversale entre ces différents champs.*

et 3 groupes axant leurs réflexions sur les parcours de vie, en identifiant pour chaque âge les moments de rupture potentielle du parcours et de vulnérabilité particulière :

- groupe « accompagnement à la socialisation et à la scolarisation »
- groupe « accompagnement dans l'emploi et la vie sociale »
- groupe « accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et âgées ».

### **1 -Groupe connaissance de l'offre et des besoins**

Les travaux ont porté sur les personnes handicapées (données MDPH, suivi des orientations, hébergement en Belgique, amendements « Creton »...) et les personnes âgées (organisation des ressources disponibles, connaissance des listes d'attente, analyse des situations de blocage en sortie d'hospitalisation...), et ont confirmé la nécessité, déjà pointée lors des travaux du PSRS, d'améliorer le circuit et le partage des données.

### **2-Groupe accompagnement à la socialisation et à la scolarisation**

Les travaux se sont structurés selon 3 sous-groupes, correspondant aux moments de rupture du parcours de vie identifiés :

- ✚ enfants de moins de 6 ans (action et évaluation précoces, coordination des dispositifs d'évaluation et d'accompagnement...)
- ✚ enfants de 6 à 12 ans (scolarisation en milieu ordinaire, accueil en institution, plan autisme, déficiences sensorielles...)
- ✚ adolescents (troubles du comportement, conduites à risques, projet de vie et évaluation précoces, handicap social surajouté...).

### **3- Groupe accompagnement dans l'emploi et la vie sociale**

L'analyse des parcours de vie a donné lieu à 4 sous groupes de travail, en fonction là aussi des moments de rupture potentielle identifiés :

- ✚ formation professionnelle et travail en milieux ordinaire et protégé
- ✚ personnes handicapées vieillissantes
- ✚ handicap psychique
- ✚ autisme, cérébrolésés et traumatisés crâniens.

### **4-Groupe accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées**

3 sous groupes ont également été identifiés :

- ✚ - maintien à domicile (champs du handicap et du vieillissement)
- ✚ - mise en œuvre du plan Alzheimer
- ✚ - filière gériatrique et parcours de santé de la personne âgée

### **5- Groupe restructurations et financement**

Les réflexions du groupe de travail ont porté sur l'appel à projet, la notion de territoire en médico-social, et les nécessaires restructurations des ESMS à envisager.

## 6-Groupe personnes en difficultés spécifiques

Les réflexions sur le volet transversal de lutte contre les addictions ont été conduites à partir de trois éléments :

- ✚ la constitution de groupes de travail impliquant les professionnels de santé ainsi que les partenaires institutionnels impliqués dans la prise en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques incluant le champ du sanitaire, du médico-social, du social, de l'ambulatoire (médecine de ville)
- ✚ des rencontres bilatérales avec des acteurs fondamentaux (expert de la discipline, réseaux...)
- ✚ des visites de structures pour conforter le rôle et la place des acteurs dans les trajectoires de prise en charge.

**Les travaux ont été complétés par des réunions territoriales**, en septembre et octobre 2011, visant à :

- présenter aux partenaires (Conseils Généraux, Education Nationale, MDPH, Conseil Régional, DIRRECTE, cohésion sociale, CARSAT....) les objectifs opérationnels validés par le comité de pilotage du SROMS
- vérifier la cohérence avec les objectifs des schémas et les actions et priorités des autres partenaires sur le territoire (PRITH, schéma de formation régional, actions de la CARSAT, de l'Education Nationale...) : tous ces partenaires ont par ailleurs été largement associés aux travaux
- initier une réflexion technique sur des actions communes, prioritaires à mener sur les territoires.

D'une manière générale, les travaux des différents groupes se sont donc focalisés sur la *fluidité du parcours de vie* des personnes et l'analyse des *moments de rupture* dans ces parcours. Chacun de ces moments de fragilité potentielle a été considéré, avec une attention particulière portée sur les *actions de coordination* entre les différents acteurs à conforter ou à mettre en place.

Les objectifs du schéma sont présentés selon **deux volets** :

- volet personnes handicapées et personnes âgées
- volet personnes en difficultés spécifiques.

**La rédaction des objectifs opérationnels du schéma** s'est attachée à valoriser, pour chaque volet, les axes thématiques de travail abordés dans chacun des différents groupes :

- objectifs de prévention
- objectifs d'adaptation de l'offre
- objectifs de coordination des acteurs
- objectifs de qualité (pour le volet personnes handicapées – personnes âgées)

Dans ce contexte, pour faciliter la lecture de ces documents de concertation, **l'ensemble du schéma médicosocial est positionné dans le chapitre « thématiques transversales »**. Le volet « personnes âgées et personnes en situation de handicap » et le volet « personnes en difficultés spécifiques » comprennent chacun un état des lieux et des fiches « objectifs opérationnels ». Le mode de rédaction retenu reflète le choix de la transversalité : pour un même objectif opérationnel, le plan d'action peut associer des mesures relevant du domaine médicosocial et du domaine hospitalier, par exemple. De plus, des objectifs opérationnels peuvent être communs pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.