

Assemblée Plénière du CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée



**CONTRIBUTION
DU CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL REGIONAL
AU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
2018-2022**

Assemblée Plénière du 18 juin 2018

Le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional (CESER) est l'Assemblée consultative, instituée par la loi du 05 juillet 1972, placée au côté du Conseil Régional, avec lequel il constitue la Région.

Composé de membres issus d'organisations socioprofessionnelles diverses représentant la société civile organisée et reconnus pour leurs compétences, leur sens de l'intérêt général et leur expérience, le CESER est un lieu d'écoute, d'échange, un laboratoire d'idées pour répondre aux besoins des citoyens.

Le dialogue instauré doit permettre d'aboutir à une vision partagée de l'intérêt régional, au-delà de tout clivage.

Les avis du CESER, rendus dans le cadre d'une saisine obligatoire de la Présidente de Région ou d'une auto-saisine, constituent de véritables outils d'aide à la décision publique.

**Assemblée Plénière du CESER Occitanie / Pyrénées-Méditerranée
18 juin 2018**

**CONTRIBUTION DU
CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL REGIONAL
AU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ
2018-2022**

Adoptée par le Bureau du CESER
et présentée à l'Assemblée plénière
pour débat sans vote

**Conseil Economique Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées-Méditerranée**

SOMMAIRE

**EXTRAIT DU DISCOURS INTRODUCTIF
DE MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY,
PRÉSIDENT DU CESER OCCITANIE / PYRÉNÉES-MÉDITERRANÉE**

**CONTRIBUTION DU CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET
ENVIRONNEMENTAL REGIONAL
AU PROJET REGIONAL DE SANTE 2018-2022**

INTERVENTIONS

**EXTRAIT DU DISCOURS INTRODUCTIF
DE MONSIEUR JEAN-LOUIS CHAUZY, PRÉSIDENT DU CESER
OCCITANIE / PYRENEES-MEDITERRANEE**

**Monsieur le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales, représentant Monsieur le Préfet de région,
Monsieur le Vice-Président de Région Guillaume CROS, représentant Madame la Présidente de Région,
Madame la Conseillère, Monsieur le Conseiller,
Madame, Monsieur,
Chers collègues,**

C'est avec un réel plaisir, après l'installation du nouveau CESER Occitanie le 31 janvier dernier, que je vous retrouve tous ici en assemblée plénière pour la présentation des premiers travaux de la mandature du CESER.

Je voudrais avant toutes choses remercier Monsieur le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales Laurent CARRIÉ, représentant Monsieur le Préfet de région, et Monsieur le Vice-Président de Région en charge des affaires européennes et des fonds structurels Guillaume CROS, représentant la Présidente de Région Madame Carole DELGA, pour leur présence parmi nous ce matin, témoignant de l'intérêt porté à nos travaux.

A l'ordre du jour de cette session ordinaire, nous avons des projets d'avis sur des sujets qui revêtent une importance majeure pour l'aménagement équilibré et durable de l'Occitanie.

Nous commencerons par le projet d'avis sur la Convention de service public ferroviaire régional de transport de voyageurs 2018-2025 entre la Région Occitanie et SNCF Mobilités réalisé sur saisine de la Présidente de Région en date du 9 mars 2018 ; il sera présenté par la rapporteure Mme Odile MAURIN, que je remercie.

Puis, il y aura la présentation du projet d'avis intitulé « Résolution pour le maintien d'une politique européenne de cohésion sociale et territoriale. Programmation européenne 2021-2027 : quels enjeux pour la région Occitanie? » élaboré dans le cadre d'une auto-saisine ; la rapporteure est Mme Sabine VENIEL LE NAVENNEC. Ce sujet d'actualité est déterminant pour les régions de France.

Enfin pour terminer cette séance, nous aurons à échanger sur le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2022, après la présentation par le Président de la commission « Santé - Culture - Sport - Cohésion sociale » Georges BENAYOUN de la contribution du CESER, préparée par ladite commission. Cette contribution a été adoptée par le Bureau du CESER et adressée à la Directrice de l'ARS le 2 mai. Le débat sans vote est ouvert aux conseillers mais aussi aux membres extérieurs de la section Prospective.

Je remercie les Présidents des commissions concernées, Madame Christine SANCHEZ, et Monsieur Bruno LAFAGE ainsi que les conseillers et rapporteures pour la qualité du travail réalisé dans des délais courts. Mes remerciements s'adressent également à Monsieur Georges BENAYOUN, aux membres de sa commission, et au groupe de travail qui ont produit la contribution du CESER au PRS.

(...)

Le Projet Régional de Santé 2018-2022

Quelques mots maintenant sur le Projet Régional de Santé, qui vise à construire une réponse de qualité aux besoins de santé de la région, à garantir l'accessibilité à la santé et aux soins sur toute la région, à veiller à la cohérence et à l'efficacité de l'action publique, à contribuer efficacement aux objectifs de la stratégie nationale de santé.

C'est la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui a posé à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours tangible pour les patients. Le parcours, c'est la prise en charge globale, structurée et continue des patients au plus près de chez eux. La structuration des parcours est inscrite dans le PRS.

L'Agence Régionale de Santé Occitanie (ARS) a soumis à la consultation en février dernier ce PRS, sur ces 3 composantes que sont : le Cadre d'Orientations Stratégiques (COS), le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Bien que nous ne fassions pas partie des acteurs directement consultés, la Directrice de l'ARS, Monique CAVALIER, nous offrait la possibilité d'émettre un avis. Le CESER portant un intérêt majeur aux questions de santé - en témoignent ses Avis et contributions sur l'Accès aux soins pour tous, le vieillissement, la désertification médicale - a souhaité prendre part à la réflexion. La contribution produite a été soumise à la validation du Bureau du CESER qui l'a adoptée, et a été transmise le 2 mai à la Directrice de l'ARS.

Notre région Occitanie, c'est une forte croissance démographique, un vieillissement de la population, une précarité importante, une offre de soins inégalement répartie sur les territoires, des zones de désertification médicale.

Il faut par conséquent améliorer l'accessibilité spatiale, sociale et financière de la population aux services de santé, organiser les parcours de santé, développer la politique de prévention. Le PRS qui doit être mis en oeuvre par l'ARS doit pouvoir en définir les mesures.

Je laisserai le président de la commission Georges BENAYOUN vous présenter plus en détail notre contribution au PRS.

Je peux d'ores et déjà vous dire que le CESER a salué l'importance et la qualité du travail présenté par l'ARS. Le suivi et l'évaluation in itinere, et non au bout des 5 ans, sont indispensables pour nous, afin de pouvoir adapter la politique de santé aux résultats obtenus. Nous souhaiterions être associés au COPIL qui serait créé. Enfin, le CESER fait part de son inquiétude quant aux moyens que l'ARS mettra au service des ambitions affichées dans le PRS, notamment s'ils sont trouvés dans le cadre de la redistribution des moyens existants et non par une augmentation de ceux-ci ; cela pourrait avoir des conséquences préjudiciables sur les secteurs et zones concernés et sur la santé des populations.

Des réformes en cours dans le domaine de la santé

Dans ce domaine de la santé, nous resterons par ailleurs attentifs à la réforme de l'hôpital, à la réforme "globale" du système de santé qui devrait être dévoilée en juillet et qui concerne cinq chantiers : la qualité et la pertinence des soins, les modes de financement et de régulation, le virage numérique, la formation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé et enfin l'organisation territoriale des soins.

La construction des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) doit permettre dans les territoires de garantir une offre de soins sécurisée, au plus près des populations. Ces hôpitaux de proximité, en coopération et en partage des compétences, doivent répondre aux besoins du quotidien.

Nous préparons également actuellement une contribution sur les pratiques avancées (Commission. Enseignement Supérieur - Recherche -Valorisation - Transfert – Innovation). La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée ». Celle-ci consiste à déléguer à des auxiliaires médicaux de nouvelles responsabilités dans la prise en charge des patients, après une formation complémentaire, et ce en collaboration avec tous les professionnels du secteur.

La pratique avancée en santé existe dans bon nombre de pays. En France, le choix a été fait de mettre en place la réforme en commençant par la profession d'infirmier. Un décret sur les modalités d'exercice des IPA (Infirmier en pratique avancée) devrait être adopté cette année, car la Ministre de la santé poursuit l'objectif de permettre l'entrée des infirmiers en master officiel de formation à la rentrée de septembre 2018, afin de bénéficier d'un nombre important d'IPA dès 2020.

Face aux évolutions de l'organisation des formations sanitaires et sociales de niveaux III, II et I du fait du processus engagé d'universitarisation et du projet de décret précité, la Commission du CESER en charge de ce travail, consciente des difficultés d'accéder aux soins de santé sur un nombre important de territoires, propose de s'interroger sur les conséquences des nouveaux dispositifs de formations universitaires pour les différentes parties prenantes concernées. La Présidente de Région vient de nous écrire pour approuver notre choix, manifester son intérêt et attend la présentation de notre avis. Michel BOUSSATON, Conseiller régional délégué à la Santé, à la Silver Economy et aux Formations sanitaires et sociales, sera par ailleurs notre interlocuteur tout au long de la démarche.

La réforme et les projets de textes gouvernementaux impacteront l'organisation de la santé en région.

(...)

Je vous remercie de votre attention.

**Cette contribution a été réalisée sous l'autorité de la Commission
« Santé - Culture - Sport - Cohésion Sociale »**

Le Bureau

Président

Georges BENAYOUN

Vice-Présidente

Emilie LÉPRON

Secrétaire

Sandrine PRAX

Les membres

Dominique ANTONI
Martine APRIOU
Nadine BARBOTTIN
Nathalie BASQUE
Sylvie CHAMVOUX-MAITRE
Michel COLOM
Miguel COSTA-CLARO
Elvire De ALMEIDA LOUBIERE
Habib DECHRAOUI
Francis DECOUCUT
Patrick DELFAU
Pierre DELPEYROUX
Gisèle DESMONTS
Ludovic DUBOIS
Nicolas DUBOURG
André DUCOURNAU
Gilbert FOULHÉ
Pierre-Jean GRACIA

Hélène GRANDJEAN
Chantal GRIN
Émilie JEAN
Christelle JOURNET
Orianne LOPEZ
Sandra MARTORELL
Valérie MAZOUIN
Dominique MICHEZ
Catherine MIFFRE
Isabelle MONTIER
Nadia MOUZAÏA
Bernard PEREZ
Claude RICO
Patrick ROUX
Christine SANCHEZ
Gérard SOUSSAN
Méryl SROCYNSKI
Christian TERRANCLE

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION – ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET POINTS DE REPÈRES.....	1
I. REMARQUES GÉNÉRALES.....	3
II. REMARQUES SUR QUATRE POINTS PARTICULIERS DU PRS.....	4
1. La prévention.....	4
2. L’accessibilité aux soins.....	5
3. Les publics vulnérables.....	9
4. L’organisation du système de soins.....	9
CONCLUSION.....	12

« Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. »

Extraits de l'article 25 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, décembre 1948

INTRODUCTION – ÉLÉMENTS DE CONTEXTE ET POINTS DE REPÈRES

L'Agence Régionale de Santé a ouvert depuis le 20 février, et pour une durée de 3 mois, la consultation sur le Projet Régional de Santé (PRS), qui est le principal instrument de pilotage régional de la politique de santé.

Le nouveau Plan Régional de Santé (PRS) Occitanie a pour ambition de se saisir de l'opportunité liée à la création de la nouvelle Région pour agir au cœur des territoires en fixant les orientations de la politique de santé à 10 ans et en proposant un schéma de mise en œuvre à 5 ans.

Il est organisé en application des dispositions de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016.

Trois documents composent le PRS soumis à consultation :

- **Le cadre d'orientation stratégique (COS)** : il détermine les objectifs stratégiques de l'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.
- **Le schéma régional de santé (SRS)** : il est établi pour 5 ans, 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.
- **Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (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.

Afin de répondre à ces enjeux, le PRS indique se mobiliser autour **de 5 engagements** :

- **Développer le repérage, le dépistage et l'accompagnement précoces ;**
- **Accompagner la personne pour lui permettre d'être acteur de sa santé ;**
- **Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations ;**
- **Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées, de la bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, notamment la e-santé ;**
- **Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.**

Pour la mise en œuvre opérationnelle de ces engagements, **5 clés de transformation** ont été identifiées :

- **La territorialisation de l'action de l'ARS, en conciliant proximité et gradation des réponses aux besoins ;**
- **Une attention constante portée à la coordination des politiques publiques et aux synergies partenariales ;**
- **Le développement de l'innovation en santé ;**
- **La capacité à prendre soin de ceux qui soignent ;**
- **La mise en place d'un dispositif de pilotage et d'une démarche d'évaluation tout au long de la mise en œuvre du PRS.**

Conformément à la loi du 26 juillet 2016, le PRS est soumis aux autorités consultées suivantes :

- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) ;
- Les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA) ;
- Le Préfet de région ;
- Les collectivités territoriales ;
- Le conseil de surveillance de l'ARS.

Le CESER n'est donc pas tenu légalement de contribuer à ce document. Cependant, le CESER mène depuis longtemps, aussi bien du côté de l'ex-Languedoc-Roussillon que de l'ex-Midi-Pyrénées, des réflexions sur des thèmes en lien avec les questions sanitaires et médico-sociales. Il lui a donc paru opportun d'apporter une contribution à ce Projet Régional de Santé qui sera le cadre de la politique de santé sur le territoire régional pour les années à venir. Le présent document est donc une auto-saisine, c'est-à-dire que le CESER a choisi de traiter le sujet de sa propre initiative.

L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, a régulièrement témoigné de son intérêt pour la réflexion menée par le CESER. La Directrice était ainsi venue présenter la méthodologie qui a conduit à l'élaboration du PRS lors du Bureau du CESER du 5 décembre 2017.

Pour le CESER, il paraît pertinent que la 2ème assemblée régionale, représentante de la société civile organisée, dans toute sa diversité, soit formellement consultée sur ce type de documents.

Cette contribution s'attache à faire quelques remarques générales avant de proposer des développements sur quatre focus qui lui semblent particulièrement importants :

- La prévention ;
- L'accessibilité aux soins ;
- Les publics vulnérables ;
- L'organisation du système de soins.

I. REMARQUES GÉNÉRALES

Dans la suite du PRS 1 de 2012, il convient de saluer l'importance et la qualité de travail présenté par l'ARS.

Le CESER approuve la méthodologie de travail qui entoure l'élaboration du futur principal instrument de pilotage régional de notre politique de santé, à savoir l'identification des 5 parcours les plus stratégiques de notre région (vieillesse, personnes en situation de handicap, jeunes, santé mentale, cancer) et le choix des 8 thèmes transversaux prioritaires dont la protection des populations, l'organisation des soins primaires, la coordination des acteurs de santé et l'identification des 19 filières prédominantes de prise en charge.

Le CESER est également sensible à l'attention apportée au respect de la démocratie sanitaire et notamment aux travaux et observations déjà produits par les 13 Conseils Territoriaux de Santé (CTS). Il ne manquera pas de consulter avec la même assiduité les analyses futures de ces derniers qui continueront à alimenter l'élaboration du Projet Régional de Santé.

Prenant acte de ce diagnostic régional, des contributions des CTS et des premières conclusions sur les parcours, le CESER sera attentif aux aspects opérationnels de la déclinaison du PRS et aux moyens financiers dédiés aux différentes actions à mettre en œuvre pour gérer les futures priorités institutionnelles sur les territoires.

Il note cependant que l'identification des 48 priorités opérationnelles et des 84 projets structurants du SRS, bien que semblant témoigner d'une stratégie ambitieuse, n'a pas été suffisamment concertée. En effet, il n'y a pas eu suffisamment d'échanges sur la définition des priorités, du contenu des projets et des moyens à mobiliser.

Le PRS établit un état des lieux pertinent des caractéristiques géographiques, démographiques et épidémiologiques de la région Occitanie. En particulier, sont bien mises en évidence les disparités importantes selon les zones du territoire, du point de vue de la densité de la population, des typologies par âge de la population ou de la proportion de personnes en situation de pauvreté.

Le diagnostic met notamment en exergue les caractéristiques démographiques de la région incluant une forte proportion de population âgée et de personnes dépendantes dans un contexte de croissance dynamique et durable au sein d'un vaste territoire avec une faible densité de population.

Il observe en outre que :

- Malgré des indicateurs de santé favorables, des disparités territoriales marquées subsistent ;
- Si l'offre de soins sur le territoire régional est importante, elle est cependant mal répartie.

Pour l'ARS comme pour le CESER, ces caractéristiques doivent être prises en compte dans la manière d'organiser le système de santé.

Ainsi, étant donné que les besoins de santé et de soins des populations âgées sont plus importants que ceux du reste de la population, le fait que la population de la région soit **sensiblement plus âgée que la moyenne nationale**, en particulier dans les territoires ruraux, impose de prendre en compte cette réalité démographique et de prévoir des services sanitaires et médico-sociaux en quantité suffisante dans les territoires où ces personnes résident.

Si Toulouse et Montpellier sont deux métropoles attractives, les territoires ruraux attirent peu les professionnels de santé. Comment pallier leur démographie vieillissante sur ces secteurs ? Dans le même temps, 35% des personnes âgées d'au moins 75 ans vivent actuellement seules à domicile et qu'il est prévu 180 000 personnes âgées dépendantes en 2030. Pour faire face à ces problématiques, il conviendra de réfléchir aux moyens d'anticiper sur les futures modalités d'aide aux aidants et favoriser le maintien à domicile grâce à la création de structures d'aval innovantes.

Tout en notant certains manques majeurs (médecine du travail, certains champs du médico-social comme la petite enfance) limitant l'ambition d'exposer une vision globale de la santé, le CESER souligne l'approche relativement étendue du PRS. Le CESER regrette toutefois l'approche majoritairement sanitaire du document.

Le pendant de l'approche étendue, qui fait que quasiment tous les publics sont mentionnés, rend quelque peu malaisée l'identification d'axes forts. En effet, il s'agit d'un document très dense, diffus, ce qui le rend parfois peu lisible.

Cette complexité et la difficulté à se repérer dans les documents qui sont soumis à consultation peuvent faire craindre des difficultés pour les acteurs sollicités à rendre un avis éclairé. Une synthèse des documents aurait été utile et aurait permis que s'exerce un véritable dialogue.

Le CESER regrette également que le diagnostic de l'existant ne soit pas complété par une dimension prospective des évolutions des pathologies dans les années à venir alors qu'il existe un certain nombre de statistiques épidémiologiques permettant de soulever les enjeux médico-économiques à venir.

Plus généralement, le CESER regrette que le SRS, alors qu'il est censé être **un document prospectif, s'appuie sur des réalités mais évalue peu les besoins futurs de la région. C'est notamment le cas pour les besoins des personnes en situation de handicap ou atteintes de maladies chroniques.**

Concernant le bilan des précédents PRS, tout en reconnaissant la difficulté d'établir un bilan à partir de deux documents différents élaborés avant le rapprochement des Régions, le CESER aurait souhaité une évaluation plus précise de ce qui a été effectivement réalisé. Ce constat le conduit à recommander vivement que dans le cadre de ce nouveau PRS, une évaluation soit réalisée dès la mise en œuvre du PRS et tout au long de son application.

II. REMARQUES SUR QUATRE POINTS PARTICULIERS DU PRS

1. La prévention

Le CESER a toujours affirmé que la prévention devait être un axe prioritaire des actions menées.

Il se félicite donc que le PRS comporte un volet prévention, reconnaissant ainsi l'aspect primordial de la dimension préventive en matière de **santé publique**.

Le CESER insiste notamment tout particulièrement sur l'importance de la prévention dans ses trois dimensions, primaire, secondaire et tertiaire¹, face à l'évolution galopante des maladies chroniques. Dans ce contexte, il est donc indispensable d'optimiser les moyens existants de la prévention.

¹ La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 "est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps".

Il s'agit d'en distinguer trois types :

- **La prévention primaire** : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.

- **La prévention secondaire** : est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

Il souhaite également souligner l'importance de la prise en compte de la santé environnementale à laquelle s'attache le nouveau Plan Régional Santé Environnement (PRSE 3).

Il attire cependant l'attention sur le fait que cette prévention doit être réfléchie et ciblée, pour ne pas avoir pour effet d'accroître les inégalités.

La principale difficulté à laquelle se heurtent les actions de prévention réside dans le fait de souvent ne pas parvenir à toucher le public qui en a le plus besoin. Cela est dû à un manque d'information que les actions mises en place devront tenter de combler, mais plus largement, c'est un changement de mentalités global qui doit s'opérer, aussi bien du côté des patients que du côté des personnels soignants.

La conséquence est que l'accès à la prévention est généralement marqué par une disparité en fonction des catégories sociales, et donc qu'une politique de prévention trop généraliste a probablement pour résultat de bénéficier majoritairement lieu aux populations les plus favorisées.

Cette analyse est présente dans le PRS et le CESER se félicite de cette convergence de vues sur ce point. Pour autant, il constate qu'aucune innovation réelle ne vient apporter des pistes de réponses pour améliorer effectivement l'accès à la prévention pour tous. **Le CESER aurait souhaité que le PRS initie des modalités d'actions innovantes concrètes pour toucher les publics en situation de précarité.**

Le CESER s'interroge sur les moyens qui pourraient être attribués à la mise en œuvre d'actions de prévention : il appelle à la vigilance sur la tentation d'un redéploiement des moyens au détriment du sanitaire et du médico-social au profit de la prévention.

Il insiste sur la nécessité d'une enveloppe clairement identifiée pour financer la prévention.

Par ailleurs, le CESER prend note de l'analyse du PRS sur la nécessité « **de prendre soin de ceux qui soignent** », c'est-à-dire des professionnels de santé travaillant au sein des établissements sanitaires, médico-sociaux ou en ambulatoire (qu'ils soient publics, privés ou associatifs). Il s'interroge sur les moyens qui seront alloués à cette politique car il ne les pas identifiés dans les documents du PRS. **Le CESER veillera à la traduction concrète de cette orientation dans les actions qui seront mises en œuvre et il sera attentif à l'évaluation qui sera faite sur cette thématique.**

2. L'accessibilité aux soins

▪ L'accessibilité sociale et financière aux soins

Le PRS a bien pris la mesure de l'importante **proportion de personnes en situation de pauvreté** dans la région (1 personne sur 6). L'ARS inscrit la réponse aux besoins de ces populations comme 1^{ère} ambition et rappelle que cet enjeu était aussi mis en avant dans les précédents PRS. Cependant, les politiques de santé mises en œuvre ne sont pas parvenues à réduire de manière significative les inégalités sociales de santé.

Les annexes du PRAPS identifient 30 actions structurantes : au regard des enjeux identifiés, le CESER s'interroge sur l'aspect réaliste de la mise en œuvre de l'ensemble de ces actions.

- **La prévention tertiaire** : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Le CESER salue la prise en compte par l'ARS de cette question essentielle, à travers l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, tout en s'inquiétant que cet objectif ne soit pas suffisamment traduit dans les plans d'actions proposés.

Pour le CESER, réduire de manière significative les inégalités sociales de santé nécessite de s'attacher à réaliser une étude des causes de ces inégalités.

Dans un Avis sur l'accès à des soins de qualité pour tous, le CESER avait procédé à d'importants développements sur la notion « d'inégalités sociales de santé ». Cette notion renvoie à l'idée que les progrès accomplis dans le domaine médical ne profitent pas à tous de manière équitable et que les inégalités sociales engendrent des inégalités en termes d'état de santé et d'accès aux soins. Toutes les études montrent en effet qu'on observe une forte corrélation entre milieu social et niveau de santé : qu'il s'agisse de mortalité, de morbidité, de recours aux soins et à la prévention, de santé perçue/déclarée, ou encore de qualité de vie, le milieu social, les origines, la profession, le sexe exercent une influence. Ce constat ne concerne pas seulement les personnes les plus défavorisées mais intervient à chaque niveau de la hiérarchie sociale.

Ces inégalités sociales de santé trouvent notamment leurs origines dans une inégale exposition aux facteurs de risque (alcool, tabac, risques professionnels, etc.), un recours inégal à la prévention et au dépistage, des trajectoires différenciées dans le système de soins.

Cependant, pour le CESER, il est important de rappeler que les comportements individuels ne sont pas les seuls facteurs explicatifs de ces inégalités et que d'autres facteurs, de nature sociale d'une part, d'ordre structurel d'autre part, jouent un rôle important.

Les facteurs de nature sociale, appelés « déterminants sociaux de santé », sont multiples et complexes, citons notamment :

Les capitaux culturel, social, économique et sanitaire acquis à l'entrée dans l'âge adulte sont liés à l'origine sociale.

- Les conditions d'emploi et de travail.
- Les conditions et le cadre de vie : logement, revenus, protection sociale, etc.
- Les styles et modes de vie : consommation alimentaire, de tabac et d'alcool, etc.
- Les traditions, croyances et cultures.

Les facteurs d'ordre structurel, c'est-à-dire liés au contexte politique et économique, influent sur la répartition sociale de la population en fonction du revenu, de l'éducation, de la profession, du sexe, etc. Cela fait référence aux orientations des politiques sociales et des politiques publiques en général, la culture et les valeurs de la société, les revenus, etc.

Cette analyse des inégalités sociales de santé renvoie notamment à l'existence d'obstacles à l'accès aux soins, que le CESER avait mis en évidence dans son Avis de 2009. Ces obstacles sont de différentes natures : ce sont des obstacles financiers, mais aussi psychologiques et sociaux (méconnaissance des dispositifs existants).

Les mécanismes à l'œuvre pour expliquer les difficultés que rencontrent certains pour accéder à des soins de qualité sont complexes parce qu'ils se situent à plusieurs niveaux : géographique, économique, social, culturel.

Le CESER s'inquiète particulièrement de la situation d'une partie des étudiants qui n'ont pas accès de manière satisfaisante aux soins dont ils ont besoin. Pour le CESER, il serait pertinent de **promouvoir**

la mise en place de Centres de santé universitaires, permettant un accès facilité aux soins psychiatriques, gynécologiques, ophtalmologiques, dentaires, etc.

Le CESER souhaite aussi attirer l'attention ici sur la situation des ressortissants étrangers qui n'ont pas de couverture sociale et pour lesquels des dépistages et un accompagnement seraient pourtant nécessaires. Ces situations renvoient à des enjeux de santé et sécurité publique.

La question de l'accessibilité sociale et financière aux soins renvoie aux inégalités de santé liées à la situation sociale des personnes. Il faut rappeler à ce niveau l'importance du rôle joué par les facteurs économiques : **il apparaît bien que les conditions économiques et financières des personnes conditionnent leur manière d'accéder à des soins correspondant à leurs besoins. Le CESER regrette que le PRS ne traite que trop peu cette question, même s'il est vrai qu'une grande partie des causes de ces situations ne relèvent pas de l'ARS.**

Au-delà des personnes en situation de grande vulnérabilité, la difficulté d'accéder à des soins pour raisons financières (qui peut mener à renoncer à ces soins) concerne de nombreuses catégories sociales qui, sans être démunies, ne sont pas en mesure de s'acquitter des **reste-à-charge parfois très importants imposés pour certains soins, aides techniques ou séjours**. Ce sont notamment les travailleurs pauvres, les étudiants, les personnes âgées isolées, etc. **Ces situations mettent à mal l'effectivité des principes éthiques, pourtant très louables, énoncés dans le Cadre d'Orientation Stratégique (dignité, intégrité, justice, liberté et bienveillance).**

▪ **L'accessibilité territoriale aux soins**

L'Occitanie apparaît comme la région la plus contrastée de France avec une démographie certes dynamique (61 300 naissances en 2015) mais marquée par le vieillissement de la population (1 habitant sur 10 a au moins 75 ans). Forte de ses 13 départements répartis sur 72 724 km² entre mer et montagnes, villes et campagnes, elle doit néanmoins faire face à un enjeu d'accessibilité spatiale important avec 45% de « zone montagne » et de grande diversité de peuplement en fonction des départements.

La question de la démographie médicale et celle du risque de désertification médicale sont le reflet d'un **problème de répartition des professionnels de santé associée à de nouvelles attentes professionnelles.**

Cette question ne se pose pas de la même manière pour tous les territoires, sans que l'on puisse dire pour autant que l'inégale répartition de l'offre de soins recouvre la distinction urbain/rural : certains territoires urbains sont sous dotés et la désertification concerne certains territoires ruraux plus que d'autres.

Cette question se pose avec encore plus d'acuité quand on examine la situation dans le détail et que l'on distingue les médecins généralistes et les médecins spécialistes : **pour certaines spécialités en effet, une réelle pénurie existe déjà dans certains territoires, en médecine de ville mais aussi dans les établissements de santé, mettant parfois même en péril le maintien des services dans les établissements sanitaires et médico-sociaux locaux.**

Ce problème de déficit de médecins spécialistes risque d'être augmenté par certaines décisions de l'ARS qui peuvent être en décalage avec les logiques de territoire, notamment dans le cadre des « Groupements Hospitaliers de Territoires » (GHT). Pour autant, ces derniers ont également eu des effets bénéfiques par endroits. Pour le CESER, il faut viser une organisation de l'offre de soins harmonieuse, ce qui peut parfois passer par des collaborations entre établissements se situant dans deux territoires de santé différents.

Le CESER estime qu'il est urgent de mettre en place une permanence des soins (PDS) de spécialité dans les territoires pour partager les gardes entre public et privé. En effet, pour le CESER, la Permanence des Soins ne doit pas s'organiser uniquement au niveau des soins de premiers recours et des omnipraticiens mais bien de l'ensemble des professionnels de santé présents sur le territoire.

De manière plus générale, le CESER estime que la réduction des inégalités territoriales n'est pas assez prise en compte dans le PRS en termes d'actions opérationnelles évaluables.

Au-delà, pour le CESER, **la définition de ce qu'est un désert médical pose question.** Il n'est pas pertinent de ne prendre en compte que des données quantitatives. En effet, sur ce point, **c'est plus l'équité que l'égalité qu'il faut viser, ce qui passe par la prise en compte d'aspects qualitatifs, tels que la proportion de personnes âgées sur un territoire (car les personnes âgées ont davantage besoin de services de soins que d'autres segments de la population).**

En effet, le CESER rappelle que c'est un ensemble de facteurs sociologiques qui doivent être pris en compte pour concevoir une organisation des soins qui réponde aux besoins réels des territoires. Ainsi, il faut notamment avoir à l'esprit que **les évolutions des attentes des nouveaux médecins en termes de mode d'exercice, de durée de travail et de rémunération (beaucoup souhaitent être salariés, plébiscitent les regroupements, etc.) ont une influence sur la manière dont se structure concrètement l'offre de soins sur un territoire. Le fait que ces évolutions s'inscrivent dans un contexte d'augmentation de la demande d'offre de soins, lié au vieillissement de la population et à l'augmentation des Affections de Longue Durée mais aussi à l'augmentation de la population que connaît le territoire de la région Occitanie, accentue le décalage entre offre et demande de soins.**

Ce sont bien tous ces éléments de contexte, ajoutés au problème de répartition des médecins sur le territoire, qui créent des situations de risque de désertification médicale.

De ce fait, le CESER s'interroge sur la pertinence des critères qui déterminent le zonage et la définition des zones sous dotées, d'autant plus que le ressenti de la population locale ne reflète pas toujours la réalité objective. Le CESER estime qu'il y a nécessité d'accompagner les populations dans la transition vers une nouvelle organisation des soins.

Dans ce cadre, **les Maisons de Santé pluridisciplinaires peuvent constituer une réponse pertinente** pour les territoires qui connaissent des situations de désertification médicale. Cependant, le CESER estime qu'il serait nécessaire de réaliser un **bilan de l'installation de Maisons de Santé Pluridisciplinaires dans la région.** Beaucoup de fonds publics ont été engagés, notamment en provenance de la collectivité territoriale régionale, il est important de savoir quels sont les projets qui se sont concrétisés efficacement et quels sont ceux qui n'ont pas fonctionné et pourquoi.

Le CESER souligne que les centres de santé constituent également des solutions pertinentes pour les territoires. Le statut salarial des médecins qui y exercent est de nature à attirer une partie des jeunes médecins qui préfèrent ne pas être isolés dans leurs pratiques, mutualiser la prise en charge des aspects administratifs de leur travail et concilier vie professionnelle et vie familiale. De plus, pour les patients, les centres de santé présentent des avantages : tiers payant généralisé, conventionnement en secteur 1 (donc pas de dépassements d'honoraires), approche globale (c'est-à-dire parcours de soins qui inclut un accompagnement administratif, l'accès à la prévention et aux soins). De plus, les centres de santé s'inscrivent dans le cadre des systèmes de permanence des soins.

Sur cet enjeu essentiel de la désertification médicale, même si le sujet est abordé régulièrement par l'ARS, le CESER estime qu'au regard des pistes de solutions identifiées, rien ne permet de penser qu'avec ce PRS le problème sera résolu à courte ou moyenne échéance.

3. Les publics vulnérables

Le PRS pose comme fil rouge la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité, entendant cette notion comme incluant « toute personne menacée dans son autonomie, dans sa dignité ou dans son intégrité (physique ou psychique) », c'est-à-dire des personnes « incapables de protéger leurs « ressources » et d'adhérer de manière éclairée et volontaire aux propositions de prise en charge ou d'accompagnement ». Cette notion va donc « au-delà de la prise en compte du poids des inégalités sociales et territoriales de santé. »

Entrent majoritairement dans cette catégorie : **les personnes en situation de handicap, les personnes vieillissantes, les personnes relevant de problématiques de santé mental, ainsi que certains jeunes.**

Ces 4 types de population sont ceux que le PRS identifie comme relevant d'un parcours prioritaires (le 5^{ème} étant la prise en charge des cancers). **Le CESER estime que ces parcours ciblent bien les publics ou questions qui doivent faire l'objet d'un effort particulier dans les 5 prochaines années.** Cependant, il s'inquiète de la mise en œuvre concrète des actions en direction de ces publics car la question des inégalités sociales de santé, si elle est mise en avant dans le COS **n'est pas suffisamment approfondie dans le cadre des fiches actions.**

Le CESER veut attirer l'attention sur une branche de ces publics vulnérables, celle des « publics invisibles », expression qui désigne les personnes – souvent en situation de grande précarité - qui passent à côté des réseaux de prise en charge, qui ne sont pas repérées. La question des publics invisibles doit se comprendre également dans une approche de territoire.

En lien avec les deux premiers engagements du PRS (repérage, dépistage et accompagnement précoce ; accompagner la personne pour lui permettre d'être acteur de sa santé), **le CESER considère qu'il serait souhaitable de développer les articulations entre professionnels de santé et associations**, notamment les bénévoles dans leur expertise en termes de repérage des publics invisibles et leur capacité d'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.

Pour le CESER, un certain nombre d'éléments du diagnostic établi pour le PRS et des ambitions affichées (en particulier le constat de la forte proportion de personnes âgées et de personnes dépendantes, le taux de précarité élevé et les disparités territoriales marquées en termes d'indicateurs de santé et de répartition de l'offre de soins), **aurait dû amener à mettre en question la dimension majoritairement sanitaire du PRS.** En effet, cet éclairage ne permet pas de répondre de manière optimale aux priorités régionales en termes de prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Pour le CESER, l'ambition de mieux répondre aux besoins des personnes vulnérables ne se traduit pas par des actions concrètes dans la déclinaison du PRS et du PRAPS. Par ailleurs, **le CESER regrette qu'il n'y ait pas eu d'évaluation du précédent PRAPS.**

4. L'organisation du système de soins

Concernant l'évolution du paysage sanitaire et médico-social régional, **le CESER s'étonne que le PRS ne donne aucune visibilité sur l'implantation (en termes quantitatifs et sur les lieux) de nouveaux équipements sanitaires ou médico-sociaux à 5 ans.**

Il s'étonne par ailleurs qu'aucune évaluation du programme précédent n'ait été réalisée.

L'organisation du système de santé

Pour ce qui concerne l'organisation du système de santé, le choix a été fait de se calquer sur l'organisation administrative, à savoir le département (un territoire de santé par département).

Le CESER, dans un Avis précédent, avait préconisé de choisir plutôt l'échelle des bassins de vie (au sens de l'INSEE), qui correspondent davantage à la réalité des besoins.

Le CESER est conscient qu'il n'y a probablement pas de découpage idéal mais il continue d'être gêné par un découpage qui n'est pas adapté aux spécificités de la région et à la réalité vécue par les populations.

Pour le CESER, **garantir la qualité et l'accessibilité des soins sont deux éléments primordiaux à prendre en compte pour renforcer la confiance des populations en la qualité et la sécurité des soins qui peuvent être prodigués près de chez elles.** Cette confiance est un critère supplémentaire à l'attractivité des territoires ruraux.

Il est important, au-delà du maillage territorial, de s'assurer de la logique et de la sécurité d'un parcours de soin.

La mise en place des modalités de la gradation des soins peut aggraver les difficultés d'accès aux soins pour certaines personnes car, dans certains territoires, il n'y a pas de médecins pour certaines spécialités (obstacle géographique), ou alors aucun n'exerce en secteur 1 (obstacle financier).

Le CESER souhaite que dans chaque territoire et pour chaque spécialité, il y ait une offre accessible, en particulier en termes financiers, c'est-à-dire de secteur 1. A partir du moment où l'ARS souhaite favoriser l'inscription des patients dans un parcours de soins, les moyens d'accéder effectivement aux soins doivent être mis en place.

Concernant l'organisation des parcours de santé, **le CESER considère important de ne pas laisser l'initiative uniquement aux Groupements Hospitaliers de Territoire. Il est essentiel d'impliquer tous les acteurs concernés, notamment les associations qui jouent un rôle fondamental en matière de repérage des situations difficiles, ainsi que les établissements ne relevant pas d'un GHT. Cet aspect est absent du PRS.**

Pour réduire le **risque de désertification médicale**, le CESER estime que les solutions à mettre en place doivent tenir compte de l'analyse fine des réalités locales.

Concernant le maillage territorial, le COS spécifie : *« Ainsi, la conjonction des besoins identifiés sur le territoire et de l'environnement national invite à adapter les modalités de déploiement de l'action de l'Agence et à placer la réduction des inégalités sociales et territoriales de Santé (ISTS) comme l'ambition phare de ce projet. »*

La construction de la planification pour la région Occitanie prend en compte deux anciennes régions dont les objectifs en termes de maillage territorial étaient très différents.

A ce titre, dans l'un des 5 engagements « Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée », la référence au maintien du maillage du territoire pour l'ensemble de l'offre sanitaire, élément déterminant au titre de l'aménagement du territoire, devrait être précisé clairement.

Le CESER souhaite attirer l'attention sur les risques que peut comporter l'alternative à l'hospitalisation systématique que constitue le recours à l'ambulatoire. Il considère en effet que si le recours à l'ambulatoire en court séjour (médecine et chirurgie) n'est pas critiquable, il convient cependant de rester attentif aux règles d'éligibilité des patients à ce type de prise en charge pour éviter certaines situations où des publics vulnérables peuvent être placés en situation de détresse après une intervention.

Le CESER souhaite ajouter un point de vigilance nécessaire sur **l'accès architectural des lieux de soins**, car cela lui semble essentiel.

Enfin, le CESER souhaite insister sur l'importance des **innovations** dans le domaine de la santé, e-santé notamment : le PRS traite ce point, ce dont le CESER se réjouit. **Il s'agit d'un champ qui doit être pris à sa juste mesure en termes de levier d'attractivité pour les territoires, d'autant qu'il existe des sources de financements importantes pour financer ces politiques.**

Organisation du système médico-social

Le CESER tient sur ce point à faire part de ses interrogations sur le choix systématique de l'alternative à l'institutionnalisation.

En effet, il considère que le maintien à domicile des personnes âgées est une orientation pertinente à condition :

- Que les services de prise en charge à domicile (SSIAD, HAD) soient développés de manière conséquente avec des moyens financiers adéquats ;
- Que la montée en charge de la dépendance induite par l'allongement de la durée de la vie et du maintien à domicile se traduise par une adéquation des moyens alloués aux EHPAD ;
- Qu'il existe une véritable filière de prise en charge en sortie de court séjour : SSR, USLD, EHPAD, avec un nombre de places dans chaque secteur à la hauteur des enjeux populationnels, à la fois :
 - En milieu rural où l'on observe que les familles de résidents trouvent des places en EHPAD souvent à plusieurs dizaines de kilomètres de leur lieu de résidence ;
 - En milieu urbain, où on observe de plus en plus un déficit de places pour les personnes âgées.

Aujourd'hui, des situations dramatiques sont vécues par les familles qui doivent par exemple sous la pression des événements recourir rapidement à des EHPAD situés en zone urbaine avec un prix de journée très élevé puis ces mêmes familles placent ensuite leur parent dans des EHPAD situés à plusieurs dizaines de kilomètres de leur lieu d'habitation, à des tarifs plus abordables, renforçant l'isolement des personnes âgées résidentes de ces établissements et augmentant rapidement la perte d'autonomie.

Les modèles tarifaires en vigueur dans le secteur des personnes âgées ne traduisant pas un niveau de prise en charge compatibles avec la réalité des territoires.

Pour le CESER, concernant la question de la prise en charge des personnes âgées, il est essentiel de s'inscrire dans une logique de parcours de soins. Cela pose l'enjeu de la diversification et du développement des différentes alternatives : domicile, résidences autonomie, plateformes de répit, accueils temporaires, EHPAD.

Cela renvoie à des logiques de compétences territoriales qui nécessitent une véritable coordination entre l'ARS et les Conseils Départementaux.

Cette nécessité d'adopter une logique de parcours, s'applique aussi à la prise en charge du handicap avec, en particulier, pour le devenir de jeunes adultes polyhandicapés en sortie d'institutions pour enfants, mais aussi pour celui des personnes en situation de handicap vieillissantes.

Sur la question de la **prise en charge du handicap**, concernant l'alternative entre institutionnalisation et inclusion en milieu ordinaire, le CESER estime qu'il ne faut pas être dogmatique, notamment sur l'inclusion pour tous, mais qu'il faut favoriser les solutions qui permettent de garantir au mieux la dignité et le confort des personnes concernées.

L'essentiel est bien de créer les conditions d'un libre choix et d'une accessibilité universelle aux services d'accompagnement et de soins du territoire.

L'approche pragmatique doit amener à considérer comme nécessaire une gradation des interventions et des solutions.

CONCLUSION

Pour un suivi du PRS

A l'aune des recommandations et réglementations complémentaires qui sont envoyées par le Ministère de la Santé et auxquelles doit se conformer l'ARS (stratégie nationale, tarification, etc.) et au regard des annonces récurrentes qui interviennent sur le champ de l'organisation de la santé, le CESER s'interroge sur l'articulation entre le niveau local et le niveau national et sur les conséquences que cela pourra avoir sur l'évolution du PRS.

Pour le CESER, **le suivi et l'évaluation du PRS** sont indispensables pour pouvoir adapter la politique de santé aux résultats obtenus et la modifier en cas d'effets contraires à l'objectif. Le CESER estime qu'il serait plus pertinent d'assurer un suivi régulier, c'est-à-dire une **évaluation in itinere** plutôt qu'un bilan dans les 5 ans.

Ce suivi est prévu dans le PRS : le CESER souhaite qu'il soit effectivement mis en œuvre. Le COS prévoit en effet qu'« *une revue du PRS sera mise en œuvre annuellement (...) l'Agence Régionale de Santé prévoit plusieurs niveaux complémentaires en matière de suivi, de pilotage et d'évaluation du PRS (...)* »

Il est de plus prévu de créer plusieurs observatoires (AVC, ORU, pertinence, population carcérale) sans préciser le type de mission ou de gouvernance.

Pour le CESER, **une réflexion serait à mener sur les indicateurs de suivi qui ne sont pas toujours satisfaisants et pourraient donc être revus pour plus de pertinence**. Etant donné la multiplicité de plans d'actions que comporte ce projet de PRS, le CESER s'interroge sur l'opportunité de définir dans le cadre de ce suivi, trois ou quatre axes essentiels d'actions.

Le CESER formule le souhait d'être associé à ce travail de suivi, en étant partie prenante du COPIL qui serait créé.

Le CESER est également prêt à travailler en collaboration avec les services du Conseil Régional sur les questions qui relèvent du PRS pour contribuer de manière commune à l'évaluation de ce Plan.

La question des moyens alloués à la mise en œuvre du PRS et de leur pérennité

La question de la pérennité des moyens se pose également : aujourd'hui, de nombreux financements se font sur la base d'expérimentations, ce qui ne garantit pas leur pérennisation.

Le CESER s'interroge sur les **moyens que l'ARS mettra au service des ambitions affichées dans le PRS**, en particulier s'il est prévu qu'ils soient trouvés dans le cadre de la redistribution des moyens existants et non par une augmentation de ceux-ci.

Cela pourrait avoir des répercussions dommageables pour les secteurs et zones auxquels seraient retirés des moyens de fonctionner, sans pour autant garantir un niveau nécessaire aux autres.

Le CESER souhaite connaître le type de fongibilité qui sera choisi et faire part de son inquiétude en termes de conséquences de ces choix sur les conditions de travail des personnels et sur la santé des populations.

INTERVENTIONS

INTERVENTIONS DE

1^{ème} COLLEGE

M. Patrick ROUX pour le 1^{er} collège

2^{ème} COLLEGE

Madame Chantal GRIN pour la CGT
Mme Isabelle MONTIER pour la CFDT
M. Daniel MEMAIN pour SOLIDAIRES

3^{ème} COLLEGE

M. Alain RADIGALES pour les Fédérations Hospitalières (FHF, FEHAP, FHP), La Mutualité et le CREAM / Observatoire régional de la santé.
Mme Méryl SROCZYNSKI pour le groupe Associations
M. André DUCOURNAU pour le groupe Santé

Intervention de Monsieur Patrick ROUX

Pour le 1^{er} collègue

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,
Chers Collègues,

Vous avez entendu la présentation du Projet Régional de Santé faite par Georges BENAYOUN. Il paraît utile de vous présenter maintenant quelques chiffres qui pourront éclairer les réflexions futures de notre assemblée sur ce sujet qui reviendra sans doute dans de futurs débats. Ces chiffres vont à l'encontre de certaines idées reçues entendues lors des réunions des commissions (4 et 7) auxquelles j'ai participé ou précisent des éléments souvent méconnus mais sont tous extraits de sources pertinentes et peu contestables : les publications de l'OCDE, le Quotidien du médecin ou les statistiques du Conseil national de l'ordre des médecins.

1) Il manque de médecins en France. Ceci une idée fautive, statistiquement parlant.

A – La France n'a jamais compté autant de médecins.

Ce sont 281 087 médecins qui étaient inscrits au tableau du Conseil national de l'ordre des médecins en 2015. Ce chiffre est même supérieur à 290 000 médecins en 2017. Et c'est deux fois plus qu'il y a 35 ans.

Dans ce nombre, il est compris 23 % de retraités, soit environ 64 650, ce qui donne 216 637 médecins en activité, dont 198 365 en activité régulière, les 17 272 autres étant essentiellement des remplaçants, sorte « d'intermittents de la santé »...

Mais en avoir plus, est-ce en avoir assez ? Un début de réponse peut être apporté, en regardant ce qu'il se passe ailleurs : on compte dans l'Union Européenne un peu moins de 3 médecins pour 1000 habitants, alors qu'il y en a 3.4 dans l'ensemble de l'OCDE et 3.3 en France. Il n'est donc pas irréaliste d'affirmer que la France compte assez de praticiens.

B – Et pourtant, prendre un rendez-vous médical est parfois chose compliquée.

Depuis 2007, le nombre de généralistes a reculé de 10,30% alors que les spécialités chirurgicales voyaient arriver 25,20 % de praticiens supplémentaires. Et ce n'est pas la libre installation qui peut expliquer cette évolution, puisque c'est le classement en 6^{ème} année de médecine, par le biais des Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui détermine les spécialités (dont la médecine générale fait partie). Et celles-ci sont organisées par les pouvoirs publics, les quotas des différentes spécialités étant arrêtés par le Ministère de la Santé en lien avec les Universités.

2) Le numéris clausus est souvent mis en cause : trop faible et en baisse constante.

C'est tout le contraire. En 1978, ce numerus clausus était de 8 281. Il a chuté constamment jusqu'à atteindre 3 583 en 1998 pour remonter régulièrement chaque année pour atteindre 8 205 en 2018. On peut donc considérer que nos universités forment aujourd'hui suffisamment de médecins. Mais il convient de remarquer que 25 % des diplômés.e.s ne s'inscrivent pas au tableau car ils ne souhaitent pas exercer, du moins pas en France.

Ce qui conduit à plusieurs interrogations : Pourquoi faire des études de médecine pour ne pas soigner ? Pourquoi aller exercer ailleurs après avoir suivi de longues et coûteuses études ? La sélection en fin de 1^{ère} année de médecine est-elle effectuée sur des critères pertinents ? Faut-il des mesures contraignantes en contrepartie des études offertes par la nation ?

Ces interrogations apporteraient sans doute plus de solutions que le débat un peu vain sur le numerus clausus, sa légitimité ou son juste niveau.

Alors pourquoi cette impression de manque ressenti par les malades dans de nombreuses zones rurales, mais aussi de plus en plus dans les grandes agglomérations ?

3) C'est le temps médical qui semble en cause !

Un médecin travaille en moyenne 50 heures par semaine et 49 semaines par an. C'est moins que leurs pères qui travaillaient 70 heures par semaine, mais au regard des 35 heures légales, il ne peut être allégué que ce niveau soit insuffisant.

Alors pourquoi, avec plus de praticiens qui travaillent beaucoup, faut-il (en moyenne) au moins 3 jours pour un rendez-vous chez un généraliste et 26 jours chez un spécialiste (et encore ces moyennes cachent-elles des délais parfois beaucoup plus longs) ?

C'est en fait le temps médical utile qui fait défaut : sur les 10 heures de travail quotidien d'un médecin, celui-ci consacre environ 6 heures à ses consultations et 4 heures à d'autres tâches, notamment à des tâches administratives (étude menée par le Quotidien du médecin - mai 2016 / avril 2017)

4) Une Rénovation de la profession ?

On pense aujourd'hui à déléguer des tâches à des personnels infirmiers en s'inspirant des exemples venant du Canada. Mais fait-on là le choix le plus judicieux ?

En France, on dénombre 9,9 infirmières pour 1 000 habitants. Pour estimer si cela est peu ou beaucoup, il faut comparer à la densité dans d'autres pays voisins. Ainsi, on dénombre 10,5 infirmières pour 1 000 habitants aux Pays-Bas, 10,8 en Belgique, 11,9 en Irlande, 13,3 en Allemagne et même 16,7 au Danemark. En moyenne, dans les pays de l'OCDE, on compte 9,9 infirmières pour 1 000 habitants. Ainsi, les chiffres montrent que même si elle n'est pas sous dotée, la France ne paraît pas être en excédent.

Pourra-t-on, sans mettre en difficulté une profession, prélever une partie de ses membres pour en renforcer une autre, sans réel gain global pour la santé publique?

5) Un exemple à connaître

Une initiative menée par la profession dentaire serait sans doute à étudier. Cette profession a ainsi décidé, il y a une dizaine d'années, de créer un nouveau métier : celui d'assistante dentaire. Initialement validé par un CQP de la branche professionnelle, ce métier a été depuis reconnu par la loi du 26 Janvier 2016 dont l'article 120 a instauré le nouvel article L-4393 du Code de la Santé Publique, qui a créé et encadré le métier d'assistante dentaire.

Une nouvelle profession d'assistant médical permettrait peut-être de répondre au besoin de libérer du temps médical utile, mais sans devoir déshabiller Pierre pour pouvoir mieux habiller Jacques.

Intervention de Madame Chantal GRIN

Pour la CGT

**M. Le Président,
Mesdames, Messieurs,**

Bonjour.

Je vais porter à votre écoute l'avis des Conseillers CESER de la CGT.

Selon le doc du Ministère de la Solidarité et de la Santé (mise à jour 11/17) :

Un parcours de Santé s'entend comme : "La prise en charge globale structurée et continue des patients au plus près de chez eux"

Les ARS sont chargées, en tenant compte des spécificités de *chaque* territoire, de mettre en oeuvre au niveau régional la politique de Santé Publique (loi n° 2004-806 du 09/08/2004) qui précise : « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées est un objectif prioritaire de la politique de santé.

Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé ; éduquer la population à la santé et prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie.

Elles veillent à leur évaluation.

Elles doivent garantir l'efficacité du système de santé. »

Quelles évaluations, quelle efficacité ?

Dans les territoires ruraux en faisant le choix de supprimer les services publics on a créé les conditions de précarité et c'est donc bien là que doivent être mis les moyens tant dans la prévention que dans la promotion de la Santé.

Dans nos hôpitaux de proximité qui ont perdu leur spécialité les patients après de pénibles temps de trajet viennent grossir les files d'attente des urgences engorgées par des véhicules sanitaires qui affluent des structures d'hébergement pour personnes âgées ou/et handicapées.

Ce sont des patients en situation de détresse physique, psychique, sociale que doivent gérer des soignants à bout de force ; sous-effectif journée de 12h voire 13,14,15 si sortie SAMU Alternant jour/nuit.

Les prises en charge par des pompiers volontaires deviennent le recours de substitution à des moyens sanitaires insuffisants, faisant exposer le nombre d'interventions. Les diminutions voire suppression des lits de médecine (contraire aux préconisations) obligent à des transferts diurnes ou nocturnes éloignant les patients âgés des familles à plusieurs dizaines de kilomètres. Les suppressions de lit de chirurgie d'hospitalisation au bénéfice de l'ambulatoire plus "rentable" met la vie en jeu.

Tout comme les suppressions des maternités imposent des temps de trajet qui peuvent atteindre une heure, faisant comme au début du siècle dernier, accoucher les mamans dans les véhicules des pompiers, dans les véhicules personnels, aux bords des routes, sur les parking, à la maison avec des conséquences auxquelles les autorités ne s'intéressent pas. Tout comme la baisse démographique qui déséquilibre les territoires.

Mr le représentant du Préfet vient de citer le LOT en baisse "inquiétante" de démographie. C'est de ce département que je puise ce vécu. Je me félicite que nos inquiétudes se rejoignent. Ce département a, de 2001 à 2010, divisé par 3 ses lits de maternité, passant de 55 à 18 !! Le **LOT vient d'ailleurs de rejeter le PRS**. Je précise qu'à ma seule analyse, il a eu le courage de le rejeter.

Les structures d'hébergement pour personnes âgées voient des réductions d'effectif, perte de personnel qualifié, diminution des temps de présence infirmier voire suppression de 19h à 7h,

laissant la lourde responsabilité médicale à des agents de service. Le maintien à domicile secteurs est pourvoyeur d'emplois précaires, de conditions de travail hors cadre réglementaire la prise en charge déplorable crée détresse et insatisfaction de la part des patients et des soignants.

Pour bien soigner, prendre soin de ceux qui soignent. Les services de Santé au travail insuffisant n'arrivent pas jusqu'à nos terroirs ruraux. Les accidents du travail sont en Occitanie passés N° 1 devant le BTP.

Oui on meurt d'une mauvaise prise en charge que ce soit en tant que patient ou en tant que soignant. Oui la maltraitance institutionnelle existe et ce n'est rien de le dire c'est, je peux vous le dire, de le vivre!!

Et ce n'est pas dans les propositions "Sparadrap" du PRS soumis à des contraintes financières et qui ont fait la preuve de leur inefficacité que nous trouvons les moyens de répondre aux besoins de la population. C'est bien en partant de l'évaluation des besoins des populations par les experts de "terrains" patients, résidents, familles, soignants, que nous répondrons au droit fondamental de chaque être humain.

C'est bien à partir des besoins que l'on doit établir un budget et non l'inverse.

Si tu décides pour moi, sans moi, tu décides contre moi.

Merci de votre attention.

Intervention de Madame Isabelle MONTIER

Pour la CFDT

Monsieur le Président du CESER Occitanie,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Chers collègues,
Mesdames, Messieurs,

Le Projet Régional de Santé qui est soumis à consultation est le premier projet de la Région Occitanie. La CFDT salue le travail d'évaluation réalisé par les membres de la Commission 7.

La CFDT considère que l'organisation territoriale et la coordination des soins intégrant la prévention sont la clé de l'accès à une meilleure santé.

L'approche territoriale est la plus à même de dégager des solutions innovantes pour faire évoluer l'offre de soins à partir d'un diagnostic partagé, identifiant les priorités et les ressources mobilisables, en vue de mieux répondre aux besoins de santé.

Cependant, le renoncement aux soins, ou leur retardement pour des raisons financières, touche plus d'un quart de la population, en particulier pour les soins les plus mal remboursés.

Les restes à charge pèsent lourd sur les budgets des familles.

Face à l'augmentation durable des maladies chroniques et à l'allongement de la durée de vie, le financement de l'accès à la prévention comme au progrès médical devient une question de justice sociale. Le PRS doit répondre concrètement à ces enjeux.

Les mandaté.e.s de la CFDT Occitanie, notamment dans les CDCA, ont eu l'occasion de s'exprimer sur les parcours plus spécifiques des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Nous, mandaté.e.s CESER, souhaitons par ce document, apporter une contribution sur des points d'ordre plus spécifiques.

Le projet tel que présenté, ne laisse pas apparaître les moyens financiers qui vont déterminer l'ordre des priorités.

Pour la CFDT la déclinaison opérationnelle de la stratégie proposée devra répondre à un certain nombre de questions qui ne trouvent pas de réponse dans le document soumis à consultation-

Ainsi, nous aborderons, dans un premier temps, la question des risques environnementaux et de la médecine de prévention-

Puis, dans un second temps, la CFDT, en tant qu'organisation syndicale fortement impliquée sur les questions de santé, s'exprimera sur les notions de ressources humaines des personnels de santé.

Enfin, dans un dernier point, nous nous attacherons à l'évaluation ex-ante du projet de santé 2018-2022.

I- Le coût de l'inaction.

Pour la CFDT, la partie « Déterminants de santé et risques sanitaires », si elle présente bien les enjeux, nous paraît lacunaire quant aux objectifs proposés.

S'il est opportun d'agir sur les comportements individuels à risque : tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, obésité... les comportements individuels, aussi vertueux soient-ils, ne sauraient compenser les multiples expositions, tout au long de la vie, aux polluants, perturbateurs endocriniens, nanomatériaux de tous ordres...

En dehors des comportements individuels, **Chaque année, la pollution de l'air est responsable de 2800 décès prématurés en Occitanie.**

Plus de 10% des industries surveillées par la DREAL ont déjà outrepassé leurs droits en termes de pollution de l'air.

En effet, en 2017, 453 entreprises industrielles d'Occitanie ont été réprimandées au moins une fois depuis 2010. Selon Dominique Tilak, Directrice Générale d'Atmo Occitanie « Il ne fait aucun doute que l'activité industrielle de la région influe sur l'augmentation de la présence de particules fines et de CO2 dans l'air ».

+4%, pour des problèmes d'asthme et des infections ORL pour les moins de 15 ans,

Parallèlement aux pollutions de l'air, nous pouvons relever également une pollution des sols.

Cette pollution, est à notre sens plus que problématique.

Le radon, gaz radioactif incolore et inodore, présent dans les sols, classé par le Centre International de recherche sur le cancer comme « cancérigène pulmonaire certain, est très présent dans les départements de l'Aveyron, la Lozère, le Lot, le Tarn, les Pyrénées-Orientales et les Hautes-Pyrénées.

On dénombre environ 33 542 anciens sites industriels en Occitanie, dont 372 sont pollués.

Parmi eux, certains ont inexorablement détérioré la qualité des sols, comme l'ancien bassin métallurgique de Decazeville, avec une trainée de pollution au cadmium, pouvant avoir comme conséquence des effets multiples sur la santé des hommes (cancer des poumons, infertilité, désordre psychologique...).

Les sols, ainsi acidifiés, sont un danger potentiel pour les animaux qui dépendent des plantes pour survivre.

Ainsi, le cadmium, s'accumule dans leur organisme, impactant par-là même, les hommes qui les consomment....

En conséquence, la CFDT demande la mise en place d'un observatoire des pathologies liées aux risques environnementaux et des pathologies à caractère professionnel, dont le but serait d'assurer le lien entre PRS, PRST et PRSE en :

- informant les collectivités en charge du développement urbain de leur territoire sur les risques d'exposition de la population aux polluants présents sur les friches industrielles,

- informant la population sur les risques d'exposition et les gestes à adopter (exemple : exposition au radon),

- mettant en place un observatoire des expositions aux phytosanitaires dont la région Occitanie est grosse consommatrice, pour les agriculteurs et leur famille, mais également pour les riverains fragiles : enfants, femmes enceintes, personnes âgées.

II- Santé au travail.

La CFDT demande une attention particulière au lien entre santé et travail, et particulièrement à l'exposition aux facteurs de risques psycho-sociaux (RPS) et aux troubles musculo-squelettiques (TMS) des professionnels de santé, qui devrait être portée par l'ARS.

Or, il n'est nulle part fait mention de la stratégie nationale « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* » en établissement de santé, en établissement médico-sociaux et auprès des professionnels de santé libéraux.

Ils souffrent du manque de moyens alloués ; ils souffrent du manque de reconnaissance que l'on veuille bien leur porter, ils souffrent d'une absence effrayante de dialogue social sincère et de qualité (quand il existe...).

Pour la CFDT, il s'agira donc d'initier et de soutenir des actions pour mieux repérer les situations à risque, les prévenir et les corriger, et accompagner les professionnels :

- en poursuivant les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ,
- en repérant et en diffusant les bonnes pratiques de qualité de vie au travail en organisant des échanges entre établissements,
- en identifiant les problématiques rencontrées par les professionnels de santé, en ville comme en établissement et mettre en place des actions spécifiques avec les représentants du personnel et les employeurs (exemple : déployer les accords Qualité de Vie au Travail, Elaboration du Document unique),
- en instaurant un VRAI dialogue social au sein des établissements de santé du secteur public,
- en améliorant le repérage/diagnostic des pathologies à caractère professionnel en développant les enquêtes sur les maladies à caractère professionnel pour toutes les consultations (consultations du risque, médecine de prévention et médecine de ville).

III- Evaluation ex-ante.

Le PRS propose un diagnostic de qualité.

Mais il reste des marges de progrès, pour constituer un véritable outil de pilotage de la politique de santé.

Du fait des différents fascicules qui le composent, le PRS présente une difficulté d'appropriation dans son ensemble.

Les indicateurs proposés ne sont que des indicateurs purement quantitatifs ; des critères qualitatifs sur l'accès des bénéficiaires aux mesures proposées devront être mis en œuvre tout au long de l'exécution du PRS, pour pouvoir procéder à des ajustements si nécessaire.

La CFDT demande, tout comme la CRSA Occitanie le préconise, de préciser le cadre de l'évaluation afin de donner l'assurance d'associer les usagers et les acteurs de santé dans une démarche professionnalisée sur la base d'un référentiel partagé.

Les indicateurs de suivi et d'évaluation des projets doivent être mieux définis et popularisés.

Intervention de Monsieur Daniel MEMAIN

Pour SOLIDAIRES

Madame la Présidente du Conseil Régional
Monsieur le Président du CESER Occitanie
Mesdames les Conseillères et Messieurs les Conseillers
Mesdames et Messieurs,

En ce jour de première épreuve du Bac 2018 nous voudrions soumettre à votre sagacité un des sujets du BAC philo : « **Éprouver l'injustice, est-ce nécessaire pour savoir ce qui est juste ?** »

La multiplication des conflits locaux au sein des établissements de soins ou du secteur du médico social est un des révélateurs du malaise profond dû à la maltraitance insupportable des personnels et des patients. Quand ce ne sont pas des actes désespérés allant jusqu'au suicide. Pour Solidaires il est clair qu'au delà des discours lénifiants - et celui du Président Macron à la Mutualité la semaine dernière en est un exemple désolant – ce sont bien des mesures structurelles qu'il faut mettre en œuvre à la fois en renforts d'effectifs mais aussi dans la réorganisation complète des services pour les ré-humaniser.

Mais il est aussi important pour nous, syndicalistes, de **démontrer que par la lutte, la grève et l'action on peut aussi gagner localement contre des patrons ou chefs d'établissements maltraitants**. Nous prendrons pour cela un seul exemple récent dans l'actualité sociale de notre région avec l'EHPAD de Sommières-Calvisson, dans le Gard. Depuis plusieurs années les personnels étaient victimes d'une direction qui ne respectait pas leurs droits fondamentaux : rappels aux domiciles, pressions, discriminations dans la notation et les carrières, mauvaise gestion du temps de travail à leur désavantage, sous-effectifs, manque de moyens. La plupart des personnels étant en catégorie C (soignant-e-s, ouvrier-e-s administratifs) ne touchent que de petits salaires.

Ces collègues ont franchi le pas de se syndiquer en nombre et se sont senti-e-s ainsi suffisamment fort-e-s pour contre-attaquer et un préavis de grève reconductible a été déposé. Après 10 jours de grève, ils et elles ont obtenu gain de cause sur une bonne partie de leurs revendications :

- le retour à la réglementation pour la notation des personnels et compensation des préjudices acquis,
- résorption de l'emploi précaire et stagiairisation de personnels contractuels,
- sécurisation des soins et du personnel de nuit sur l'EHPAD de Calvisson avec l'affectation immédiate d'un Agent de Service Hospitalier en binôme avec l'Aide – soignante de nuit qui était seule sur le site de Calvisson (Vignet),
- respect de la vie privée et du repos avec arrêt des rappels abusifs au domicile et respect du temps de repos réglementaire.
- mis en place d'un protocole de dialogue social pour la mise en place d'organisations de travail respectueuses du droit des personnels et de la qualité des soins.

Leur victoire est très encourageante pour les nombreux salarié-e-s de ce secteur.

Cette lutte converge avec les autres luttes pour défendre le service public, les droits sociaux des salarié-e-s et des usager-e-s menacé-e-s actuellement par la politique du gouvernement Macron aux bénéfices des seuls riches privilégiés. **De cette société là, nous n'en voulons pas !"**

Intervention de Monsieur Alain RADIGALES

Pour les Fédérations Hospitalières (FHF, FEHAP , FHP), la Mutualité et le CREA /Observatoire régional de la santé

« Je dois tout d'abord excuser et remercier Dominique MICHEZ qui, au nom de notre groupe a beaucoup contribué à la réflexion, il aurait légitimement exposé la présente intervention s'il n'avait été contraint de s'absenter aujourd'hui. »

« Mais je voudrais aussi "remercier" Patrick Roux pour les chiffres communiqués ce jour en assemblée plénière sur la pénurie d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat et sur la Démographie Médicale.

Je l'invite cependant à intégrer toutes les composantes de ce dossier complexe qui sera exposé prochainement en Commission 4 et je le remercie à nouveau de bien vouloir poursuivre ce débat en cours au sein de la Commission 4 dont il est membre !

Je pense pouvoir ajouter et préciser au nom des fédérations hospitalières, pour conclure provisoirement sur le sujet, que le "numerus clausus" doit être reconsidéré car les prévisions de "sorties de nouveaux médecins diplômés" ne couvrira pas les besoins en termes de remplacements, ne serait-ce qu'au regard des départs prévisibles à la retraite. »

PRS 2018 – 2023 : en propos liminaires, nous pouvons regretter absence d'une évaluation formalisée des deux précédents Projets Régionaux de Santé relative à l'impact des politiques régionales sur l'état de santé de la population en Occitanie.

Nous pensons devoir proposer :

- *la réalisation concertée d'un panel d'indicateurs entre l'ARS, les populations (via les représentants d'usagers), et les professionnels afin de dresser un état de santé de la population à un instant donné, établir les modalités de suivi et des moyens d'évaluer ces indicateurs en cours et à l'issue du PRS,*
- *une place pour le CESER d'OCCITANIE, dans son rôle de représentation de la société civile organisée dans un comité de suivi et d'évaluation de l'impact du PRS ;*

Nous souhaitons également insister sur les valeurs citoyennes et collectives à défendre au titre de la cohésion sociale et du « vivre ensemble » :

- *garantir une bonne lisibilité de l'organisation et de la gradation des soins à tout professionnel et à tout habitant de la région Occitanie, organisation garantissant une utilisation plus sûre et plus efficiente de ressources rares.*

Si nous partageons les orientations stratégiques du PRS, nous éprouvons cependant une réelle inquiétude sur l'organisation et les moyens mis en place pour répondre :

- *aux besoins des personnes les plus vulnérables,*
- *à la réduction des inégalités de santé.*

Nous regrettons que les investissements hospitaliers et les ressources médicales soient insuffisamment identifiés comme des enjeux centraux du PRS à venir :

- *malgré un propos qui se veut rassurant sur l'évolution de la démographie médicale pour les années à venir, nous pouvons être circonspects sur l'efficacité des mesures envisagées pour éviter à court terme des déserts médicaux ou pour pourvoir les besoins des établissements en manque de professionnels.*

Dans un contexte de telle raréfaction de la ressource médicale, la question de la régulation de la liberté d'installation des praticiens et de conventionnement qui en découle doit être abordée avec détermination ; en favorisant en tous lieux les pratiques en Equipe Pluridisciplinaire ;

- *par ailleurs, la réflexion régionale se doit de faire un focus particulier sur les hôpitaux de proximité pour aboutir à un projet régional définissant leurs missions, leurs obligations en termes de périmètres de prises en charges ; la sécurité des soins en situation de crise due à une pénurie soignante ; les moyens alloués, les garanties de leur fonctionnement dans un environnement devenu concurrentiel. Les populations sont légitimement en attente de réponses sur le sujet.*
- *Enfin, l'encombrement des urgences doit être pris à bras le corps au travers d'une réflexion organisationnelle nationale déclinée régionalement. On critique fortement actuellement les services d'urgences mais ils constituent souvent la dernière solution de recours dans un système de santé où la plupart des acteurs sont absents après 20H00, les WE et jours fériés.*

Soit des dispositifs d'accueil pour de « la petite urgence » sont mis en place pour soulager les services actuels, soit la PDS (permanence de soins) est revue pour répartir la charge.

Enfin, en conclusion, on peut émettre cinq remarques :

- le PRS trace des orientations dans un contexte où les moyens issus de la Sécurité Sociale sont fixés nationalement par la LFSS et répartis en Région par l'Etat. Nous sommes encore dans un encadrement budgétaire très contraint et dans un contexte de raréfaction de moyens.

On ne peut qu'être inquiet sur l'annonce d'une volonté d'amélioration du système au regard d'une dotation globale nationale peu augmentée face à des engagements à assumer et à l'émergence de charges nouvelles, cela sans que l'Etat ne donne à lire des perspectives visant à garantir la couverture de l'ensemble des besoins.

- la nécessité d'un système d'information partagé. Le PRS ouvre des pistes mais l'opérationnalité devra être plus convaincante ;
- la nécessité d'une gestion prévisionnelle des emplois médicaux afin d'assurer la continuité des soins. Nombreux sont les Etablissements Publics ou Privés, les Maisons ou Centres de Santé, les Cabinets Libéraux qui se trouvent dépourvus de praticiens devant faire appel à des « Professionnels du Remplacement et de l'Intérim » dont le coût pour la Collectivité et les incertitudes sur la « garantie de qualité » deviennent insupportables.
- la nécessaire intégration de nouveaux paradigmes avec l'émergence de nouveaux métiers, les pratiques avancées pour les différentes professions médicales et paramédicales, l'apport de nouvelles technologies et en particulier de l'intelligence artificielle, l'évolution extrêmement rapide des pratiques et des techniques médicales et du soin donnent à la formation initiale à la recherche, à l'innovation et la formation tout au long de la vie, un

intérêt majeur ! Une approche prospective semble indispensable à partir de ces nouvelles réalités.

- (*« à ce propos, je ne souhaite pas qu'on se serve de "chiffres bruts" pour combattre des idées et des objectifs ; je préférerais qu'on se serve des idées et des objectifs pour faire évoluer les chiffres »*)
- Enfin, les personnels de soins font état d'un mal être dans de nombreuses institutions : ne serait il pas utile de structurer un observatoire du travail en santé dans une logique de « Gestion des Risques » dans le but d'orienter au mieux les priorités d'action ?

Intervention de Madame Méryl SROCYNSKI

Pour le groupe Associations

Madame Présidente de la Région Occitanie
Monsieur le Président du Conseil Economique, Social et Environnemental Occitanie,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Mesdames, Messieurs

J'interviens pour le groupe « Associations » du 3ème collège, composé d'associations représentatives de l'hétérogénéité de nos populations et de ses engagements pluriels. consommateurs, Fondation du patrimoine, mouvement associatif, familles et personnes âgées, parents d'élèves, pêche et chasse, sports, culture, Jeunesse et Education Populaire, étudiants, politique de la ville, Information Jeunesse, droits des femmes et planning familial, environnement, club de la presse, .

Le groupe Associations remercie le travail des membres de la commission 7 et de Caroline Honvault, la chargée de mission qui ont assumé un travail rapide et efficace pour faire parvenir à temps cette contribution.

Tout d'abord, le groupe Associations apporte son soutien à la nécessité de consultation obligatoire du CESER sur des documents comme le PRS, indiquée par la commission 7 dans sa contribution.

Le projet régional de santé, inscrit dans son essence, la priorité en matière de prévention, en lien avec la politique nationale. Il inscrit également la nécessité de repérage des publics invisibles, souvent les premiers éloignés des politiques de prévention mais aussi les premiers à ne pas recourir aux soins.

Dans ces 2 champs et comme vous l'avez judicieusement noté, le travail des associations est essentiel, et doit s'articuler avec les politiques publiques afin de permettre ou en tout cas de tendre, vers une égalité d'accès à la santé. Les associations sont des acteurs majeurs en matière de santé : prévention, repérage des publics invisibles, accompagnement vers l'accès aux droits, accompagnement des personnes malades, insertion des personnes en situation de handicap, nombreux sont leurs rôles, multiples sont-elles... C'est pourquoi, nous serons attentifs à l'élaboration et la mise en œuvre de ce projet régional de santé, afin d'être toujours force de proposition d'actions innovantes, force de relai, de maillage territorial, de proximité, de conseil, pour que les politiques régionales diffusent et soient adaptées au plus près des besoins territoriaux.

Les associations sont souvent des actrices à part entière dans la prise en charge globale des personnes malades, en perte d'autonomie, en dépendance. Elles sont également des actrices à part entière de prévention, de promotion et d'éducation à la santé. Mais si les associations sont des actrices du monde de la santé, cela ne peut se faire sans un soutien suffisant et permanent de la part des collectivités. Un soutien permettant le développement d'actions adaptées à un public cible, d'acteurs et d'actrices de terrains professionnel.le.s garantissant un message juste et éclairé, en lien avec les priorités définies au niveau national et territorial.

Or, si le PRS indique la volonté de mieux articuler les actions de chacun, il est de notre devoir à toutes et tous de nous assurer du non désengagement des collectivités envers ces acteurs essentiels.

Intervention de Monsieur André DUCOURNAU

Pour le Groupe Santé

Monsieur le Président du CESER Occitanie,
Mesdames les Conseillères et Messieurs les Conseillers,
Mesdames et Messieurs,

Membre du collège 3, j'interviens au titre du groupe santé, je suis représentant de l'URIOPSS Occitanie.

Je tiens à préciser que je suis membre de la CRSA, de sa commission permanente et de sa commission spécialisée médico-social. J'ai animé, à la demande de l'ARS, la commission de travail sur le handicap en vue de l'élaboration du PRS.

Le Projet Régional de Santé II de la Région Occitanie porte les orientations de la politique de santé à dix ans et un schéma de mise en œuvre à cinq ans.

C'est le premier schéma commun au sanitaire et médico-social et ce n'est pas sans conséquence. Quelques points à analyser essentiellement dans le champ du handicap :

1) Le nécessaire décloisonnement des politiques d'accompagnement des personnes

Le PRS II, dans sa construction même, porte une ambition de décloisonnement sectoriel. Les associations, mutuelles et fondations représentées par les organisations contributives portent, de longues dates, la nécessité de dépasser les logiques structurelles pour permettre des réponses souples et individualisées.

Le mouvement de transformation de l'offre qui traverse ce PRS doit s'appuyer sur les avancées en la matière déjà effective et portées par les acteurs de proximité.

Pour autant, cette ambition de décloisonnement n'aura de traduction tangible que si, par-delà des coopérations entre acteurs de terrain, un renforcement des articulations institutionnelles est opéré. Des précisions manquent sur la manière dont le PRS II intègre au-delà des missions de l'ARS, des complémentarités structurelles avec les schémas départementaux de compétence des Conseils Départementaux et les politiques menées régionalement par les services de l'Education nationale, le Conseil Régional en matière de formation professionnelle, les services et collectivités en charge de l'accès aux sports, aux loisirs, à la culture etc...

Dans le champ propre de l'ARS, il y a la nécessité de poursuivre le mouvement de décloisonnement entre secteur médico-social et secteur sanitaire mais sans nier les spécificités.

Or, dans ce PRS, force est de constater que le secteur médico-social est le parent pauvre de la politique de santé globale en région, particulièrement dans le schéma unique.

2) La programmation de l'offre reste à préciser

Les engagements et orientations portés par le PRS II doivent trouver leur pendant dans une planification précise et territorialisée. Pour cela il est impératif de conduire une analyse affinée de l'adéquation entre les besoins et l'offre, préalable indispensable à la lutte contre les ruptures de parcours.

Un écart existe en la matière entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. En effet, on notera une absence quasi complète de planification au sein même du PRS, pour le médico-social.

Les orientations posées le sont ainsi principalement à l'échelle régionale sans déclinaison territoriale précise.

Il est impératif qu'une planification médico-sociale plus fine soit élaborée de façon participative. L'engagement a été pris lors de la CRSA d'une consultation de la CSMS sur la planification médico-social, ce qui est une avancée certaine.

3) Une société inclusive qui s'appuie sur une réelle prise en compte des besoins des personnes

Le CESER, dans son avis, partage les principes de participation de tous à la vie sociale et l'accessibilité universelle aux services d'accompagnement et de soins sur les territoires.

L'orientation inclusive portée par le PRS II vient, en ce sens corroborer ce qu'est l'engagement associatif depuis de nombreuses années.

Les acteurs de terrain sont d'ores et déjà engagés dans le portage de dispositifs d'accompagnements inclusifs qu'il s'agirait d'ailleurs de commencer par développer massivement avant de parler de refonte de l'offre.

Les objectifs inclusifs en matière de scolarisation doivent nécessairement s'accompagner d'un renforcement des liens structurels entre politique de santé, d'éducation et de formation professionnelle.

Mais la politique d'inclusion ne saurait être un dogme. En effet, elle doit s'appuyer sur une analyse fine des besoins des personnes. L'expérience des acteurs de terrain démontre que certaines personnes présentent des fragilités et des besoins d'accompagnement tel que des étayages forts. L'accueil en structure n'est pas la négation de la participation sociale mais doit être au contraire, pour les personnes les plus vulnérables, un soutien et marchepied indispensables.

4) Un enjeu fort, ainsi la nécessaire correspondance entre moyens et ambitions

L'ambition de transformation de l'offre s'appuie notamment sur un renforcement de la fluidité et de la prévention des ruptures de parcours (dans le cadre de la déclinaison dans les territoires de la Réponse Accompagnée Pour Tous), sur une souplesse accrue en matière d'autorisations et sur des modèles tarifaires censés permettre le passage d'une logique de places à une logique de réponses.

Pour autant des besoins restent, aujourd'hui, non couverts et il est illusoire d'imaginer que les associations puissent faire, demain, plus avec moins sauf remettre gravement en cause la qualité des prestations.

Le financement de la réponse à ces besoins ne pourra avoir pour seul biais les redéploiements de crédits à une échelle infrarégionale. S'il est en effet impératif que les dynamiques démographiques des métropoles soient prises en compte pour développer massivement l'offre de services sur celles-ci, il n'apparaît pas opportun de n'opérer en ce domaine que par redéploiements de moyens issus de zones présentant des taux d'équipement plus favorables. Au-delà du risque d'opposer les territoires entre eux, cette politique ne permettrait évidemment pas de dégager les moyens nécessaires aux territoires denses et mettrait en forte tension les dynamiques socio-économiques des territoires dont l'offre serait amputée. De même la question de l'accompagnement des personnes présentant une situation complexe demeure.

5) Un suivi et une évolution du PRS et des schémas

Enfin et pour conclure il conviendra d'être particulièrement vigilant sur l'engagement pris par la Directrice Générale de l'ARS d'engager une évaluation participative de la mise en œuvre du PRS et de ses schémas avec l'association de tous les acteurs concernés. C'est une demande du CESER, c'est une demande reprise dans l'avis de la CRSA par la mise en place d'un comité de suivi et d'évaluation du PRS et de ses schémas.

Je vous remercie.

CESER Occitanie / Pyrénées - Méditerranée

Siège

18, Allées Frédéric Mistral
31077 Toulouse Cedex 4
Tél. 05 62 26 94 94
Fax 05 61 55 51 10
ceser@ceser-occitanie.fr

Site de Montpellier

201, Av. de la Pompignane
34064 Montpellier Cedex 2
Tél. 04 67 22 93 42
Fax 04 67 22 93 94
ceser@laregion.fr

www.ceser-occitanie.fr



Avec Ecofolio
tous les papiers
se recyclent.

**Conseil Economique, Social et Environnemental Régional
Occitanie / Pyrénées - Méditerranée**