

## Hôpital et fonctions médico-sociales et sociales

La coupure entre le domaine sanitaire et les domaines social et médico-social est depuis les grandes lois des années 70 à l'origine de nombreux rapports critiques qui ont relevé les ruptures de prise en charge et d'accompagnement pour les malades et les usagers.

Ces trois domaines relèvent en effet de compétences croisées des départements, de l'assurance maladie, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de l'Etat

### Coordonner au niveau régional et local les responsables de l'organisation des champs sanitaire, médico-social, et social

**Objectif :** regroupe les compétences exercées au nom de l'Etat et de l'assurance maladie et assurer une coordination avec les départements

L'Agence Régionale de Santé (ARS) aux compétences larges (hôpital, médecine de ville, prévention, santé publique, en lien avec le médico-social) est le lieu légitime de la coordination entre les trois champs sanitaire, médico-social, et social. Pour cela :

- les compétences du préfet de région sur le PRIAC pourraient lui être transférées dans les mêmes conditions (partenariat avec les départements et pilotage national par la CNSA)
- Les modalités de la coordination seront définies par voie contractuelle entre les ARS et les départements. Dans ce cadre, l'ARS pourrait déléguer contractuellement aux conseils généraux la compétence tarifaire exercée par les préfets de département pour les établissements médico-sociaux.

L'ARS devra avoir en interne des professionnels du médico-social et soutenir une coordination interdépartementale.

### Assurer la continuité des soins

**Objectif :** préparer la sortie dès l'admission à l'hôpital

**Modalités :**

Construire avec le milieu hospitalier les réponses en termes de structures de soins et de dispositifs médico-sociaux en aval de l'hospitalisation : en favorisant la création de places SSR et en accompagnant la création de structures médico-sociales, la communauté hospitalière de territoire pouvant être le référent sanitaire du dispositif, en appui des structures médicales locales.

Favoriser la coordination, en partant de la situation des personnes, dans de véritables filières gériatriques, gérontologiques, et du handicap. Il s'agit de faciliter l'accès aux soins pour les personnes handicapées (notamment recours en cas d'urgence), de développer des consultations pluridisciplinaires spécifiques quand cela se révèle nécessaire (par exemple Maladie d'Alzheimer), et de prendre en compte les problématiques sanitaires dans le champ médico-social (risques infectieux, santé bucco-dentaire, chutes, nutrition, etc.). L'expérience de certains réseaux de proximité pourra être mobilisée.

Initier une vision stratégique coordonnée à partir d'une référence territoriale. A cette fin la mise en place de deux plates-formes transversales devrait être expérimentée : l'une pour les individus sous la forme d'un guichet unique (incluant les MDPH, les CLIC et les préconisations du rapport Ménard) pour l'information, l'évaluation, et l'orientation, l'autre pour les institutions afin de mutualiser l'observation, l'évaluation et la coordination des services.

- Accompagner l'innovation, l'enseignement et la recherche dans le domaine médico-social en favorisant le rapprochement des acteurs des prises en charge et la promotion d'études évaluatives.

### Favoriser le redéploiement de structures hospitalières en structures médico-sociales

L'évolution du droit de l'autorisation, qui n'exige plus l'autonomisation juridique des structures médico-sociales créées par les établissements hospitaliers, permet aujourd'hui aux établissements hospitaliers de procéder plus facilement aux transformations nécessaires des lits inutilisés en places d'hébergement médico-social.

Les objectifs de redéploiement des structures hospitalières sont clairs :

- centrer la mission de l'hôpital sur la phase aiguë,
- assurer l'adéquation entre les soins nécessités et la bonne structure de prise en charge par le développement de structures d'aval dont les capacités sont jugées insuffisantes et donc offrir à la population un service de qualité adapté aux besoins,
- optimiser les financements collectifs en limitant le surcoût des inadéquations.

Cette politique volontariste doit:

- éviter une approche uniforme (ratio..) du potentiel national de conversion et préférer une identification régionale fine des besoins, par le biais des ARS,

- améliorer la programmation en révisant les méthodes de programmation « personnes âgées » et « psychiatrie » dans les SROS, et en mettant en place des liens entre programmation sanitaire et médico-sociale,
- lier cette réflexion avec la nécessité d'outils d'objectivation de la prise de décision publique destinés à permettre un arbitrage sur des critères de choix rationnel entre aigu /suite, sanitaire /social sur un territoire identifié,
- prendre en compte l'importance du « reste à charge » pour les familles selon le secteur de prise en charge (un reste à charge plus faible à l'hôpital peut freiner le cas échéant les transferts vers le médico- social),
- assurer la fongibilité des enveloppes,
- intégrer une dimension architecturale : un lieu d'hospitalisation n'est pas conçu au départ comme un lieu de vie. Des adaptations seront parfois nécessaires.