

AVIS SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE FORMULE PAR L'INTERSYNDICALE DE LA FORMATION SPECIALISEE POUR LES QUESTIONS RELATIVES AUX PERSONNES AGEES : CGT, UCR-FO, CFTC, CFE-CGC, FSU, SOLIDAIRES, FGR-FP, LSR, ENSEMBLE ET SOLIDAIRE, CFDT- RETRAITES, UNSA

Préambule

Il convient de dire que c'est sans illusions que cet avis est donné.

Comment, croire un seul instant que le projet santé régional qui, sur la stratégie, engage la région sur 10 ans et sur le plan opérationnel sur 5 ans pourrait- être amélioré et les remarques prises en compte ? La cohérence nationale définit un cadre contraint et nous sommes convaincu que le projet régional n'en débordera pas.

Si l'on devait résumer en cinq idées cet avis ce serait :

- Le P.R.S ne prend pas en compte les besoins et l'insuffisance de moyens ne permettra pas des progrès notables.
- Le P.R.S est cadencé par la cohérence des décisions nationales
- Le P.R.S ne prévoit aucune programmation annuelle des moyens financiers
- Malgré certains écrits, les grands centres urbains sont mieux dotés au détriment de la ruralité.

La territorialité en question

On relève le constat de disparités territoriales très importantes et le fait que les actions conduites jusqu'à aujourd'hui n'ont pas permis d'enclencher une réduction des inégalités constatées.

Par quel miracle, dans le cadre d'une nouvelle région désormais élargie, peut-on attendre une amélioration sensible de la situation, c'est-à-dire une réduction des inégalités territoriales ?

L'augmentation de la population sera principalement portée par les seniors, 65 ans ou plus et pas nécessairement en milieu urbain, plus de 25 000 personnes par an, âgées de 75 ans et plus à partir de 2022. Si la concentration de personnes âgées évolue dans la couronne littorale, elle reste très forte dans les zones rurales peu urbanisées.

Ce constat se cumule avec le fait que la région se situe au deuxième rang des régions métropolitaines et ayant un taux de pauvreté élevé parmi les 75 ans et plus.

L'Aude étant le deuxième département le plus pauvre, on voit bien que notre département cumule tous les handicaps :

- Forte ruralité
- Forte vulnérabilité
- Nombre de personnes âgées et taux de personnes dépendantes.
- Taux de pauvreté des plus âgés

La caractéristique essentielle des disparités territoriales impose de prendre des mesures ciblées non pas sur la région Occitanie mais quelquefois sur tel ou tel canton.

Le P.R.S ne prévoit pas des moyens supplémentaires qui permettraient aux équipes médico- sociales d'obtenir des résultats significatifs.

Malgré une priorité affichée, notamment en zone classée montagne, il n'y a pas d'actions, de dispositifs spécifiques, ou de moyens spécialement dédiés proposés à la hauteur des enjeux et qui pourraient être déployés compte tenu de l'augmentation conséquente de la population.

La démocratie sanitaire

En ce qui concerne **la démocratie sanitaire**, le plan détaillé du P.R.S met l'accent sur les rapports soignants soignés et sur la responsabilisation des patients dans la prise en charge partagée de leurs propres soins. Cette démarche qui

s'inscrit dans la volonté de respecter la dignité et la liberté des patients en en faisant les acteurs de leur propre santé ne peut qu'être approuvée.

Mais nous n'avons guère trouvé de propos concernant les **droits collectifs**, c'est à dire les droits des représentants des usagers dans les instances où ils siègent. Or, aujourd'hui, confrontés à une situation grave qui concerne les EHPAD, l'innovation démocratique qui renforcerait les droits des résidents et de leurs familles n'est pas prise en compte comme une priorité. La question est de savoir comment les usagers et leurs familles peuvent peser sur l'utilisation qui sera faite de leur propre argent et des fonds qui sont apportés par la solidarité nationale. A l'heure où des investisseurs choisissent ce créneau pour faire fructifier leurs avoirs, on ne saurait l'écarter.

Les représentants des usagers que nous sommes en ont fait une préoccupation majeure. Tout en mesurant les difficultés dues au cadre légal, l'ARS et le département devraient jouer le rôle de facilitateurs. Oui au renforcement de la démocratie sanitaire, mais comment y contribuer dans cette situation concrète ?

La formation et l'accompagnement des professionnels dans leur exercice

Un long chapitre est dédié au traitement de ce thème. Y est affirmée avec force la volonté de « promouvoir le bien-être au travail des professionnels de santé », ce dont nous ne pouvons que nous féliciter. D'autant que, poursuit le texte, leur « santé et leur bien-être sont [...] des prérequis majeurs pour assurer la qualité et la soutenabilité du système de santé ». Dans le même temps il est fait état de données extrêmement alarmantes : selon une étude, 50% des soignants seraient ou auraient été concernés par le « Burn out »

Pour y remédier deux types de réponses sont envisagés :

- la mise à disposition de structures d'écoute, de soutien et d'orientation ainsi que des lieux d'accueil spécifiques, dédiés « à la prévention et prise en charge [des] situations de stress, de souffrance, d'épuisement au travail »
- des formations devant permettre la « nécessaire actualisation des compétences des professionnels de santé »

À aucun moment l'épuisement des agents n'est imputé à une surcharge de travail toujours accrue, liée à un manque criant de postes. Les professionnels de santé ne seraient aucunement victimes de la volonté de réduire les coûts « à tout prix » et d'une vision strictement comptable des politiques de santé !

Ce déni est particulièrement surprenant -et insupportable- au regard du mouvement social sans précédent qui s'est développé tant à l'hôpital que dans les EHPAD.

À quand la fin de la réduction des effectifs dans les organismes sociaux qui entraîne une diminution des effectifs des assistantes sociales CAF, MSA, CARSAT, CPAM ?

Les aidants.

Avec plus de 8 millions de personnes concernées, si elle s'inscrit dans les moyens de maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées, la situation des aidants pose de réels problèmes. Trop nombreuses sont celles (puisque le plus souvent c'est le féminin qui l'emporte dans ces cas-là) qui traversent des périodes d'épuisement qui peuvent conduire au pire. Le financement de 500 € pour le droit au répit et l'absence de dédommagement pour celles et ceux qui sont appelés à interrompre ponctuellement leur travail s'avèrent nettement insuffisants.

Deux mesures importantes sont préconisées : porter à un an la durée du congé de proche aidant et l'indemnisation du congé sur la base de l'allocation journalière de présence parentale dans le cadre de l'assurance maladie. La première est mise en application. Nous serons attentifs concernant les évolutions de la seconde.

Les organisations syndicales revendiquent des dispositifs d'accueil provisoires adaptées aux différentes pathologies, les décomptes pour l'ancienneté et la retraite sur le modèle des congés de maternité.

Encore une fois nous rappelons que l'aide des familles ne peut complètement se substituer aux professionnels. Il faudra aussi des personnels d'aide à domicile plus nombreux, mieux formés, dont le professionnalisme sera reconnu et qui seront protégés par des conventions collectives ou un statut.

L'offre de soins

Cette question pour laquelle les inégalités sont constatées va-t-elle trouver un début de réponse ? Si le P.R.S constate pour la Région un taux d'équipement en Etablissements et services médico-sociaux PA et PH légèrement supérieur au taux d'équipement national, cela occulte d'importantes inégalités (il manque 800 places d'hébergement dans l'Aude, notamment dans les EHPAD).

95 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Aude, 104 en moyenne dans la région Occitanie, et 90 en France métropolitaine.

Ces chiffres ne disent pas les difficultés que les personnes âgées et handicapées vivent chaque jour pour rencontrer un généraliste dans les meilleures conditions.

Et que dire des spécialistes ? Ophtalmologues, par exemple dont le manque criant est caractérisé par la durée nécessaire pour obtenir un rendez-vous ? Cabinet O.R.L inexistant sur le département ?

L'engorgement des urgences et la crise majeure à ce niveau dénoncé par les praticiens urgentistes débordés ne trouvent pas de solution acceptable.

Dans ce contexte, on nous propose d'inciter les internes à effectuer leurs stages semestriels dans les zones rurales !!! en soi, rien de contestable, mais au niveau de l'ambition, cette mesure est très limitée.

En aucune façon cette mesurette ne changera pas véritablement la vie des personnes âgées dans les lieux les plus isolés, dans le cadre de la territorialisation de l'action.

Alors que les centres de santé mutualistes ou autres, sont en grande difficulté là où ils existent, et malgré qu'ils aient fait la preuve de leur efficacité en termes de suivi des soins, le seul recours possible tant en milieu urbain que rural seraient les maisons de santé pluri professionnelles composées de praticiens libéraux. Pourquoi ne pas généraliser les centres de santé avec du personnel salarié sous statut rattaché aux Hôpitaux ?

La tentative de multiplication des maisons de santé financées par les communes, les agglomérations, le département à la fois ne résout en rien la réalité des déserts médicaux et de plus organise un transfert de charges sur les collectivités territoriales.

Le document relativise la réalité des **déserts médicaux** même s'il en mesure les problématiques. (Manque d'attractivité territoriale, pénurie de professionnels, freins à l'installation, etc.) Manifestement l'organisation de la médecine libérale actuelle n'est pas en mesure de répondre aux enjeux de l'égalité de l'accès aux soins tels qu'ils se posent et se poseront dans l'avenir.

Le P.R.S ne prend pas en compte les missions différentes qui incombent aux établissements publics et privés ni de la pénurie des médecins due au numéris clausus.

Une année de formation en médecine coûte 11 000 à 12 000€ par an. Or, les frais d'inscription varient de 180 à 350 € seulement selon les cycles. Face à cette quasi-gratuité, ne serait-il pas logique que les étudiants offrent à la nation ce dont elle a besoin en termes de couverture médicale ?

Ainsi, ne faut-il pas remettre en cause la liberté d'installation et la rémunération à l'acte ?

La télémédecine

Un des projets structurants concerne **l'usage de la télémédecine**, nous n'en doutons pas, il s'agit d'un moyen intéressant au service d'une médecine d'avenir, dans des domaines précis, et notamment la prévention et les relations entre professionnels de santé, mais comment concrètement en tirer un avantage réel compte tenu des obstacles suivants :

- Difficultés pour certaines familles de disposer, faute de moyens financiers, d'équipements informatiques.
- Écarts de maîtrise des outils informatiques par les populations de personnes âgées concernées.
- Inégalités d'accès aux connexions aux réseaux haut débits.

Il ne peut s'agir du projet miracle capable de faire reculer les inégalités d'accès aux soins dans les contrées les plus reculées de notre région et en particulier de notre département. La télémédecine ne remplacera pas la visite du médecin à domicile ou la consultation. Certes, ce n'est pas l'objectif affiché, alors si ce dispositif doit faire l'objet d'un développement dans la durée, il paraît difficilement pouvoir être considéré comme un projet opérationnel structurant permettant des résultats immédiats dans les 5 ans. Enfin, le P.R.S semble oublier qu'il faudra des médecins derrière les écrans...

En ce qui concerne la coordination des professionnels, et le suivi des patients, aucune mesure concrète ne permet de développer le Dossier Médical Partagé.

Le tiers payant généralisé, en tant qu'outil de favorisation de l'accès aux soins des plus démunis, ne va pas se déployer au-delà des patients atteints d'A.L.D. Rien ne permet aux médecins généralistes de faire face à la multiplication des offres de complémentaires santé et le nomadisme des patients lié à la marchandisation de la complémentarité santé.

La prévention

Certes, la prévention est manifestement plus complexe à mettre en œuvre dans les zones défavorisées...Comment agir sur les comportements addictifs pour réduire les risques ?

Comment développer la médecine prédictive, préventive et personnalisée ?

Pour bien vieillir, il faut agir sur les facteurs de risques en amont de la survenue des pathologies chroniques et sur les inégalités sociales qui alimentent les inégalités de santé. La généralisation des dépistages précoces et en particulier le suivi médical post-professionnel doivent être favorisés.

La promotion de la santé peut être un outil au service de la réduction des inégalités sociales, mais ne faut-il pas d'abord réduire les inégalités sociales pour obtenir une diminution des comportements à risques ?

Pour les plus âgés encore à domicile, le développement de l'aide à domicile peut être un moyen de dépistage à condition que les auxiliaires de vie soient formées et disposent du temps nécessaire à une vraie relation avec la personne.

Quel crédit accorder à la nécessité de développer la prévention quand la réalité nous confronte à l'insuffisance de la médecine scolaire, de la médecine du travail, à la remise en cause du compte pénibilité, à la fusion des CHSCT avec d'autres instances de représentation des salariés ? Une note de Bercy demande une réduction sévère du budget de la branche en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles (15 % en moins sur le fonctionnement et 10 % en moins sur les effectifs). Sans compter l'insuffisance des moyens de contrôles sanitaires (affaire Lactalis) et de l'inspection du travail.

Les EPHAD

Si l'idée de la protection de la personne en situation de vulnérabilité comme préoccupation éthique est en soi logique, au moins trois principes sur les cinq évoqués ne sont aujourd'hui pas respectés.

- Dignité
- Intégrité physique et psychique
- Non-malfaisance au niveau de la qualité et de la sécurité des soins.

Certes, cette question et la crise actuelle sont plus du ressort des conditions de vie quotidienne que des actes médicaux en eux même, mais il s'agit bien de prendre la personne dans son intégralité, par conséquent, rien ne peut être éludé.

Le P.R.S ne prévoit pas une mesure simple et pourtant indispensable qui fait l'unanimité parmi les personnels soignant, les résidents et même les directeurs d'établissements : un résident = un personnel.

Les soins palliatifs

Le taux d'équipements par bassin semble faible dans l'Aude malgré l'existence de quatre USP au regard de la forte population de personnes âgées.

Pour **le droit des usagers** et la rédaction des directives anticipées d'une part, beaucoup reste à faire pour permettre à chacun de connaître ses droits et d'en user.

Certes les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance s'imposent au professionnel, encore faut-il qu'elles existent, et qu'elles soient connues. Dans ce cadre, encore une fois, le Dossier Médical Partagé serait un plus, car lorsque ces directives existent, l'absence de lieu partagé ou les déposer conduit à des tracasseries administratives lors de chaque hospitalisation.

Pour conclure,

Il est normal, régulièrement de réadapter en fonction des évaluations faites ou des nouvelles dispositions réglementaires, les plans stratégiques et les dispositifs opérationnels en matière de santé. Mais au-delà des grandes intentions difficilement contestables, que restera-t'il de celles-ci avec une politique gouvernementale qui affiche clairement une volonté de maintenir des enveloppes financières en baisse et déclinées en région ? Les politiques locales ne pourront-elles pas être développées à la hauteur des enjeux par les partenaires institutionnels selon leurs compétences. Les collectivités territoriales, déjà en difficultés ne pourront pas faire face à la demande accrue.

En exprimant de telles réserves, nous ne croyons guère que, tant en ce qui concerne la loi de financement de la sécurité sociale, que pour ce qui relève du P.R.S et qui s'inscrit dans la même logique, que les moyens affichés, en dépit d'un langage rassurant, soient à la hauteur des besoins, mais plongeront les professionnels comme les patients dans des difficultés accrues.

On est loin de la revendication portée par les syndicats d'un financement pérenne et solidaire de la perte d'autonomie...

Aussi, même si nous partageons en partie les constats, nous donnerons un avis défavorable à ce plan régional de santé du fait essentiellement du manque de moyens pour le mettre en œuvre.

Enfin, nous souhaiterions que **l'ARS face annuellement au CDCA, une présentation des progrès concrètement réalisés avec des éléments de mesure des évolutions attendues comme par exemple l’affichage des moyens nouveaux et leur mode de financement etc. ou bien alors avec des indicateurs précis tel que par exemple l’évolution du nombre de personnels dans les EPHAD.**