

Proposition d'avis du CDCA

Préparé par le groupe de travail santé

Pour la réunion plénière du CDCA du 28 mai 2018

L'article L149-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit que le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) soit consulté pour émettre un avis sur le schéma régional de santé. Le CDCA représente les personnes âgées et retraitées ainsi que les personnes en situation de handicap et leurs proches, pour cet avis, nous – les membres du CDCA – avons donc tenu à aborder les questions qui nous concernent en particulier mais aussi, parfois, des questions qui concernent l'ensemble de la population parisienne.

En préambule, nous tenons à saluer l'effort de définition réalisé en introduction du projet régional de santé qui indique que les termes usager, citoyen, patient et habitant sont utilisés dans ce document de façon presque interchangeable désignant une personne qui a un besoin de santé ou d'autonomie. À ce titre, le CDCA tient à rappeler l'importance du terme « personne » qui, mieux que tout autre, engage à mettre chaque personne au cœur des dispositifs et à faire d'elle l'acteur de son parcours.

Nous avons pris connaissance du PRS2 soumis à consultation et nous ne pouvons que partager ses ambitions de meilleure prise en charge, de réduction des inégalités, de mise en œuvre de logiques de parcours. Mais nous regrettons le caractère souvent trop général des objectifs fixés (1) et le risque que comportent certaines orientations, telles que la territorialisation si elle est mal préparée ou le recours à marche forcée à l'ambulatoire et à des solutions présentées comme innovantes. Cette transformation ne doit pas être motivée par la recherche de réduction des coûts. Compte tenu de la situation actuelle (déficit de personnels médicaux et paramédicaux en médecine de ville, zones blanches, déserts médicaux...), on ne pourra pas faire plus et mieux avec des moyens réduits (2).

1. Nous saluons les ambitions fixées par le projet régional de santé mais nous nous inquiétons de leur caractère trop peu concret

Bien sûr, nous partageons les principaux objectifs du PRS que sont la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement et l'affirmation du rôle central de la prévention et de la promotion de la santé. Sur le premier point, le CDCA considère que la priorité de réduction des inégalités sociales de santé bien que régulièrement mentionnée et accolée à des propositions d'actions, demeure une orientation transversale dans le PRS2, au lieu de figurer comme un axe de transformation ou un programme à part entière. Nous pensons également que la méthode de priorisation des territoires, qui se décline notamment par la signature récente d'un contrat local de santé à l'échelon de Paris, s'avère pertinente.

Cependant, nous considérons que la déclinaison de ces objectifs dans les programmes de mise en œuvre reste souvent trop floue et générale. Nous relevons que le PRS2 propose peu de modalités de réalisation concrètes, notamment sur les questions de financement et d'évaluation des actions. Or, pour accompagner le décloisonnement ville-hôpital-médicosocial et pour consolider l'animation territoriale, il est nécessaire de prévoir les capacités à renforcer à la fois sur le plan des organisations territoriales en précisant leurs attributions respectives mais aussi de renforcer et réorienter les ressources humaines. Nous nous interrogeons aussi sur la manière dont ont été fixés certains objectifs et sur les mesures à prendre pour les atteindre. Que signifiera de fait la territorialisation : quels sont les échelons évoqués de 400 000 à 700 000 personnes ? Autre exemple, figurent parmi les 6 principaux objectifs : « avoir diminué de 10% la part des hospitalisations « évitables » » et « avoir diminué de 20% le taux de ré-hospitalisation à 30 jours ». On sait que beaucoup de ces hospitalisations concernent les personnes âgées. Comment ces cibles ont-elles été fixées ? Quelles seront les actions proposées pour y parvenir ? Comment les activités transférées de l'hôpital vers la ville pourront-elles être correctement prises en charge ?

Plus généralement, nous regrettons que l'élaboration de ce PRS2 n'ait pas été davantage nourrie par l'évaluation du précédent projet régional de santé. Le bilan qui en a été réalisé nous semble trop fondé sur quelques exemples et ne parvient pas réellement à analyser l'atteinte des grands objectifs de santé. Et pour cause, le précédent projet fixait bien plus des objectifs de moyens que des indicateurs de résultats. Il n'est d'ailleurs pas fait mention dans ce PRS2 des réussites ou des échecs du précédent PRS pour justifier les orientations proposées, qu'elles soient nouvelles ou dans la continuité du précédent PRS. Ainsi, la continuité avec le PRS1 est peu visible et le CDCA apprécierait un bilan introductif des résultats du PRS1.

Dans le même ordre d'idées, nous regrettons que nombre de dispositifs innovants n'aient pas encore été évalués. À titre d'exemple, il existe en Ile-de-France des dispositifs intégrés dits « MAIA autisme », destinés à accompagner les personnes autistes sans solutions dans la recherche d'une solution, ces dispositifs auraient mérités d'être analysés pour enrichir le PRS2.

Nous souhaiterions aussi que quelques objectifs chiffrés, non en pourcentage mais en valeur absolue, soient fixés et qu'au terme des cinq ans, un bilan précis sur ces points précis puisse être fait. Parmi les objectifs chiffrés, pourraient être suivis les effectifs de telle ou telle catégorie de personnels soignants, le nombre de personnes de plus de 75 ans avec plus de 7 molécules dispensées, le nombre de personnes victimes d'une fracture du col du fémur opérées dans un délai inférieur à 48 heures, le nombre de personnes formées à la télémédecine dans les établissements médico-sociaux.

Enfin, le PRS2 a vocation à être un document transversal, abordant l'ensemble des politiques publiques : or, il nous semble que certaines thématiques importantes ne se trouvent pas ou insuffisamment développées, tel que l'impact des transports sur la santé. Plus généralement, en termes de cohérence, la question de l'articulation entre ce PRS2 et d'autres plans ou programmes existants comme le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) ou le Plan santé au travail (PST3), se pose.

2. Nous alertons sur le risque qu'il existe à opérer un virage ambulatoire et/ou inclusif sans programmation pluriannuelle de mise en œuvre des conditions nécessaires à leur réussite

Nous constatons que beaucoup de personnes âgées préfèrent vivre à domicile, plutôt qu'en EHPAD et être soignées chez elles plutôt qu'à l'hôpital. De même, beaucoup de personnes en situation de handicap souhaitent disposer de leur propre logement plutôt que de vivre en foyer.

Cette aspiration largement partagée ne doit pas faire oublier que toutes les situations ne se ressemblent pas et que, pour un nombre important de personnes, il demeure un besoin d'hospitalisation ou d'hébergement dans un établissement médico-social. En effet, toutes les personnes âgées et handicapées ne peuvent vivre à leur domicile (ou à celui de leurs parents – ce qu'elles ne souhaitent pas toujours), toutes les personnes ne peuvent être hospitalisées dans leur lieu de vie. Les proches aidants jouent un rôle majeur mais ils ne peuvent pas assurer seuls l'accompagnement de leur proche et ne peuvent en aucun cas remplacer les services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD). Il apparaît donc essentiel que les solutions inclusives ou de maintien à domicile ne soient pas subies (comme l'est parfois aujourd'hui le recours à l'établissement ou à l'hospitalisation) mais résultent du choix de la personne en fonction de ses besoins et, le cas échéant, des proches aidants. Ainsi, nous souhaitons que soient maintenues – voire renforcées – les capacités et qualités de prise en charge quel qu'en soit le mode.

S'agissant de la transformation de l'offre de soins et d'accompagnement médico-social vers de nouveaux dispositifs, inscrits dans la cité, plus inclusifs et permettant le maintien à domicile, nous souhaitons rappeler que plusieurs conditions doivent être réunies pour qu'elle se fasse correctement. Outre la mise en place réelle et opérationnelle d'une nouvelle organisation territoriale, nous rappelons en particulier qu'il faut qu'il existe une offre correspondant aux besoins des personnes et qu'elle soit accessible financièrement, sans reste à charge.

Le PRS2 aborde la question de la démographie des professions de santé. Nous voulons souligner les manques et les disparités qui existent déjà sur le territoire parisien et qui ne feront que croître à mesure que les personnes ne seront plus prises en charge à l'hôpital ou dans des établissements médico-sociaux. Comment des professionnels en nombre aujourd'hui insuffisants pourront-ils face à cette croissance des besoins en dehors des établissements ? Certaines pistes sont évoquées telles que la télémédecine ou le développement des maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé. Mais aujourd'hui beaucoup de professionnels libéraux exercent en secteur 2 et réalisent d'importants dépassements d'honoraires. Se pose alors la question du reste à charge pour les personnes. Le PRS2 ne traite pas cette question : comment assurer qu'une offre accessible notamment financièrement existe bien partout ?

Il nous semble que si le PRS2 fait régulièrement référence aux structures d'exercice coordonné mais il ne valorise pas suffisamment des structures comme les centres de santé, qui proposent une offre différente et de qualité, avec une vision distincte de la médecine regroupée. Le fait que les professionnels des centres de santé exercent en secteur 1, en particulier à Paris, apparaît comme un point à valoriser. De plus, au vu du grand nombre de spécialistes en secteur 2, tendance lourde sur la

région, les centres de santé répondent à un vrai problème d'accès aux soins. Ils s'inscrivent également dans toute la politique de prévention que moult parisiens demandent.

Aujourd'hui, la population parisienne manque d'information sur l'offre existante et sur sa localisation. De nombreux usagers rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Les délais d'attente peuvent s'avérer très longs pour certaines spécialités. Ainsi, la médecine de ville reste fragile. La bascule des prises en charge de l'hôpital et des établissements médico-sociaux vers le secteur de ville ne doit pas se faire au détriment de la qualité de la prise en charge ou avec une augmentation du reste-à-charge.

Par ailleurs, ces nouvelles façons de soigner et d'accompagner nécessitent d'inventer de nouveaux métiers, notamment ceux de suivi et de coordination de parcours. Ces métiers doivent être pensés, des professionnels doivent être formés, avant et non après la transformation de l'offre. Quant aux métiers déjà existants mais pour lesquels il y a des difficultés de recrutement ou une pénurie, souvent dues à un manque de reconnaissance des métiers de l'autonomie débouchant sur des sous-qualification et salaires peu attractifs, nous remarquons que le PRS2 oublie de mentionner certaines catégories de personnels comme les aides-soignants. Plus globalement, il oublie d'aborder les conditions de travail des professionnels de santé alors que ces derniers sont souvent au bord de l'épuisement.

Nous demandons à ce que les moyens nécessaires à cette transformation de l'offre soient identifiés et précisés dans ce nouveau projet régional de santé. La logique de parcours doit prévaloir mais elle ne pourra se déployer efficacement qu'une fois plusieurs prérequis atteints, notamment dans des territoires aujourd'hui déficitaires qui ont besoin de moyens nouveaux qui ne peuvent être des moyens retirés aux territoires voisins.

En conclusion, les évolutions prévues par le PRS2 nous semblent souhaitables dans leur ensemble mais ne sont pas accompagnées des conditions nécessaires à leur mise en œuvre. En particulier, il y a un risque que les objectifs du PRS2 demeurent, en partie, des vœux pieux compte tenu de la durée des formations des futurs professionnels malgré les mesures envisagées dans le plan, notamment l'appui attendu du numérique. Pour améliorer l'état de santé et la qualité de vie des personnes, un basculement des activités à l'hôpital et dans des établissements médico-sociaux « classiques » vers la médecine de ville et des solutions de prise en charge innovante ne peut valablement s'envisager dans un contexte de réduction des coûts matériels, financiers et humains. Un tel basculement doit être davantage préparé et accompagné.

Proposition du groupe de travail « santé » composé de M. Bernard JABIN (référént), Mesdames Yvonne KASPERS-SCHOUMAKER, Maud GILOUX, Marie GEOFFROY, Catherine GERHART, Geneviève DOLIVET-CHARPENTIER, Monique DAUNE, Béatrice LEPRINCE, Messieurs Maël GARROS, Sylvestre AZEVEDO, Sylvain DENIS, Lionel ALLAIN, Jean-Michel SECONDY, Jacques GONZALES