



Annexe 2 FHF PACA – Consultation PRS 2023-2028

CHAMPS MEDICO SOCIAL

22 septembre 2023

Préambule :

Les représentants médico-sociaux de la FHF PACA ont pu largement participer aux groupes de travail et contribuer, mais ils constatent un décalage entre les besoins des établissements publics et les objectifs du PRS. Ce PRS accompagne les « réformes » et projets en cours, entérine des processus déjà entamés, mais passe un peu à côté de l'opportunité de donner un cap clair et ambitieux.

A notre sens :

- le secteur MS et, à l'intérieur de celui-ci, l'action des ESMS, pourrait tenir une place plus prépondérante ;
- la volonté de refonder profondément le fonctionnement du secteur pourrait être davantage affichée.
- ce qui est attendu concrètement des ESMS en termes de positionnement et d'évolution de leur offre de soins sur les 5 prochaines années mériterait d'être approfondi ;

Nos propositions en 4 axes, sur la base de ce constat :

1°) Etayer par des propositions et actions concrètes

Nous souscrivons aux objectifs de « *prévenir la perte d'autonomie et éviter les ruptures de parcours* », « *faciliter le fonctionnement de la filière de soins gériatriques* », « *permettre une continuité de la prise en charge* », « *mettre en œuvre une politique efficace de prévention* », « *adapter les réponses aux situations* » ou encore « *favoriser l'attractivité des métiers du grand âge* ». Mais nous souhaiterions voir affichées des objectifs opérationnels concrets donnés aux établissements, des calendriers, des modalités de financement et d'accompagnement, des indicateurs.

Sur la partie PH, il y a peu ou pas d'éléments chiffrés, ce qui ne facilitera pas la réalisation d'un bilan infra-annuel. La problématique de la mobilité (et donc des transports) est peu évoquée. Or, c'est un axe important d'accès au droit commun et de participation sociale, pour la PSH à son domicile et/ou bénéficiant de prestations d'accueil ou d'accompagnement (poste de dépense important pour les IME et accueils de jour du secteur adulte sur le trajet domicile-structure), voire un frein pour les activités d'inclusion si le dispositif du droit commun est peu accessible. On peut enfin regretter que la partie PH ne se retrouve pas davantage dans les sections sanitaires.

2°) Donner plus de place aux ESMS

Nous sommes très favorables au virage domiciliaire largement engagé désormais. Si cela correspond à un besoin et une volonté populationnelle, les établissements restent toutefois en dernier recours des acteurs essentiels de l'offre MS avec toutes les répercussions que cette évolution implique quant à leurs missions. Or, ce projet de PRS pourrait d'avantage s'appuyer sur ce pilier.

Les champs PA et PH ont un chapitre réservé à chacun (respectivement 3 et 4), cependant, ces chapitres n'accordent pas une place importante à l'action des établissements dans les améliorations et projets.

Celle du Chapitre 3, par exemple, (spécifique à l'accompagnement des personnes âgées) montre que le PRS axe la stratégie globale de l'accompagnement des PA sur le domicile. La place des EHPAD y est marginale. Seul le paragraphe 3 - point 4 (« *Faire évoluer et diversifier l'offre médico-sociale en Ehpad* »)

et au domicile en répondant aux besoins de chaque territoire », page 38) y est consacré avec un peu plus de matière. Il évoque des dispositifs déjà en place (tels que PASA/UVP/astreintes/HTU) en invitant à les « renforcer ».

Concernant le chapitre 4 (spécifique à l'accompagnement des personnes en situation de handicap), la seule partie conséquente de ce chapitre traitant des ESMS du champ du handicap est contenue dans le paragraphe 3 - point 3 (« Faciliter l'ouverture de la société au handicap pour améliorer l'accès aux dispositifs de droit commun ») dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale vers un modèle plus inclusif. Les ESMS sont également très rapidement évoqués au paragraphe 4 - point 3 (« Faciliter et promouvoir l'information, développer des dispositifs de formation à destination des aidants et des actions de pair-aidance »), dans le cadre de la constitution d'un réseau de formateurs.

En ce qui concerne les autres chapitres, notamment ceux sur la prévention des risques, la réduction des inégalités territoriales, la santé mentale ou la coopération des acteurs : les mots « médico-social », « EHPAD » ou « ESMS » y sont peu évoqués.

- **Le chapitre 1** (protection des populations) évoque deux fois le mot « médico-social » (paragraphe « gestion de crises » et « accès aux soins ») et une fois celui d'« EHPAD » (paragraphe « vaccination »).
- **Le chapitre 6** (coopérations des acteurs) évoque une fois le mot « médico-social » (paragraphe « coopération ») ; par ailleurs, il n'y est faite aucune mention des GCSMS/GTSMS.
- **Le chapitre 7** (qualité des prises en charge) évoque trois fois le mot « médico-social » (paragraphe « inter professionnalités », « accès au numérique » et « gestion des risques professionnels »).

Or les ESMS ont la volonté de participer à la refonte de notre système régional de santé.

3°) Les points sur lesquels nous souhaiterions des modifications/précisions :

FILIERE PERSONNES AGEES

- **CHAPITRE 3, paragraphe 1 – Améliorer la lisibilité de l'offre existante et la coordination des acteurs (p.33-35)**

Nos propositions :

- **Page 33, paragraphe 2** : Parler de filière gériatrique et pas que sanitaire. Ne pas oublier les établissements et services médico-sociaux, les professionnels libéraux et les professionnels intervenant au domicile. Le parcours de la personne âgée passe par le secteur sanitaire, mais pas seulement. Concernant la phrase « *le développement des outils numériques vient en appui des pratiques professionnelles* », il paraît nécessaire de préciser ce qui est attendu de ces outils. Il ressort des expériences de terrain un besoin prioritaire de partage des informations entre professionnels de secteurs différents. Un outil de communication interactive en temps réel pour améliorer l'efficacité de l'accompagnement semble nécessaire.
- **Page 34, paragraphe 1** : « *Les cas les plus complexes pourront avoir accès à un bilan d'évaluation gériatrique multidimensionnel en hôpital de jour* » : attention à ne pas restreindre l'accès à cette évaluation à un passage par un hôpital de jour. Cela peut être plus simple, en fonction du contexte socio-environnemental de la personne âgée (isolement et difficultés à se rendre à l'hôpital, refus de se rendre dans une structure hospitalière,...), de faire appel à une EMG qui se rendra au domicile. Les conditions de réalisation de l'évaluation seront plus réalistes et au plus proche de l'environnement de la personne. Cela peut permettre aussi de détecter de façon plus simple l'épuisement de l'aidant principal et d'envisager des mesures d'aménagement du domicile.

« L'objectif sera d'assurer sur chaque territoire, la lisibilité de l'offre et une meilleure coordination des acteurs chargés des missions suivantes » : qu'en est-il des Centres de Ressources Territoriaux qui sont en plein développement et qui réalisent au quotidien des missions de coordination ? Les CRT seront-ils partie prenante du futur service public territorial de l'autonomie ?

- « Le renforcement de la coordination des acteurs passera par la transformation de l'offre à domicile et en Ehpad avec notamment le développement des centres de ressources territoriaux initié en Paca dès 2018 à travers le dispositif expérimental d'Ehpad « hors-les-murs » : annoncer dans le PRS l'objectif de montée en charge du déploiement des CRT de 2024 à 2028 : Combien précisément ? Quel rythme de déploiement annuel ? Quels territoires prioritaires ? Sous quelles modalités de candidature ?

Il paraît indispensable de généraliser l'utilisation d'outils numériques qui permettent aux professionnels du domicile de communiquer des informations sur l'accompagnement de la personne suivie à d'autres professionnels intervenant en complémentarité car le constat est fait d'une très grande déperdition d'information et parfois de mise en place de solutions d'accompagnement redondantes. La phrase relative au développement des CRT n'est pas très explicite pour des professionnels ne connaissant pas le dispositif.

- **CHAPITRE 3, paragraphe 2 – Promouvoir la prévention et le repérage de la fragilité des personnes âgées et de leurs aidants (p. 35)**

« De nombreuses actions seront entreprises, en lien avec les conférences des financeurs, pour financer des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie et notamment à travers le déploiement de l'activité physique adaptée, de l'intervention des ergothérapeutes à domicile ou de l'organisation de consultations de chirurgiens-dentistes en Ehpad ».

Qu'entend-on par des « actions collectives de prévention de la perte d'autonomie » ? Qui seront les acteurs chargés de mettre en place ces actions ? Est-ce une mesure ponctuelle ou pérenne au niveau des financements ? Les rôles semblent à préciser pour éviter un risque d'inaction ou, à l'inverse, de redondance des mesures mises en œuvre.

Notre proposition : La promotion de la prévention et le repérage de la fragilité des PA doivent être généralisés et accessibles dans tous les EHPAD et non seulement quelques actions parcellaires dans le cadre des projets financés par la conférence des financeurs.

Il est urgent de déployer un plan général de prévention à la perte d'autonomie dans tous les EHPAD avec des financements et des moyens humains sur tous les aspects de la prévention : chutes, activité physique adaptée, ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie, nutrition (diététique, dysphagie), douleur, incontinence, escarres, troubles du comportement, troubles cognitifs, sommeil, soins dentaires, pédicurie, audition, vue, etc.

- **CHAPITRE 3, paragraphe 3 – Permettre à l'ensemble des patients âgés de bénéficier d'une continuité des prises en charge (p. 36)**

« Compléter et renforcer l'offre des filières gériatriques hospitalières. »

Inscrit au PRS : « Le fonctionnement de la filière de soins gériatrique sera facilité dans un souci d'efficacité, notamment par la poursuite du déploiement des infirmiers gériatriques aux urgences (IGU), des admissions directes non programmées en court séjour gériatrique ou en service spécialisé en lien avec des équipes mobiles de gériatrie (EMG) intra-hospitalières ».

Les filières gériatriques ne sont pas qu'hospitalières et les situations d'urgence peuvent aussi être gérées en collaboration avec les établissements médico-sociaux, comme par exemple dans le cas de l'HTU.

Notre proposition : Inclure les résidents des EHPAD dans ce dispositif en rajoutant à la fin de ce paragraphe « *des équipes mobiles de gériatrie (EMG) intra-hospitalières et extrahospitalières intervenant en EHPAD* ». Dans la même idée, généraliser sur tout le territoire la création et l'intervention d'équipes mobiles de gériatrie territoriales (EMGT) en EHPAD.

- **Page 37 :** « *Les hotlines gériatriques pourront évoluer en appuis territoriaux gériatriques* » : qu'entend-on par « *appuis territoriaux gériatriques* » ? Quelle articulation à prévoir avec les CRT, les EMG, les DAC ?

« *...implique un rapprochement des consultations mémoire avec tous les acteurs de proximité* » : cette phrase implique-t-elle le développement d'un outil de communication commun ou une convention de coopération ? Si oui, dans quel but ?

« *Faire évoluer et diversifier l'offre médico-sociale en EHPAD et au domicile en répondant aux besoins de chaque territoire* »

Inscrit au PRS : « *En Ehpads, une réflexion sera menée afin de spécialiser certains établissements dans la prise en charge de l'ensemble des maladies neurodégénératives.* »

Notre proposition : Affiner cette action en mentionnant les modalités de cette réflexion : qui mène cette réflexion dans les différents territoires ? Quels sont les acteurs est associés ? Dans quels délais ?

Inscrit au PRS : « *Toutes les formations concourant à améliorer la prise en charge de ces maladies seront renforcées, y compris la formation aux thérapies non médicamenteuses personnalisées, avec la poursuite du dispositif de PASA de nuit, initié en PACA depuis 2018* ».

Notre proposition : Pourquoi mêler la formation aux TNM aux PASA de nuit ? Il semble nécessaire de préciser ce que veut dire « *renforcer* » : des formations seront-elles proposées directement par l'ARS, financées par l'ARS (CNR ?), ou seulement « *encouragées* » mais à la charge des établissements ?

Concernant les PASA de nuit, idem que pour les CRT précédemment : il convient d'annoncer dans le PRS l'objectif de montée en charge du déploiement des PASA de nuit de 2024 à 2028 : combien précisément ? Quel rythme de déploiement annuel ? Quels territoires prioritaires ? Sous quelles modalités de candidature ?

Inscrit au PRS : « *L'offre en PASA de jour sera développée en particulier sur les territoires déficitaires comme les Bouches-du-Rhône, le Var et les Alpes-Maritimes* ».

Notre proposition : Idem que pour les CRT et PASA de nuit : annoncer dans le PRS l'objectif de montée en charge du déploiement des PASA de jour de 2024 à 2028 : Combien précisément ? Quel rythme de déploiement annuel ? Sous quelles modalités de candidature ?

Inscrit au PRS : « *Le financement expérimental d'unités de vie protégées en Ehpads, en lien étroit avec les UHR existantes, sera également mis en œuvre selon un cahier des charges clairement défini.* »

Notre proposition :

- Idem que pour les CRT et PASA : annoncer dans le PRS l'objectif de montée en charge du déploiement de ces expérimentations de financement des UVP de 2024 à 2028 : Combien précisément ? Quel rythme de déploiement annuel ? Sous quelles modalités de candidature ?
- Proposer une généralisation des financements spécifiques pour toutes les UVP existantes dans les EHPAD selon un cahier des charges et un calendrier de déploiement définis.
- Proposer la création de nouvelles UHR, notamment dans les EHPAD autonomes.

Inscrit au PRS : « *Le renforcement de la médicalisation des EHPAD passera également par la poursuite de mesures telles que la généralisation de l'astreinte infirmière de nuit* »

Notre proposition : Rédiger ce passage en incluant les Médecins Coordonnateurs et les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) : « *Le renforcement de la médicalisation des EHPAD passera également par la poursuite de mesures telles que la généralisation de la présence effective dans chaque EHPAD :*

- d'un médecin coordonnateur ;
- d'un IPA ;
- de l'astreinte infirmière de nuit. »

➤ **CHAPITRE 3, paragraphe 4 – Soutenir les personnes aidantes (p.39)**

Inscrit au PRS : « *Des alternatives à l'hébergement permanent en EHPAD seront développées, avec particulièrement : l'accueil de nuit [...], l'hébergement temporaire [...], les accueils de jour [...]* ».

Notre proposition : Idem que précédemment : annoncer dans le PRS l'objectif de montée en charge du déploiement de ces alternatives à l'hébergement permanent de 2024 à 2028 : Combien précisément ? Quel rythme de déploiement annuel ? Sous quelles modalités de candidature ?

Inscrit au PRS : « *Valorisation de tutorats exercés par les aides-soignantes en Ehpad* »

Notre proposition : Le terme « valorisation » est flou, il conviendrait de mettre en place, dans les IFAS, un ou plusieurs modules de formation au tutorat qui deviendraient obligatoires pour tout établissement souhaitant accueillir des étudiants et stagiaires. Le(s) tuteur(s) identifié(s) pourrai(en)t ensuite percevoir une gratification financière déterminée pour souligner son/leur engagement. Sans ce cadre, les pratiques resteront très hétérogènes et la valorisation pourra être très aléatoire selon les établissements.

Page 40 : « *la télécoordination médicale constitue une solution temporaire et palliative à l'absence de médecins coordonnateurs.* » : Comment faire lorsque cette solution temporaire se pérennise faute de recrutement ? Est-il possible de réfléchir à des solutions hybrides, notamment avec le développement d'IPA en gériatrie ?

Page 40 : indicateurs de suivi : Comment calculer le nombre d'ayants relayés ? Comment obtenir un indicateur significatif ?

➤ **CHAPITRE 6, p. 64 :** « *Comment améliorer la coopération des acteurs en santé ?* »

Sur cette page introductive, les CRT ne sont pas évoqués. Or, ce sont de nouvelles structures favorisant la coopération entre les acteurs de terrain.

Page 71 : « *Proposer une boîte à outil destinée à identifier...* »

Notre proposition : Inclure dans les outils proposés ceux qui sont relatifs aux coopérations dans le cadre des CRT, et également ceux relatifs à la mise en place des GTCSMS.

« *Consolider la dynamique des groupements hospitaliers de territoires et développer les coopérations public privé* »

Notre proposition : Mentionner les coopérations dans le cadre des GTCSMS et préciser qu'elles entrent dans le scope.

« *Expérimenter de nouvelles modalités de coopération et déployer les pratiques remarquables* »

Notre proposition : Mettre en place une plateforme numérique de partage des outils, des expériences et des pratiques (un peu sur le même modèle que ce qui a été effectué sur l'agora social club avec la réponse aux appels à projets CRT), voire mettre en place une journée annuelle d'échange en présentiel.



CHAPITRE 7 « Comment améliorer la qualité des prises en charge ? »

P. 75 : « *Les établissements de santé pourront expérimenter... »*

Notre proposition : Ajouter les établissements médico-sociaux

Page 77 : « *Accompagner le secteur médico-social dans le développement des services numériques »*

Notre proposition : Préciser les services envisagés (Vie trajectoire, Azurezo, etc.).

Page 78 : « *Travailler avec les partenaires institutionnels de l'emploi pour faire connaître les possibilités ouvertes dans le secteur de la santé aux personnes éloignées de l'emploi »*

Attention : un accompagnement renforcé des professionnels est nécessaire et le temps n'est pas forcément toujours mobilisable.

Page 79 : « *Proposer des critères de qualité pour l'accueil en formation »*

Propositions : Elaborer une charte d'engagement pour les établissements qui permettrait de délivrer un label attestant de la qualité de l'accompagnement pour les étudiants (à mettre en lien avec le développement et la valorisation du tutorat), évoquer l'apprentissage (qui n'apparaît pas), encourager le développement des groupes d'analyse des pratiques pour les professionnels.

Page 80

Notre proposition : Encourager la mise en place de groupes de rencontres professionnelles entre cadres et la mise en place de pratiques de co-développement.

Page 83 : « *Déployer des bonnes pratiques... »*

Notre proposition : Préciser de quelle façon ce déploiement peut s'opérer ; avec quelle communication et quelles actions de valorisation ?

« *...une démarche de soins écoresponsables... »*

Nos propositions :

- Préciser si cela implique la mise en place de pratiques communes, de fiches actions.
- Evoquer le rôle des CTEES, qui ne sont mentionnés nulle part.

Pages 207 – 208 : « *Mettre en place des comités territoriaux de soins palliatifs... »*

Nos propositions :

- Associer les ESMS dans la gouvernance territoriale.
- Renforcer les EMSPS intervenant en EHPAD et surtout à domicile avec le développement des différentes modalités d'accompagnement pour ne pas renvoyer l'intervention sur d'autres professionnels (EHLM, EMG).

FILIERE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Nos Propositions :

- **Substituer** au terme « prise en charge » celui générique d'« accompagnement » ou d'« accueil et d'accompagnement », « prise en compte », etc. si l'on souhaite adopter une position favorisant l'autodétermination de la PSH (on le retrouve dans tout le chapitre).
- **Substituer** à « déficience » le terme de « besoins particuliers » (en se référant au triptyque de la nomenclature de Sérafin) en matière de santé, autonomie et participation sociale.

- **Modifier la structuration** afin de garder le même ordre des enjeux stratégiques pour les résultats attendus et les indicateurs de suivi.
 - **Mesurer** les besoins médicosociaux du territoire de manière à adapter les moyens dans le cadre de la transformation de l'offre notamment
 - **Coordonner** les secteurs sanitaires et médicosocial du territoire
 - **Objectiver** la situation de sous-équipement de la région en matière d'offre médicosociale.
 - **Préciser** le nombre de jeunes en amendement CRETON et les pourcentages de diminution à atteindre de façon pluriannuelle, ajouter une synthèse du PRIAC (au moins en pièce annexe du PRS 3, de manière à voir quelles évolutions sont intervenues sur les dernières années). Le PRS 3 fait toujours état de l'objectif de réduction des enfants en amendement CRETON sans indiquer si la population adulte maintenue en ESMS handicap de l'enfant a baissé.
 - **Présenter une cartographie** (comme pour les IME et les EHPAD) des offres d'accompagnement MS PH.
 - Sur le volet adulte, **afficher** un bilan de la mise en place de la RAPT (2018).
 - **Assurer** une meilleure prise en compte de la problématique de maintien en hospitalisation de longue durée des personnes adultes présentant un handicap sévère faute de dispositif adapté. Plus généralement, les dimensions psychiatrique et soins palliatifs méritent d'être creusées.
 - **Ajouter** un point sur la santé des travailleurs des ESAT et leur prise en charge par les entreprises.
 - **Inciter** les collectivités territoriales (communes en particulier, via CCAS) à repérer et mettre en lien toutes structures qui contribuent à l'accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap vulnérables.
 - **Créer** des hotlines d'urgence pour les PH.
 - **Page 31** : préciser les modalités concrètes d'accès au numérique.
 - **Page 42** : modifier l'ordre de présentation pour correspondre aux 3 enjeux identifiés.
- Ajouter : activités culturelles, artistiques et de loisirs.
- Modifier : remplacer « le taux de renoncement est réduit » par « diminué ».
- **Objectifs stratégiques** : l'accès à la santé des aidants est introduit dans l'objectif 1 qui ne concerne que les PSH dans le titre et non pas dans l'objectif 4 qui concerne les aidants.
 - **Page 43** : de nombreux objectifs sont déclinés avec le verbe « renforcer/améliorer ». Or, celui-ci est relatif aux jeunes à plusieurs vulnérabilités, c'est-à-dire relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance. Pourtant, le nombre de jeunes PSH augmente et ils relèvent souvent de situations complexes voire de GOS/PAG.
 - **Page 47** : Ajouter « qualité de vie et des conditions de travail ».
 - « Ecoles ordinaires » : est-ce un terme générique qui englobe les dispositifs particuliers lycées agricoles, Centre de Formation d'Apprentis, et prévoient les différents groupes scolaires : maternelle, élémentaire, collège, lycée, etc. ?
 - Ajouter la formation, l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi
 - Page 48** : les IME (préparation et accompagnement à la vie professionnelle, exemple : SIPFP-IMPRO) ainsi que les SESSAD (pro) ne sont pas cités. Pourtant, ils accompagnent des jeunes (jusqu'à 20 ans et plus) sur cette dimension.
 - Page 49** : ne sont pas citées les collectivités territoriales qui sont à mobiliser pour bénéficier de mise à disposition de locaux qu'elles gèrent (exemple : Commune/Ecole-CLSH-péri-scolaire-équipements sportifs, Communauté de communes/crèche, Département/collège, Région/lycée, Ministère Agriculture/lycée agricole, etc.).
 - **Reformuler** : « aidantes et aidants » à remplacer par « personnes aidantes ».
 - Page 50** : indicateur sur le relayage : pourquoi ne pas identifier le nombre de personnes aidées et le nombre d'actions de soutien-répit proposées et utilisées (dont le relayage) ?



Chapitre 5 : alors que le handicap psychique est une des situations de handicap, il n'est pas explicitement évoqué dans ce chapitre et donc les articulations avec le chapitre précédent (PSH) sont peu lisibles. Exemple : le GEM est évoqué dans ce chapitre et non dans celui des PSH.

4°) Les sujets que nous souhaiterions voir inscrits au PRS

- **Le recrutement urgent de médecins coordonnateurs en EHPAD**

Trop d'EHPAD manquent de médecins coordonnateurs présents, par manque de ressources humaines. Il semble urgent d'avoir une action forte sur l'attractivité de ce métier spécifique trop souvent délaissé et mis de côté.

Les médecins coordonnateurs sont un maillon fondamental et essentiel du fonctionnement d'un EHPAD en termes de qualité des soins, de prévention, de coordination des acteurs. Plus de médecins coordonnateurs signifie moins de dépenses de santé indirectes, moins de passage aux urgences dans les hôpitaux, moins de besoins en permanence des soins dans les bassins de vie, de la ressource qualifiée dans les territoires, et de la sécurité en cas de crise sanitaire.

Notre proposition : La mise en œuvre d'un plan régional massif de recrutement de médecins coordonnateurs en EHPAD :

- revalorisation salariale ;
- prérogatives/missions nouvelles (validation coupe PATHOS, prescription) ;
- facilités d'exercice et de formation ;
- pool régional de médecins coordonnateurs mis à disposition des EHPAD en difficulté.

La télé-coordination doit rester à notre sens l'exception.

En attendant, recentrer le médecin coordonnateur sur ses fonctions d'accompagnement médical, alléger ses fonctions administratives ou de gestion qui pourraient être assurées par des IPA.

- **L'accompagnement et le financement des GCSMS**

La nécessité de travailler en coopération, notamment par la création de GCSMS, est désormais reconnue par une grande partie des ESMS. Or, la constitution et le démarrage des actions d'un ou de plusieurs GCSMS à l'échelle territoriale pour constituer des pôles médico-sociaux territoriaux et sont des actions lourdes à porter pour les acteurs.

Notre proposition : Un accompagnement des autorités de tarification par de l'expertise juridique et des moyens financiers (CNR ?), des initiatives de création de GCSMS afin de faciliter et accélérer la mise en route et le développement de ces dispositifs, notamment pour les EHPAD publics autonomes dont l'adhésion à un GCSMS sera une obligation dès 2025 (PPL Bien Vieillir à la fin de l'année 2023).

- Enfin, dans le cadre des dispositions relatives à la qualité de vie au travail, il serait intéressant d'évoquer la possibilité pour les établissements de faire appel à la **Commission Interrégionale de médiation**. Il nous semble important de promouvoir cette instance.