

DÉPARTEMENT DE L'AUDE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DELIBERATIONS

du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Séance du 29 septembre 2023

Dossier N°5

Objet de l'affaire : Avis sur le Plan Régional de Santé 2023-2028

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

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

Considérant que le CDCA s'est réuni le 15 septembre 2023 à l'occasion d'une commission PRS pour prendre connaissance du nouveau plan régional de santé et en discuter.

Considérant qu'il convient aujourd'hui de rendre un avis à ce sujet.

Vu le rapport de la Présidente du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

Vu le compte-rendu de la commission spécialisée du CDCA du 15/09/23 sur le PRS

Vu la déclaration de l'intersyndicale du CDCA lue en séance par Monsieur CUESTA ci-dessous annexée

Le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie,

Après en avoir délibéré,

- Emet un avis défavorable sur Plan régional de santé 2023-2028.

Sur les motifs suivants :

Dans le cadre de la consultation relative au projet régional santé de la région Occitanie (PRS) le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie est saisi pour avis. Une commission spécialisée s'est réunie le 15 septembre et la plénière s'est réunie le 29 septembre 2023.

Le PRS Occitanie est composé de :

- **Un cadre d'orientation stratégique (COS) prévu pour une durée de 10 ans.**
- **Un Schéma régional de santé (SRS prévu pour une durée de 5 ans.**
- **Le SRS est décliné en 13 schémas territoriaux de santé (STS).**

- **Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) prévu pour une durée de 5 ans.**

Il comprend 6 engagements

- **Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie.**
- **Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé.**
- **Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée à leurs besoins de santé sur l'ensemble du territoire.**
- **Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements.**
- **Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.**
- **Soutenir l'attractivité des métiers de la santé.**

6 défis prioritaires et 109 objectifs opérationnels.

Le CDCA du département de l'Aude considère :

Regrette le manque d'information du CDCA qui a conduit à modifier en urgence la planification de ses travaux pour pouvoir émettre un avis dans le temps prévu.

Constate que le volume de l'ensemble des documents est considérable qu'il comporte de belles intentions, dans la ligne du P.R.S précédent sans garantie de progression, du fait des moyens financiers dont on ne connaît pas les montants.

Que le langage utilisé est quelquefois inapproprié.

Partage le constat édifiant que dans la région Occitanie les besoins sont considérables. Que le département de l'Aude est un territoire sinistré où la plupart des indicateurs sociaux montrent l'urgence des mesures à prendre. Il constate que certains chiffres sont anciens et dépassés et d'autres manquants, comme ceux concernant l'inclusion sociale et professionnelle ce qui ne facilite pas la projection dans l'avenir. Cependant il prétend injustement que l'insuffisance de médecins est dû à un effondrement récent, alors qu'il s'agit du résultat, dont le risque ne pouvait être ignoré, de politiques mises en œuvre depuis le dernier tiers du 20^{ème} siècle jusqu'à nos jours pour réduire l'offre de soins afin de réduire les dépenses de santé sans tenir compte des évolutions démographiques prévisibles en ce début de 21^{ème} siècle.

Que le P.R.S ne tient pas compte des différentes recommandations élaborées précédemment par le CDCA de l'Aude sur ces questions : Ehpad, Personnes handicapées vieillissantes, aide à domicile, Inclusion numérique, accès aux soins de proximité.

Constate que les moyens humains et financiers nécessaires pour répondre aux enjeux de la prévention et de l'offre de soins ne sont pas précisés, alors que la crise du secteur de la santé s'aggrave au point de devenir la norme et que le P.R.S n'apporte pas de solutions nouvelles à la hauteur des enjeux, malgré les engagements, défis, stratégies, objectifs affichés et développés et les résultats attendus.

Le P.R.S et les schémas territoriaux se situent dans le cadre des orientations nationales en matière de santé et n'y dérogent pas, cela n'apporte pas de réponses aux difficultés constatées dans les territoires. Sans une rupture des politiques nationales accompagnée des moyens adaptés il ne peut y avoir de progrès

notables en région, pour passer des intentions aux actes concrets de nature à améliorer les processus de prévention et d'accès aux soins.

Le P.R.S ne comporte aucune mesure d'urgence immédiate alors que la situation de l'accès aux soins est particulièrement dégradée, que de nombreuses personnes notamment les plus fragiles sont sans médecins référent, que le non recours aux soins et le renoncement aux soins est très important. L'absence de dépistage en temps utile ne peut conduire qu'à l'apparition de pathologie soignées trop tardivement et mettant en danger les patients.

L'objectif d'embarquer les personnes, notamment les Audois dans le numérique n'est pas adapté. D'une part le P.R.S constate que le numérique est vecteur d'inégalités mais ensuite, malgré la réalité de l'illectronisme parmi les populations les plus vulnérables, il propose une seule piste. Agir pour inciter les patients à s'emparer des services numériques pour améliorer l'accès aux soins, sans tenir compte de la liberté de choix des patients.

Le P.R.S ne propose que d'accompagner la médecine de ville libérale et les C.P.T.S dont l'existence et le fonctionnement repose sur le bon vouloir des professionnels.

Le P.R.S ne retient pas l'idée de créer des centres de santé publics rattachés aux hôpitaux ou créés sous d'autres formes. Ces centres, maillés sur les territoires avec des professionnels de santé salariés répondraient à de nombreuses problématiques, et aux souhaits de près de la moitié des étudiants en médecine. Il ne prévoit pas d'encourager et de soutenir dans ce domaine précis les initiatives envisagées, par les collectivités locales et notamment par la région Occitanie.

Le P.R.S ne propose aucune mesure de rééquilibrage de l'installation des médecins entre zone sur-dotées et zones sous-dotées et confirme l'attachement à la liberté d'installation, pourtant de plus en plus décriée.

Le P.R.S ne propose pas de soutenir, même pas d'envisager des expérimentations, pour des pôles de compétences et de prestations externalisées (P.C.P.E) qui sont des dispositifs innovants permettant des interventions individualisées auprès des personnes en situation de handicap.

Le P.R.S. dans son volet sur le département de l'Aude ne s'attache pas avec précision aux problématiques spécifiques à certains territoires.

Le P.R.S qu'il s'agisse de la médecine scolaire et de l'éducation à la santé ou bien encore de la médecine du travail et de la santé au travail, aucune mesure spécifique, hormis peut-être sur la prévention des addictions, ne sont envisagées et ces deux secteurs sont en déshérence malgré leur impact sur la santé.

Le P.R.S prévoit une mesure concernant l'accès direct aux services hospitaliers sans passer par les urgences. Cette mesure devrait être immédiatement mise en œuvre compte-tenu de la réalité de l'engorgement des services d'urgence. Encore faudrait-il que des lits d'hospitalisation soient disponibles dans les services hospitaliers. Il faut donc sans attendre, rouvrir de nombreux lits d'hospitalisation et recruter le personnel manquant dans les hôpitaux.

Le nombre de places en Ehpad est insuffisant et la problématique des personnes handicapées vieillissantes n'est pas prise en compte à sa juste mesure.

En ce qui concerne le maintien à domicile, le manque de moyens de prise en charge et l'insuffisance de coordination des soins nécessite d'accompagner la transformation des SAAD en SPASSAD dans les meilleurs délais. Les besoins en nombre d'accompagnants sont exponentiels, tant pour les personnes âgées que pour les personnes en situation de handicap pour faire face au virage domiciliaire.

L'amélioration de l'attractivité des métiers relève également de l'urgence dans les établissements d'accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dans les services d'aide à domicile, car la souffrance au travail est démotivante pour les professionnels en place tout autant qu'elle est un facteur de désintérêt, pour les personnes potentiellement intéressées par ce secteur. Des moyens financiers doivent être dégagés dans ce sens. Favoriser les recrutements, améliorer les conditions de travail, augmenter les rémunérations, reconnaître les qualifications, accompagner la formation continue, améliorer par des actes concrets, tous les aspects des métiers de l'aide à la personne et des soins est indispensable pour donner envie de les pratiquer.

A ce sujet, il ne suffit pas de souhaiter une augmentation d'infirmières en pratique avancée, il faut tenir compte des contraintes des formations complémentaires nécessaires pour les candidats-e afin d'adapter ces formations.

Les mesures pour envisager une médecine "type catastrophe" afin d'anticiper et de gérer les risques sanitaires majeurs, qu'une nouvelle crise d'ampleur pourrait entraîner, ne proposent pas de véritables dispositifs novateurs. Stocks de matériels nécessaires, notamment en réanimation, formation des soignants, stocks de médicaments etc. *La mobilisation de toutes les ressources prioritaires et la déprogrammation de toutes les autres activités à l'exception de quelques-unes demeurant prioritaires*". Confirme qu'il n'est pas prévu de moyens supplémentaires mobilisables. Seule, une réorganisation des moyens de soins, conduisant à des choix qui écartent des soins non prioritaires sont proposés...

Les besoins de démocratie en santé nécessitent des dispositifs qui doivent aller au-delà des intentions. Qu'il s'agisse de la prise en compte des instances de concertation réglementaires ou du récent décret sur la composition des CVS, les insuffisances constatées confirment qu'il n'y a pas de vraie volonté de prendre en compte les avis des usagers de la santé et de leurs représentants.

Les dépenses publiques en matière de prévention de la santé profitent d'abord aux plus favorisés ce qui a pour conséquence de creuser les inégalités sociales constate le P.R.S. Le sociologue *Didier Fassin (2000) est cité de manière édifiante dans les orientations stratégiques : "La plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités dans le domaine social ou sanitaire produisent presque toujours (...) une aggravation des écarts"*. CQFD.

**Pour la Présidente du Conseil départemental de la
citoyenneté et de l'autonomie,
Par délégation,
La Vice-Présidente du conseil départemental en charge
de l'autonomie,**



Séverine MATEILLE

Annexe :

Déclaration pour avis des organisations syndicales et associations représentants les retraités :

CFDT UNSA FSU USR FO CFTC USR CGT Les associations LSR et FGR FP

Séance Plénière du CDCA du 29 septembre 2023

Alors que le CDCA de l'Aude avait émis le souhait d'être informé des étapes de la construction du P.R.S 2023/2028, nous avons découvert par nos propres sources en Juin 2023 le planning de consultation de celui-ci, une fois définitivement écrit. La publication des documents sur le site internet de l'ARS a été faite en juillet, pour une phase de consultation qui doit se terminer fin octobre. Cette situation nous a conduit à modifier le calendrier de fonctionnement du CDCA pour prévoir une commission de travail le 15 septembre et une Plénière le 29 septembre afin de donner un avis. Non pas simplement pour répondre par un acte réglementaire bâclé, mais pour pouvoir argumenter, au regard du contenu dudit PRS.

C'est ainsi que nous avons découvert les différents documents qui le composent :

- Un cadre d'orientation stratégique de 66 pages prévu pour une durée de 10 ans.
- Un programme régional d'accès à la prévention et aux soins de 60 pages prévu pour une durée de 5 ans.
- Un schéma territorial départemental qui fixe les priorités de santé pour chacun des 13 départements de l'Occitanie pour une durée de 5 ans, celui de l'Aude comportant 74 pages.
- Un Schéma régional de santé unique de 432 pages prévu pour une durée de 5 ans.

632 pages auxquelles il faut ajouter les 820 pages des schémas territoriaux des 12 autres départements de la région Occitanie soit au total un document global dépassant le millier de pages, 1452 exactement. L'immensité du travail demandé aux acteurs en santé et aux talentueux rédacteurs de ces documents, au final pourrait n'apparaître que comme un immense gâchis, faute de moyens suffisants et adaptés pour que les intentions se traduisent par une progression de la capacité de l'offre de soin et un accès généralisé à la prévention pour faire face aux besoins de la population.

Le préambule de la constitution prévoit que la nation garantit à tous la protection de la santé. Le système de santé relève d'une mission de service public et l'organisation des soins doit être adaptée aux besoins des populations et permettre une égalité d'accès à des soins de qualité pour tous, quels que soient leurs revenus ou leurs lieux de vie.

Comme le signale le préambule du cadre d'orientation stratégique, l'ARS Occitanie inscrit son action en cohérence avec la stratégie nationale. Comment pourrait-il en être autrement ? Par conséquent, il apparaît clairement qu'il ne peut y avoir de changement notable dans notre département, sans une rupture dans la politique nationale qui serait alors accompagnée en région. C'est donc encore une fois sans illusions que nous apportons des remarques sur les actions envisagées compte tenu des observations ci-dessus exprimées. Dès lors, ne peuvent apparaître que des contradictions entre les actes passés ou à venir et les intentions écrites et soulignées à grand renfort de qualificatifs au fil de ces nombreuses pages.

A longueur de paragraphes, sous prétexte de rendre les patients acteurs de leur santé, pour faire face aux défaillances du système de soin on leur fait porter la responsabilité des insuffisances récurrentes. Le constat est sans appel : la diversité territoriale est l'une des caractéristiques de notre région avec ses deux villes phares et ses espaces ruraux éloignés. Le dynamisme démographique est très inégal, issu principalement d'un transfert de population. Il s'accompagne d'inégalités sociales et territoriales persistantes, d'une grande précarité, d'un taux de pauvreté élevé et d'une population vieillissante. L'offre de soins jugée importante, comparée aux autres régions, est inégalement répartie avec une tendance à la baisse des professions médicales et à l'augmentation des professions paramédicales. Les capacités d'accueil des personnes âgées en structures adaptées sont insuffisantes. L'offre de soins pour les personnes en situation de handicap est inégalement répartie.

Pour l'Aude tous les indicateurs sont au rouge :

Vieillesse de la population, nombre de ménages non imposés, taux de chômage, taux de pauvreté, nombre de bénéficiaires de la prestation complémentaire santé solidaire, espérance de vie, taux de médecins généralistes de plus de 60 ans, taux de consultation par habitant, taux d'équipements en établissements médicaux sociaux et en Ehpad...

Les comparaisons concernant l'inclusion scolaire et professionnelles n'apparaissent pas. Les chiffres concernant l'utilisation du numérique ne sont pas évoqués et certains chiffres notamment ceux concernant les médecins libéraux sont datés et sous-évalués.

Pour couronner le tout, les risques environnementaux majeurs ne sont pas absents de notre beau département touristique. Habitat insalubre, Radon, maladies infectieuses auxquels il faut ajouter les risques liés au dérèglement climatique, et ceux liés à l'utilisation de certains produits phytosanitaires.

Le P.R.S ne nie pas cette réalité. Cette triste énumération devrait conduire, sans attendre un lissage quinquennal, à des mesures d'exception pour le département sans préjuger des situations spécifiques à chacun des douze autres départements de la région. Or, force est de constater qu'il n'en est rien. En aucune façon il n'est envisagé pour desserrer la tension, de prendre rapidement des mesures contraignantes mais pourtant indispensables.

6 engagements, 26 défis déclinés en 109 objectifs opérationnels sont ainsi proposés et un engagement de suivi régulier pour rendre compte des réalisations est évoqué.

Il est proposé, de développer la prévention en matière de santé environnementale mais cette question relève surtout des politiques industrielles et agricoles ou encore de celles des transports qui seraient à même d'agir sur la qualité des produits alimentaires, sur leur mode de production, sur la qualité de l'air que nous respirons. Dans ces domaines nos services de santé interviennent pour combattre les maladies, agissent sur les effets uniquement et n'ont pas de pouvoir d'influer sur les causes.

La santé au travail ne semble pas être une préoccupation de l'ARS. Sans doute parce qu'en ce domaine c'est le Ministère du Travail du Plein Emploi et de l'insertion qui est concerné. La souffrance au travail atteint pourtant des proportions élevées alors même que le travail physique diminue. La recrudescence des accidents du travail et notamment, ceux mortels, dont la France détient le record européen depuis peu est une triste réalité. Corollaire entre-autre de la disparition des CHSCT dans nos entreprises, remplacés par des CSE fourre-tout. Cela concerne aussi les soignants de toutes catégories, récemment un jeune dentiste a mis fin à ses jours à Cahors, région Occitanie, car il ne supportait pas la pression liée à son métier.

Quid de la mortalité infantile dont le taux est depuis 2015 en France, supérieur à la moyenne européenne, alors qu'à la fin du 20^{ème} siècle il était parmi les plus bas d'Europe. (Source INSEE) La disparition en nombre des maternités de proximité n'est pas étrangère à ce piteux résultat.

L'adaptation aux populations les plus vulnérables est un vœux pieu car la situation actuelle de pénurie de médecins touche en priorité les plus fragiles, à savoir les personnes en situation de handicap, les personnes âgées et les personnes en situation de précarité ou souffrant de pathologies chroniques dont beaucoup sont classées en ALD. Le risque de voir apparaître pour certains patients, consécutivement aux retards de diagnostic, des maladies graves se trouve ainsi accentué et constitue une réelle perte de chance.

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins est présenté comme un levier de lutte contre le non recours et le renoncement aux soins pour les personnes en situation de précarité. Cependant le P.R.S constate que : *"Les politiques publiques en faveur de la santé profitent d'abord aux plus favorisés qui sont les premiers à tirer profit des messages incitant à la prévention ce qui a pour effet de creuser les inégalités sociales et territoriales de santé. (Exemple du tabagisme) "*

Le sociologue *Didier Fassin (2000)* est cité de manière édifiante dans les orientations stratégiques : *"La plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités dans le domaine social ou sanitaire produisent presque toujours (...) une aggravation des écarts". CQFD.*

Le nombre d'Ehpad est insuffisant sur toute la région, mais les structures non Ehpad sont plus nombreuses. De nombreuses résidences seniors privées à but lucratif sont construites dans le département et ne correspondent pas aux moyens des populations locales du fait des réalités

économiques.

“Les institutions d'accueil des personnes en situation de handicap sont très inégalement réparties”. Malgré la volonté manifeste de vieillir au domicile, il manque des places en Ehpad pour les personnes âgées et en institutions spécialisées ou Ehpad pour les personnes en situation de handicap vieillissantes. Ce dernier point, largement sous-évalué dans les années précédentes ne semble pas faire l'objet d'une quelconque priorité d'action. Le manque de moyens dans les Ehpad compte-tenu du niveau de dépendance des personnes accompagnées est très important. Il ne permet pas aux institutions de respecter le principe d'intégrité physique et psychique qui ne peut se résumer en une absence de maltraitance.

L'institution elle-même crée de la maltraitance en ne permettant pas aux soignants d'appliquer un certain nombre de bonnes pratiques de base qu'il serait vain d'énumérer ici, mais que les familles constatent au quotidien. Hélas encore aujourd'hui le placement en établissement crée de la dépendance, notamment du fait de l'insuffisance de personnel. A l'échelle de la population du département de l'Aude il manque plus de 1000 emplois dans les Ehpad. Le fait incontestable que les bonnes conditions de travail du personnel et la reconnaissance professionnelle agit sur la qualité de la prise en charge de la dépendance n'est absolument pas un critère retenu pour les Ehpad.

Le droit à l'autodétermination, garanti par la loi, doit permettre à chacun de choisir son mode de vie et d'hébergement. Cela impose le développement territorial d'une diversité de l'offre qui soit susceptible de répondre à cette exigence humaine de choix individuel. Vieillir au domicile est certes le choix de la plupart des personnes lorsque leur degré d'autonomie le permet mais il arrive un temps où les aidants sont démunis, la sécurité de la personne n'est plus assurée et l'entrée en Ehpad est inéluctable. L'Ehpad “hors les murs”, comme l'on nomme le maintien à domicile des personnes dépendantes nécessite tout autant, des compétences médicales, paramédicales que d'assistance de vie et d'une présence renforcée, sans oublier des équipements adaptés. A domicile comme en établissement le manque cruel de moyens de prise en charge est une réalité. Il manque dans l'Aude 500 emplois dans l'aide à domicile, avec des inégalités de territoire et une coordination des soins insuffisante. Ce dernier point doit conduire au plus vite à accompagner la transformation, des SAAD en SPASAD. Il faut par ailleurs prendre des mesures permettant de supprimer le glissement des tâches en formant les personnels, sans oublier de reconnaître leur qualification dans un métier aujourd'hui encore sous-estimé.

Il est ambitieusement proposé : *“d'embarquer les personnes vers le numérique en santé et de soutenir l'usage du numérique comme levier de coordination des soins entre les professions”*. Sur ce dernier point, on peut s'interroger sur les freins existants pour ce développement qui apparaît a priori comme une évidence pour l'efficacité de la coordination des soins des médecins libéraux, des intervenants paramédicaux et des services hospitaliers. Manifestement, il existe des incompréhensions entre l'ARS et les professionnels pour n'employer qu'un euphémisme.

En ce qui concerne les patients, après avoir affirmé que *“le numérique est vecteur d'inégalités pour les populations, il est proposé de renforcer leur pouvoir d'agir notamment en les incitant à s'emparer des services numériques”*.

Permettez-nous de rappeler ce que nous avons évalué récemment pour notre département dans les recommandations du CDCA sur l'inclusion numérique :

Si l'on applique au département de l'Aude le même calcul en proportion de sa population (chiffres INSEE 2018) on obtient les informations suivantes, à comparer en ordre de grandeur :

Pour une population totale de 372 806 dont 312 440 personnes de plus de 15 ans.

- *12% soit 37 492 ne disposeraient d'aucun accès à Internet.*
- *15% soit 46 866 personnes de plus de 15 ans, n'auraient pas utilisé Internet au cours de l'année.*
- *38% soit 118 727 personnes manqueraient d'au moins une compétence et 2% soit 6 848 personnes n'en auraient aucune.*

Dans cette population, les plus de 75 ans qui représentent 12% de la population totale soit 44 736, dont 23 710 n'auraient pas accès à Internet.

17% soit 53 114 personnes seraient en situation d'illectronisme.

D'une part, avec un tel bilan d'illectronisme, sans oublier les autres obstacles tels l'insuffisance d'équipements, ou des reseaux quelquefois poussiifs, la tâche s'annonce gigantesque, d'autre part et surtout, le fait pour les usagers de ne pas recourir au numérique pour échanger avec les services publics de santé est un droit fondamental qui doit être respecté. Le P.R.S néglige totalement le rapport de la défenseure des droits sur les inégalités d'accès aux service publics et leur corollaire en santé.

La téléconsultation qui s'est fortement développée avec la crise Covid est devenue avec l'insuffisance des médecins un palliatif au refus des médecins surbookés de prendre en charge des nouveaux patients isolés sans médecins référents. Nous voyons fleurir ici et là de nombreuses plateformes de téléconsultation. Un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins met en garde contre certaines pratiques de téléconsultation constatées, autrement dit des pratiques commerciales, interdites par le code de déontologie. Pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients, il importe que cette technique demeure secondaire, accessoire à l'exercice de la médecine en présentiel. Si la téléconsultation, est un moyen de répondre à l'absence d'un médecin référent, par exemple pour un renouvellement d'ordonnance, il ne peut s'agir d'une pratique continue. Prôner le développement de cette technique est contraire à la charte des bonnes pratiques de la téléconsultation.

Nous réaffirmons qu'en matière de santé comme dans tous les autres domaines d'accès aux services publics, l'inclusion numérique, malgré ses enjeux liés à la modernité, ne peut être la seule politique publique développée pour favoriser l'accès des usagers aux services publics de santé ou autres. L'égalité d'accès doit être garantie et tous les services de santé publics ou non, doivent s'adapter aux capacités des usagers. La dématérialisation des procédures administratives doit s'inscrire comme une offre supplémentaire et non substitutive à l'accueil physique, au courrier papier ou au téléphone. Tous les services publics ou privés de santé doivent proposer aux usagers, quels qu'ils soient, des alternatives à l'accès en ligne à leurs services. Cela implique notamment le maintien d'accueils physiques dans tous les territoires.

Chaque assuré social doit avoir un médecin traitant et celui-ci ou un de ses collègues doit pouvoir assurer une prise en charge en consultation ou à domicile au maximum dans les 24 heures. C'est pour respecter ce droit fondamental aujourd'hui bafoué que des décisions urgentes doivent être prises.

Le P.R.S réaffirme son attachement à la médecine libérale et à la sacrosainte liberté d'installation des médecins. Il ne propose que de soutenir ce mode d'organisation. Alors que bon nombre d'acteurs concernés reconnaissent que cette organisation est à bout de souffle. De nombreuses maisons de santé regroupant des médecins libéraux ferment, notamment dans les milieux ruraux. De plus, de nombreux étudiants en médecine souhaitent exercer dans le cadre du salariat. A aucun moment il n'est question, y compris sans sortir du cadre national, de soutenir la création de centres de santé publics même lorsque les collectivités territoriales se déclarent prêtes à agir ou ont déjà engagé des expériences comme c'est le cas pour la région Occitanie.

Ce sont des structures dont l'existence n'est pas nouvelle en soi. Rattachés à des collectivités territoriales ou mieux encore aux établissements hospitaliers de proximité, les centres de santé permettraient de répondre à plusieurs objectifs que l'on retrouve dans de multiples projets libéraux éparpillés :

- Concentrer les investissements publics de toutes origines dans des structures publiques,
- Favoriser la coordination des soins et le lien entre les professions médicales et para médicales,
- Développer les pratiques en milieu ordinaire et en milieu hospitalier,
- Limiter le problème des dépassements d'honoraires qui apparaît dans le milieu des généralistes,
- Répondre aux souhaits de plus de la moitié des étudiants en médecine,
- Mettre à disposition des matériels et logiciels communs et favoriser les échanges entre professionnels de santé,
- Libérer les médecins des tâches administratives de gestion et de logistique pour qu'ils disposent de plus de temps à consacrer aux patients,
- Améliorer les conditions d'exercice de la médecine en réduisant le temps de travail des médecins,
- Favoriser la prise en charge à domicile des patients qui ne peuvent se déplacer,
- Réduire l'engorgement des urgences,

- Rétablir et organiser des tours de gardes en proximité,
- Réduire le renoncement aux soins des plus défavorisés notamment en supprimant définitivement le tiers payant qui est en l'occurrence contreproductif.

Il est seulement prévu de soutenir les communautés territoriales professionnelles de santé C.T.P.S qui sont des regroupements de professionnels libéraux. Certes la nécessité de coordonner les soins est une bonne idée pour la prise en charge globale des patients dans un secteur libéral existant. Mais les CTP regroupent des médecins en exercice volontaires. Pour coordonner cette activité, encore faut-il disposer de médecins installés et si les patients en ALD, considérés comme plus vulnérables, sont priorités dans cette démarche, ce sera au détriment des autres patients. On s'interroge, comme les médecins eux-mêmes, pour savoir alors où est la plus-value ?

Il n'est aucunement envisagé l'organisation d'une médecine itinérante ou mobile, qui permettrait de faire face à l'urgence dans les territoires sous dotés, pour répondre à l'absence d'attractivité dans certains milieux ruraux.

Il est relevé *"que la profession d'infirmiers libéraux a augmenté de 58%. Celle des kinésithérapeutes à elle augmenté de 40% dans les deux dernières années"*. Il serait utile de comprendre pourquoi et si cette évolution est favorable ou non à la prise en charge médicale ? Il serait judicieux de faire des propositions concrètes pour équilibrer efficacement le nombre de paramédicaux en établissements et en milieu ordinaire.

Afin de désengorger les services d'urgences, *"il est envisagé de favoriser l'accès direct dans les services hospitaliers"*. Cette disposition, de bon sens au lieu d'être intégrée dans un plan quinquennal, devrait faire l'objet d'une décision avec effet immédiat. Cependant, il est aisé de comprendre que la diminution du nombre de lits dans les services hospitaliers ne facilite pas, hélas, cette prise de décision. Il faut donc stopper immédiatement la suppression des lits et inverser la tendance en recréant des lits d'hospitalisation sans attendre.

Dans le même esprit il est urgent de recruter dans les hôpitaux. Nous avons souligné qu'il manquait 100 000 emplois en France dans le secteur hospitalier ce qui à l'échelle de la population du département de l'Aude représente environ 540 emplois.

Comment oser prétendre que *"l'insuffisance de médecins généraliste et autres est dû à un effondrement récent"* ? Comme s'il s'agissait d'une crise soudaine. Il s'agit en réalité du résultat des politiques mises en œuvre depuis 1975 avec une volonté affichée de restreindre la demande de soins pour réduire les dépenses en diminuant l'offre de soins et en limitant drastiquement le numérus clausus. Personne n'ignorait alors, que la démographie allait poser un problème en cette première moitié de 21^{ème} siècle compte-tenu de l'effet conjugué du flux des naissances des années 1950, du vieillissement de la population et de la hausse des pathologies chroniques inhérentes à l'âge, donc prévisibles. De même, on ne pouvait ignorer que les médecins allaient vieillir tout autant que l'ensemble des autres catégories de la population. La situation risque hélas de perdurer au-delà des années 2030 malgré l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine qui est repartie à la hausse depuis les années 2000 et le numérus clausus devenu le numérus apertus.

Il est question d'aider les collectivités territoriales à se coordonner pour développer l'attractivité des territoires. La mise en œuvre de cette résolution est indispensable pour éviter toute concurrence entre les collectivités territoriales pour l'installation des nouveaux médecins. Des dispositifs solidaires doivent être organisés entre les territoires. Par ailleurs, un cadre référentiel devrait être défini pour réguler l'offre.

Cependant ces politiques ont des limites. Au-delà des incitations financières partielles surajoutées ici ou là, la réalité de l'éloignement des cantons ruraux en matière culturelle, infrastructurelle ou autres attraits, couplé à un exercice libéral individualisé ne permettra pas de répondre aux attentes des jeunes médecins et favoriser l'installation dans des secteurs aujourd'hui sous-dotés.

Seule une politique nationale financée par l'état et non pas par les collectivités territoriales, relayée en région, prenant en charge la totalité des frais d'études des médecins, en contrepartie d'un engagement à exercer pour une durée d'au moins 5 ans dans ces territoires sous-dotés sera de nature à rompre avec la désertification médicale. De plus le rééquilibrage de la répartition géographique des médecins, qui est un enjeu majeur de santé publique, nécessite en zone sur-dotée de conditionner l'installation d'un nouveau médecin à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité.

Il est prévu : *“d’améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé (équilibre vie privée/vie professionnelle) par le déploiement des dispositifs d’exercices coordonnés. Ou encore d’assurer un accueil de qualité des professionnels et de leur famille sur les territoires ou encore d’améliorer la communication pour faire la promotion des métiers de la santé”*.

L’attractivité des métiers c’est prendre en compte la nécessité de faire évoluer le statut de tous les intervenants en santé.

Les internes en médecine, les médecins, quel que soit leur mode d’exercice ou leur spécialité doivent pouvoir bénéficier de conditions de travail leur permettant, à la fois une meilleure prise en compte des patients et un respect de l’équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Déjà, lors des études apparaissent des *obstacles* qui nécessitent de prendre des mesures afin d’améliorer les conditions de leur réalisation. En effet, on constate de nombreux abandons en cours d’étude, (10% pour les étudiants en médecine) phénomène qui touche aussi les étudiants en formation de soins infirmiers (20% des étudiants) (source DREES). La précarité du statut d’étudiant, les conditions matérielles difficiles, mais aussi les mauvaises conditions de réalisation des stages sont à l’origine de ces abandons.

Les soignants paramédicaux, personnels de service, aides à domicile, etc. doivent voir leurs professions reconnues, bénéficier, de salaires encore revalorisés, et pour améliorer les conditions de travail, il faut partout, des effectifs suffisants. Avoir accès à une formation continue adaptée aux tâches qui leur sont demandées. La vraie reconnaissance professionnelle ne passe ni par les applaudissements palliatifs soulignés par des discours ou des écrits lénifiants mais par les actes concrets et notamment l’augmentation des effectifs.

Il est insupportable de constater que la crise du secteur de la santé devient la norme. Un plan d’urgence est aujourd’hui indispensable.

Parlant de la crise sanitaire du Covid19, on peut lire dans le P.R.S : *“Durant cette période, le système de soins a fait preuve d’une réactivité et d’une résilience exceptionnelle”*. Ce sont surtout les soignants qui, n’hésitant pas à se mettre en danger, ont fait preuve d’une abnégation et d’un sens civique exceptionnel pour pallier aux carences de l’organisation et à l’insuffisance des moyens des hôpitaux et des services d’urgence. L’indicible fut de constater que dans cette période noire, les restructurations hospitalières continuaient avec la suppression de nombreux lits d’hospitalisation. Malgré l’ouverture de lits de réanimation 7500 lits supplémentaires ont disparu en 2020, 4300 en 2021 (source DREES Ouest France le Monde La dépêche du Midi). Difficultés à recruter et augmentation des hospitalisations à domicile, ne peuvent justifier à eux seuls cette politique de la terre brûlée engagée dès 1998. Combien dans la région Occitanie ? Combien dans l’Aude ?

“Il est proposé d’anticiper, de préparer et de gérer les situations sanitaires exceptionnelles”. Mais la crise du Covid 19 a-t-elle vraiment servi de leçon ? Il semble que ce ne soit pas le cas puisqu’il est envisagé de *“mettre en place un système d’observation de ces nouveaux besoins, car nous n’avons pas encore assez de recul pour objectiver ces nouveaux besoins”* ! (Sic)

“Une médecine de catastrophe”, telle que l’idée est développée, doit reposer sur le socle d’un système de santé efficace et être complété par des moyens exceptionnels mobilisables dans l’urgence. Rien ne permet d’affirmer que le nombre de lits de réanimation cruellement insuffisant lors du pic de la crise ait été augmenté ? Quels stocks, disponible ? Quel entretien ? Quel renouvellement prévu pour une mise en œuvre opérationnelle rapide ? Quel recrutement engagé ? Quelle formation de personnels qualifiés mobilisables ? Quels stocks de matériels à usage unique ? etc. Alors que la pénurie de certains médicaments perdure, il serait nécessaire d’acter un véritable plan de relance de la production de médicaments sur le sol hexagonal. Pourquoi dans la région Occitanie, les territoires désindustrialisés ne seraient-ils pas considérés comme des lieux possibles d’installation d’unités de production, créatrices d’emplois ? Avec un accompagnement régional.

Au lieu de découvrir des mesures de progrès, nous pouvons lire : *“Qu’il faut envisager une médecine type catastrophe qui mobilise toutes les ressources prioritaires et la déprogrammation de toutes les autres activités à l’exception de quelques-unes demeurant prioritaires”*. Autrement dit, pas question de

moyens supplémentaires mobilisables, on fait avec ce que l'on a et on prévoit de réorganiser, en faisant des choix et en écartant des soins non prioritaires...

La démocratie en santé, au-delà du renforcement des droits individuels, nécessite que les instances de concertation, hors et dans les établissements, soient véritablement reconnues et leur avis et recommandations prises en compte. L'exemple récent et significatif est celui du décret concernant la représentation des résidents et de leur famille dans les CVS des Ehpad. Les résidents, sont devenus désormais "des personnes accompagnées" mais cela ne comble pas les insuffisances du dispositif. Il y a cependant dans ce domaine des marges de manœuvre à discuter avec les institutions et les établissements pour améliorer la prise en compte des remarques des représentants des personnes accompagnées.

Pour terminer :

D'un part le P.R.S ne propose pas de véritable système d'évaluation de la mise en œuvre du projet, avec des indicateurs de mesure et des modalités locales. Nous proposons la mise en place d'un comité pluri-partenarial de suivi associant les usagers.

D'autre part, la succession des PLFSS et celui annoncé pour 2024 n'augure pas de dispositions permettant de lutter contre les inégalités. L'objectif national des dépenses de l'assurance maladie, (ONDAM), malgré l'inflation n'augmenterait que de 3,2 % en 2024 contre 3,7% en 2023. Mais le doublement des franchises médicales sur les médicaments et la consultation, la réduction des remboursements des soins dentaires qui passerait de 70% à 60% pénaliserait encore les patients qui devraient déboursier 800 000 millions d'euros supplémentaires alors que dans le même temps les exonérations de cotisations des entreprises sont maintenues et que la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises du médicament serait limitée à 1,6 milliards d'euros au lieu des 2 milliards prévus initialement. C'est globalement un budget 2024 d'austérité qui ne sera pas de nature à lancer sur la bonne voie un P.R.S.

Comment assurer un financement pérenne des actions prévues sur 5 ans alors que la visibilité budgétaire est absente du document et révisée annuellement par les PLFSS successifs ?

En conséquence nous proposons au CDCA de prononcer un avis défavorable sur le P.R.S 2023/2028. Nous demandons que cette déclaration soit jointe à la résolution d'avis du CDCA.