

EXTRAIT

du registre des délibérations du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Séance du 18 mai 2018

Dossier N°2

Objet de l'affaire : Avis sur le Projet Régional de Santé (PRS)

Vu la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Vu le Décret n°2016-1206 du 07 septembre 2016 relatif au Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Vu le décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016 relatif au Projet Régional de Santé

Considérant que dans le cadre de la consultation relative au Projet Régional de Santé de la région Occitanie qui a débuté le 20 février 2018, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) est saisi pour avis, conformément au décret n°2016-1023 du 26 juillet 2016,

Considérant que le Projet Régional de Santé (PRS) a 3 composantes :

I - Le cadre d'Orientation Stratégique (COS) : il détermine les objectifs stratégiques de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la stratégie nationale de santé, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.

II - Le Schéma Régional de Santé (SRS) : il est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé. Y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social.

III - Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) : il a pour objet de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer le parcours des personnes les plus démunies. Ce programme s'appuie sur des dispositifs spécifiques, tout en visant l'accès et l'accompagnement des personnes concernées vers le droit commun,

Considérant qu'à l'issue de la consultation d'une durée de 3 mois, le Plan régional de santé Occitanie sera arrêté par la Directrice Générale de l'ARS pour une durée de 10 ans pour le COS et de 5 ans pour le SRS et le PRAPS,

Le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie, après en avoir délibéré, arrête un avis défavorable.

Cet avis est motivé comme suit :

Pour le volet personnes handicapées :

Les observations suivantes sont relevées :

- Le PRS comprend des principes généraux et ne propose pas des actions concrètes répondant à des besoins du terrain ;
- Le PRS n'assortit pas ses grandes orientations des moyens correspondants pour la prise en charge du handicap ;
- Les besoins suivants ne sont pas recensés dans le PRS :
 - o Un manque de places en IME et en ULISS
 - o Un placement par défaut : un enfant en ULISS au lieu de l'IME, un enfant à l'école au lieu de l'ULISS, avec des prises en charge inadaptées
 - o Le placement par défaut concerne notamment l'autisme
 - o Un manque de places pour l'autisme
 - o Un manque de places en ITEP et SAVS
 - o Un manque de professionnels de santé : médecins généralistes, spécialistes, psychiatres, neurologues, psychomotriciens, kiné
 - o Il n'y a plus de formations d'infirmiers psychiatriques qui sont essentiels sur la prise en charge
 - o Le manque de médecins ne favorise pas un diagnostic précoce
 - o Un manque de personnels en service de soins ou en établissement
 - o Un manque de places en UPHV
- Le PRS ne porte pas de proposition de coordination territoriale
- Le PRS met en avant SERAFIN qui doit conduire à une convergence tarifaire ; la convergence tarifaire ne prend pas en compte les contraintes liées notamment au territoire et aura des effets néfastes sur l'offre des services à qui une baisse de tarifs sera imposée avec ce système (le coût à la place d'un SESSAD sur l'Aude est de 25 000 € car le périmètre d'intervention est large ; il ne peut pas être comparé à un SESSAD sur Montpellier dont le coût à la place est de 17 000 €)
- Une forte inquiétude est émise sur SERAFIN qui prévoit par ailleurs une rémunération à l'acte ; dans les centres hospitaliers, cette mesure a conduit à un épuisement des personnels
- Le PRS affiche l'inclusion comme une priorité. Mais l'inclusion doit être considérée comme une solution à côté d'autres. Elle ne doit pas remettre en question l'institution lorsque le profil de la personne impose un accompagnement en structure.
- L'inclusion pour aboutir nécessite des moyens en termes de suivi, d'accompagnement, de transport...
- Les institutions hors les murs doivent correspondre à des prises en charge complètes avec les moyens nécessaires
- L'école est la première concernée par l'inclusion, mais les réussites sont encore isolées, notamment par manque de moyens de l'éducation nationale, l'absence de formation des instituteurs ou le manque de coordination. A noter que 60 % des demandes de Plans d'accompagnement Global (PAG) émanent de l'éducation nationale.
- Il est noté que pour promouvoir l'habitat inclusif, une commission a été réunie plusieurs fois à l'ARS et est restée sans suite pour les participants

- Le PRS fait ressortir des disparités concernant le nombre de places en ESAT. Il ne faut pas considérer que le département de l'Aude est bien loti sur ce point : toutes les places d'ESAT sont occupées
- Le PRS ne prend pas en compte le refus de soins lié au handicap psy ni l'absence de soins lié à la non prise en charge des transports pour aller se faire soigner
- Le PRS ne prend pas en compte le handicap psychique, notamment lorsqu'il touche les jeunes : ceux-ci, à l'issue d'une hospitalisation, retournent à domicile avec un suivi seulement mensuel ou trimestriel par un psychiatre (faute de médecin) ; le traitement est renouvelé par le médecin généraliste. Ces jeunes tombent ensuite dans la chronicité et restent à l'écart de l'inclusion, d'un logement autonome ou de l'insertion.
- Une réserve est émise concernant le dispositif d'emploi accompagné : sortir les personnes de l'ESAT pour aller vers le milieu ordinaire a déjà été expérimenté ; sur ces profils, il faut être conscient que l'expérience prouve que le besoin d'accompagnement n'est pas suffisant en milieu ordinaire et met les personnes en grande difficulté
- Le vieillissement des personnes handicapées ne fait pas l'objet d'une réflexion globale : cette population va s'accroître, il faut l'anticiper, il faut en amont s'interroger sur l'accompagnement des travailleurs qui ont passé des années dans le même foyer et qui légalement ne peuvent plus y être maintenus, sans pour autant relever d'un EHPAD, d'un UPHV ou d'un logement autonome.

Le CDCA met l'accent sur les propositions suivantes :

- Il est nécessaire de mettre en place un plan de formation complet à destination des professionnels de l'accompagnement du handicap tant à domicile, qu'en institution, qu'en milieu scolaire
- Dans d'autres départements, il existe des lits halte santé soins (lits dédiés au handicap profond, au handicap psy). Ce dispositif est nécessaire aussi dans l'Aude.
- Depuis 2015 ont été mis en place dans certains départements des dispositifs de consultation dédiée pour permettre un maillage effectif au niveau de l'accompagnement de la personne : ce dispositif serait nécessaire dans l'Aude
- Il faut proposer des dispositifs de répit aux proches aidants des personnes handicapées prises en charge à domicile, comme cela se développe pour les personnes âgées
- L'ARS doit impérativement organiser des dispositifs pour pallier le manque de psychiatres pour la prise en charge à la fois des enfants et des adultes souffrant d'un handicap psy
- Il faut envisager un dispositif incitatif ou obligatoire pour l'installation des professionnels de santé dans les zones dépourvues
- Le dossier médical partagé sera la colonne vertébrale du parcours de soins coordonné mais pour réussir il faut identifier un coordonnateur

Pour le volet personnes âgées :

Il est préalablement regretté que l'élaboration du PRS n'ait pas suffisamment associé les usagers et les partenaires.

Le PRS est un document qui comprend des grands principes avec lesquels on ne peut pas être en désaccord, mais il s'agit d'un catalogue de bonnes intentions.

En effet, le PRS n'est pas suffisamment précis, ne propose pas d'actions concrètes et apporte plus de questions que de solutions :

- La défense des droits collectifs des usagers n'est pas évoquée. Il était nécessaire de s'interroger sur les mesures permettant de mettre en œuvre une réelle démocratie sanitaire ;
- Des mesures pour identifier le mal-être des professionnels et pour accompagner les professionnels sont proposées ; mais la question de la surcharge de travail et de la lourdeur croissante des prises en charge avec des multi pathologies qui cause ce mal-être et génère de la maltraitance institutionnelle est éludée ;
- Sur la question de l'emploi, quelles sont les mesures prises pour pallier les départs massifs à la retraite qui se profilent dans le champ médico-social ?
- L'accompagnement des aidants n'est pas pris en compte à hauteur des enjeux ; le répit doit être organisé en termes d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ;
- Le PRS ne prend pas en compte les disparités locales : forte précarité de la population âgée audoise, ruralité, taux d'équipement, densité des professionnels de santé (notamment médecins spécialistes et dentistes).
- L'offre de soins est insuffisante sur de nombreux territoires audois : départ à la retraite de médecins généralistes, délai de 6 mois pour obtenir un RV chez un spécialiste (ex : neurologue)...
- La question de la prise en charge en EHPAD de personnes non dépendantes qui relèveraient plutôt de solutions intermédiaires n'est pas abordée
- La prévention est essentielle, mais comment toucher les personnes les plus en difficulté (isolement, précarité, non accès à l'information) qui sont aussi les plus concernées ?
- L'accès aux soins pour les personnes âgées fait l'objet de quelques mesures qui sont loin d'être suffisantes : ainsi, la télémédecine ne peut pas remplacer une médecine qui nécessite une relation humaine ; en outre, il doit être tenu compte des contraintes techniques pour la déployer (maîtrise de l'outil informatique, équipement informatique adapté...)
- Le PRS est établi pour 5 ans, pourtant, il ne prend pas en compte l'augmentation constante de la population âgée et le nombre de personnes dépendantes toujours plus nombreuses à accompagner
- Le volet formation doit être envisagé plus précisément :
 - o L'accès à la formation pour les professionnels des établissements hospitaliers est compliqué
 - o Une réforme des études médicales et paramédicales est annoncée ; elle doit prendre en compte l'aspect accompagnement des personnes âgées que ce soit à domicile ou en établissement
 - o Une formation des intervenants à domicile est absolument nécessaire pour la prévention et pour la prise en charge
- Et surtout il n'est pas question des moyens permettant de mettre en œuvre le PRS, si ce n'est qu'il est indiqué que ce sera à moyens constants ou par redéploiement. Et qu'en sera-t-il sur les toutes prochaines années au regard de toutes les réformes en cours et des contraintes budgétaires ?

Les pistes suivantes devraient être étudiées :

- Généraliser les centres de santé sous l'égide des hôpitaux
- Généraliser les SPASAD
- S'interroger sur la limitation de la liberté d'installation des jeunes médecins dont les études sont financées par l'Etat (11 000 €/an) par des dispositifs incitatifs avant tout
- Quelle coordination des professionnels pour le dossier médical partagé ?
- Dépistage par les intervenants à domicile qui doivent être formés à cette fin
- Revoir le taux d'encadrement dans les EHPAD (1 résident = 1 personnel)
- Faire connaître les directives anticipées et quand l'utilisateur les a fait connaître, les prendre en compte sans les lui redemander à chaque nouvelle hospitalisation
- Les Maisons de Santé pluridisciplinaires (MSP) sont considérées dans le PRS comme LA solution, c'est peut-être la solution ponctuellement mais de nombreux

échecs prouvent que ce n'est pas LA solution ; il faut réfléchir à des centres de santé avec des médecins salariés sont des solutions intéressantes car correspond aux demandes des nouveaux médecins qui sont majoritairement des femmes

- L'appui des MSP / centres de santé sur les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) est problématique car ils distendent le lien avec les centres hospitaliers (CH) : il faut des liens directs avec les CH
- Les aides-soignants pourraient exercer à domicile en libéral comme les infirmiers

Les membres du CDCA décident de joindre au présent avis, celui de l'intersyndicale de la formation spécialisée pour les personnes âgées (en annexe).

**Pour le Président du Conseil départemental de la
citoyenneté et de l'autonomie et par délégation,
La vice-présidente du conseil départemental,**



Hélène SANDRAGNE