



**Assemblée Plénière
Séance du 18 juin 2012**

**Contribution du CESER
au Projet Régional de Santé
de Midi-Pyrénées
(PRS)**

Avis

**Assemblée Plénière
Séance du 18 juin 2012**

**Contribution du CESER
au Projet Régional de Santé
de Midi-Pyrénées
(PRS)
Avis**

Rapporteur : Monsieur Pierre-Jean GRACIA

Rapport adopté :

Votants :	107
Pour :	80
Contre :	17
Abstentions :	10

**Cet Avis a été élaboré sous l'autorité de la Commission
« Affaires Sociales et Culturelles »**

**Présidée par Philippe de LORBEAU
Rapporteur : Pierre-Jean GRACIA**

Membres de la Commission

AIRA Max

ALBARET Marie-Christine

BAADOUD Malika

BARADA Etienne

BARBOTTIN Nadine

BELIN Jean-Marie

BELIT Marc

BENAYOUN Georges

CARASSOU Stéphane

CARRE Alain

CASSAGNET Bernard

CAUQUIL Jacques

CAVILLE Maryline

DE LORBEAU Philippe

DELFAU Patrick

DUCOURNAU André

DUVIN Jacques

GADOU Alain

GASTON Christian
GRACIA Pierre-Jean
GUINLE Yolande
GUITARD Francis
ICHE Jean-Marie
KIRCHNER Patrick
LASCOUMES Didier
LEMAITRE Philippe
LOUBERE Pierre
MAREK Jacques
MARTY Monique
MAZENC Lucien
MERILLOU Vincent
MOUYSET René
NADAL Bernard
OLIE Christian
PEREZ Pierre
POMIES Cécile
ROUX Patrick
SOULET Martine
TERRANCLE Christian
VALVERDE Denis René
VAZQUEZ Laëtitia

Le CESER tient à remercier :

**Le Directeur de l'Agence Régionale de Santé, Monsieur Xavier CHASTEL,
ainsi que Mesdames Christine UNGERER et Dominique BOURGOIS,
pour leur disponibilité et l'intérêt qu'ils ont témoigné à l'égard des travaux du
CESER en lui accordant deux séances de présentation
du Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées.**

SOMMAIRE

- Extrait - Intervention de Martin MALVY	11
- Extrait - Intervention de Jean-Louis CHAUZY	17
Intervention de Pierre-Jean GRACIA	23
INTRODUCTION : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	33
I REMARQUES D'ORDRE GÉNÉRAL SUR LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PRS.....	35
1 La légitimité du CESER à se prononcer sur le PRS	35
2 Remarques générales	36
II REMARQUES SUR LE CONTENU DU PRS	39
1 Remarques concernant le premier objectif : réduire les inégalités sociales de santé	39
1.1 Les réalités de Midi-Pyrénées	39
1.2 Une région attractive	41
1.3 Des inégalités sociales de santé	42
1.4 Remarques sur le Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).....	44
2 Remarques concernant le deuxième objectif : placer le patient au cœur du système de santé	45
2.1 Favoriser la prévention	45
2.2 Remarques sur le SROS urgences.....	45
2.3 Remarques sur le SROS psychiatrie	47
2.3.1 Psychiatrie adultes	47
2.3.2 Psychiatrie enfants	48
2.4 Mesures concernant les personnes âgées	48
2.5 Mesures concernant les personnes en situation de handicap	56
2.5.1 Au sujet de la priorité donnée à l'inclusion en milieu ordinaire	57
2.5.2 Un accompagnement social insuffisant	58
2.5.3 La prise en compte des besoins des personnes handicapées vieillissantes	58
3 Remarques concernant le troisième objectif : adapter le système de santé à l'évolution des besoins	59
3.1 La prévention	59
3.2 Découpage territorial et gradation des soins	59
3.3 Les restructurations hospitalières.....	61
3.3.1 Encouragement à des partenariats public-public	62
3.3.2 Encouragement à des partenariats public-privé	62
3.4 Remarques sur le schéma régional de télé-médecine	63
3.5 Remarques sur le SROS Soins de Suite et de Réadaptation	63
3.6 Les restructurations dans le secteur médico-social	63
III CONCLUSION	67
GLOSSAIRE.....	69
EXPLICATIONS DE VOTE.....	71
Intervention de Xavier CHASTEL	95

**- Extrait - Intervention de Martin MALVY
Président du Conseil Régional de Midi-Pyrénées**

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Pour sacrifier à un rituel auquel vous êtes maintenant habitués, je suis très heureux de vous retrouver ce matin. Je vous remercie pour la contribution de votre assemblée, en témoignage d'ailleurs la qualité des trois rapports qui ont été émis par le CESER dont vous allez débattre.

Quelques mots si vous le permettez sur le contexte dans lequel nous évoluons : crise économique, crise financière, nous le savons tous. La Grèce a décidé hier de rester dans l'Euro, nous devons nous en féliciter, l'Irlande, le Portugal, l'Espagne, la facture de la crise de l'Euro dépasse aujourd'hui les 500 milliards d'euros.

En France, la dégradation de la conjoncture est hélas évidente, vous l'avez souligné Monsieur le Président. La Banque de France anticipe désormais un recul de 0,1 % du PIB au deuxième trimestre, après une croissance nulle au premier.

Après l'annonce d'un taux de chômage au plus haut depuis 13 ans, plusieurs indicateurs sont venus confirmer l'ampleur des difficultés qui nous attendent.

En région, on dénombre plus d'une vingtaine d'entreprises en grande difficulté depuis le début de cette année, quelque 2 500 emplois, soit supprimés soit extrêmement menacés. Au-delà de celles dont on parle qui font l'actualité, il y a toutes celles qui font moins de bruit, souvent des TPE ou de très petites PME.

La dernière session du Tribunal de Commerce de Rodez en est l'illustration : 29 dossiers, 28 liquidations et un redressement, 80 emplois, le Président du Tribunal de Commerce déclarant qu'il n'avait jamais vu cela. À l'origine on le sait, des plans de charge en baisse, des marges insuffisantes, des difficultés financières.

J'ai rencontré il y a quelques jours à Millau les salariés de Valmont, dans le Gers ceux de GAGIN, les situations sont évidemment différentes, mais l'origine est toujours la même, des restructurations ! C'est aussi le cas de La MOULASSE à Saint-Girons. Le marché, les compétitions toujours plus exacerbées, on pourrait multiplier les exemples, revenir sur le dossier FREESCALE ; le Ministre a envoyé en mission un Conseiller, John PALACIN. Alors que l'usine doit fermer ses portes cet été, il doit se rapprocher des dirigeants américains : la dernière chance, la dernière piste, ceci fait suite aux démarches que nous avons effectuées avec Pierre COHEN et Pierre IZARD.

Demain, la situation de la Pyrénéenne sera évoquée devant le tribunal de Commerce de Toulouse, mais derrière la Pyrénéenne et dont on parle moins il y a une vingtaine de fournisseurs, plusieurs dizaines voire plusieurs centaines d'emplois.

Compte tenu de l'actualité de ce dossier, je ne ferai aucun commentaire, si ce n'est un constat, un constat très ferme. Le mode de passation des marchés est à revoir, lorsqu'un grand groupe est associé sur un chantier à une PME, il doit y avoir solidarité entre le grand groupe et la PME. Lorsqu'une PME s'adresse à des fournisseurs réguliers, il doit y avoir sous-traitance et non seulement relation de fournisseur. C'est un sujet que je me propose de soumettre au Ministre du Redressement Industriel.

Nous sommes sortis hier d'une longue période électorale, le temps devant nous n'est pas aux commentaires de l'actualité politique ; par contre, et vous l'avez fait Monsieur le Président, je retiendrai des orientations nouvelles qui me paraissent essentielles.

- L'action que mène le Président de la République pour réorienter la politique européenne ; l'Europe demeure la première puissance mondiale avec 500 millions de producteurs et de consommateurs. L'Europe est le premier marché. Si elle limite sa politique à l'indispensable réduction de la dette et des déficits, elle continuera peu ou prou selon les pays à s'enfoncer dans la crise et la récession. L'Allemagne elle-même, dont 80 % des exportations se font à l'intérieur de la Communauté, n'échappera pas à la crise si la Communauté entre en récession. Il faut donc adjoindre des mesures de croissance au retour à des situations financières plus saines.
- La seconde des orientations est celle qu'a développée le Président de la République la semaine dernière devant le Conseil Économique Social et Environnemental, elle ne vous a pas échappé et je m'en félicite. Il a effectivement annoncé des saisines plus fréquentes du CESE et une meilleure articulation de ses travaux avec ceux du Parlement. La mission première du CESE est de conseiller le gouvernement et de favoriser la communication entre les différentes catégories de professionnels, il l'a rappelé et c'est ce que nous souhaitons aussi en région.
- Le Premier Ministre Jean-Marc AYRAULT a réaffirmé la même orientation en soulignant que le CESE n'était pas assez sollicité alors, a-t-il précisé, qu'il peut créer du consensus pour réussir les réformes.
- Vous avez noté que la conférence sociale des 9 et 10 juillet aura lieu au palais d'Iéna.
- François HOLLANDE a également redit sa volonté d'engager un nouvel acte de la décentralisation, vous l'avez souligné. Marylise LEBRANCHU, Ministre de la Réforme de l'État, de la Décentralisation et de la Fonction Publique présentera cet été, nous dit-on, un texte qui prévoit de renforcer le rôle des régions. Elle devrait exposer dès juillet les axes du travail législatif à l'occasion d'un sommet qui sera consacré aux collectivités locales. Ce sera aussi l'occasion, je l'espère, de mettre en place le haut conseil des territoires. Cette instance permanente qui doit traduire l'instauration du dialogue entre les collectivités et l'État après des années de contestation préjudiciable à l'intérêt général.
- Le Sénat pour sa part a déjà engagé les états généraux de la démocratie territoriale, une grande enquête a été lancée auprès des élus dont le rendu s'effectuera à l'automne. Un premier texte sur les sujets les plus urgents comme le paquet régional pourrait être discuté dès janvier 2013 afin de lancer ce nouvel acte de la décentralisation. Il serait complété par l'examen de plusieurs voltes de la réforme tout au long de l'année.
- Le développement économique et la formation professionnelle devraient être au cœur des politiques revues pour ce qui est des régions. C'est ce qu'a encore souligné le Président de la République devant le CESE, rappelant la nécessité de tenir compte de la diversité des territoires. Je retiens par ailleurs que le Ministre du Redressement industriel vient par circulaire de demander aux préfets, vous l'avez souligné Monsieur le Président, de désigner avant la fin de cette semaine dans chaque région un délégué ministériel dont la mission devra s'accomplir en concertation entre les Préfets de régions et les Présidents des Conseils régionaux, ce qui est tout à fait différent de ce qui se passait dans la période précédente.
- D'autres mesures ont été rappelées par les membres du gouvernement : la Banque Publique d'Investissement régionalisée annoncée pour début 2013, c'est un des trois volets de la politique de financement de l'économie avec l'orientation de l'épargne des Français vers le financement d'une croissance durable et la réforme du système bancaire par séparation notamment des activités de financement et des activités plus spéculatives. La création et l'évolution de ces établissements répondent à des enjeux très concrets et immédiats, à

commencer par le financement des PME et des entreprises innovantes. Il y a dans le tissu économique et industriel français, nous avons et vous en avez souvent parlé, un chaînon très fragile qui avait été délaissé par l'État, ce sont les PME ; ces sociétés font la force de l'économie allemande.

Un mot Monsieur le Président, Mesdames Messieurs, sur notre prochaine Assemblée Plénière. Nous y présenterons entre autres l'évolution de nos outils financiers avec notamment le renforcement du capital de Midi-Pyrénées Croissance à qui nous voulons permettre d'entrer dans le système coopératif et de s'ouvrir à l'amorçage pour intervenir en-deçà d'Irdinov, le nouveau fonds interrégional créé par la Caisse des Dépôts et l'IRDI, et qui dans un premier temps sera doté de 25 M€.

Enfin, nous modifierons les critères et l'abondement du fonds régional de garantie Midi-Pyrénées et du fonds régional de garantie artisanal et de commerce.

Dans ce domaine, nous avons renouvelé et amplifié la politique économique régionale ; ce début d'année a été marqué par la signature du 1 001^{ème} contrat d'appui. La Région a signé des contrats de développement avec plus de 700 entreprises. Nous les avons signés depuis 2008, les interventions ont été à hauteur de 114 M€ de soutien à la modernisation ; en échange de ces aides, ces entreprises se sont engagées à créer ou à maintenir plus de 6 000 emplois, ce qui n'est pas neutre.

Dans le même esprit, notre dispositif d'avance remboursable à taux zéro est opérationnel depuis le mois de mai. Nous avons traité quatre premiers dossiers à la Commission permanente de mai et de juin, six autres sont à l'étude, ceci représente 10 M€ d'avances remboursables au total. Je souligne le fait que ces avances remboursables sont à taux zéro, remboursables sur un délai de 5 à 7 ans, que le retour des remboursements se fera dans un fonds dédié au développement économique, c'est-à-dire que dans quelques années nous pourrons majorer sensiblement les moyens que nous mettons à la disposition des entreprises par ce biais-là.

Dernièrement nous avons lancé le dispositif Croissance PME avec l'objectif d'appuyer un certain nombre d'entreprises volontaires vers l'entrée dans la catégorie des établissements de taille intermédiaire. À l'heure actuelle, plus de 98 % des entreprises de Midi-Pyrénées comptent moins de 50 salariés, or ce sont les grosses PME qui innovent, qui exportent, qui créent de l'emploi. Une vingtaine d'entreprises de la région nous ont fait part de leur souhait d'entrer dans cette démarche, elles bénéficieront d'un accompagnement personnalisé par la Région et nous avons évoqué la possibilité de faire évoluer nos critères si certaines d'entre elles peuvent répondre à cet objectif.

Autre facteur de la vitalité que vous avez rappelée, Monsieur le Président, comme ayant été soulignée par le cabinet ASTERÈS, l'innovation. Le dernier rapport de l'observatoire des territoires place toujours la région parmi les plus dynamiques, ce qui est un encouragement pour nous tous dans une période difficile.

Je vais également dans cette période difficile souligner les bons résultats qui ont été obtenus dans la période précédente en matière d'enseignement supérieur et de recherche. Je n'insiste pas sur quelques remises en cause qui ne sont pas sur le fond, mais sur le fonctionnement en ce qui concerne l>IDEX et avec un regret et le souhait que la situation avance plus rapidement maintenant pour ce qui est de l'IRT.

(...)

Autre sujet majeur la santé. Vous avez examiné le Projet Régional de Santé, l'ARS Midi-Pyrénées le mettra en ligne sur son site à compter du 2 juillet pour une durée de trois mois, la Région présentera un rapport dans le courant du mois de septembre. Vous avez exprimé vos inquiétudes à juste titre sur l'optimisation économique, y échapperons-nous, et sur la quasi-absence de la thématique santé au travail, sur la nécessité de faire progresser la formation et la qualification

Les élus de la Région ont émis pour leur part un avis défavorable sur les projets de zonage lors de la commission Permanente du 24 mai, l'Agence Régionale de Santé sous-évalue les besoins de notre territoire. Avec 318 médecins pour 100 000 habitants, nous nous situons légèrement au dessus de la moyenne nationale, mais ces chiffres cachent de telles disparités qu'ils finissent par ne plus avoir de signification. 65 % des nouveaux médecins inscrits au Conseil de l'Ordre en 2010 se sont installés en Haute-Garonne et principalement dans l'agglomération toulousaine, c'est-à-dire que ce sont 65 % des médecins pour 30 % de la population. De l'autre côté 35 % de médecins pour 70 % de la population, on voit bien là le déséquilibre. Et encore, une grande partie de la Haute-Garonne, je pense au Comminges, connaît les mêmes difficultés que les territoires les plus ruraux, c'est cette exception midi-pyrénéenne que vous soulignez. J'en partage depuis longtemps la vision et nous continuerons de l'affirmer.

À en croire les nouveaux critères, Midi-Pyrénées ne compterait que 99 000 habitants dont 44 communes sous-médicalisées sur les 3 020 communes du territoire. D'après les études que nous avons conduites, plus de 200 000 habitants seraient en fait aujourd'hui ou demain en passe de devenir à moyen terme en zone sous médicalisée, on est donc loin du compte. Le ministère a appliqué des critères calculés au niveau national, sans prendre en compte ni la diversité ni les difficultés auxquelles la Région est confrontée.

Ces critères pourraient même nous empêcher d'appliquer nos propres politiques en faveur de la démographie médicale sur les territoires qui n'ont pas été désignés parmi les 44 qui ont été retenus. Notre avis sur ce schéma ne peut donc être que défavorable et rejoindre vos interrogations.

(...)

Avant de conclure, un mot sur le tourisme ; depuis 2008 nous nous attachons à faire connaître ce que nous avons baptisé les grands sites grâce à de nombreux dispositifs. Nous avons amplifié le mouvement, c'est 40 000 emplois, avec la parution d'un guide dédié et la campagne diffusée au mois de mai. Je vous informe que cette campagne selon des études faites par des instituts spécialisés a été vue par 30 millions de téléspectateurs. Deux autres guides ont vu le jour. Le guide de l'été, diffusé à 420 000 exemplaires depuis le 10 juin, fait la part belle aux grands sites et dès juillet une nouvelle application pour Smartphone permettra de découvrir de manière originale la région. Le 21 juin je réunirai avec Philippe GUERIN, le Président du Comité régional du Tourisme, Jean-Louis GUILHAUMON le Vice-président en charge de l'économie touristique et du thermalisme et Dominique SALOMON, l'ensemble des signataires des contrats de grands sites et les acteurs du tourisme pour leur présenter ces nouveaux outils et les entendre.

Le contexte est difficile, la démonstration que nous faisons ensemble d'écoute de vos rapports, mais aussi des élus, des organisations professionnelles, syndicales, nous permettent ensemble de dire - et vous l'avez souligné - qu'il existe des politiques régionales structurées et actives dans de nombreux domaines où au cours des ans les régions, la Région, ont affirmé leur présence. C'est la raison pour laquelle je suis depuis longtemps convaincu - et vous aussi - que le retour à une meilleure santé de nos économies, peut-être le retour à une meilleure forme pour la France, passe certes et c'est incontournable par une politique européenne reconstruite, par une politique

nationale dont j'approuve aujourd'hui le projet et l'ambition, mais aussi par une nouvelle étape de la décentralisation et de la régionalisation.

Je veillerai avec le Premier Ministre à ce que les régions soient associées à la gestion de la Banque d'Investissement, je réaffirme cet engagement d'une nouvelle phase de la décentralisation, mais nous devons mettre au clair les différents niveaux d'administration, le mode de financement. Nous devons donner une plus grande lisibilité à notre organisation territoriale et confier davantage de responsabilités à celles et ceux qui sont au plus près des citoyens. Les régions devront, au-delà de leurs compétences aujourd'hui reconnues, avoir davantage de moyens pour l'intervention en matière de transports, de formation professionnelle. Les départements doivent essentiellement se tourner vers les politiques de solidarité et de proximité. Les métropoles, les agglomérations doivent être les leviers de croissance des territoires, à condition qu'on leur apporte confiance, mais ces dernières ne doivent pas organiser une administration qui s'ajoute à toutes les autres, c'est ce que déclarait François HOLLANDE devant le CESE il y a une semaine. Cela, Monsieur le Président, n'a pas cessé d'être depuis des années au cœur de nos réflexions et de nos messages, en tout cas c'est une ambition que tous, je crois, nous partageons.

(...)

Je souhaite que nos relations soient des relations de confiance, à l'image de ce qui paraît préfigurer au plan national d'une plus grande confiance, et dans le cadre du dialogue social qui est indispensable si l'on veut sortir ce pays de la difficulté dans laquelle il est, que nous puissions ainsi avancer pour décider avant la rentrée de septembre. Merci.

**- Extrait - Intervention de Jean-Louis CHAUZY
Président du Conseil Economique Social et Environnemental Régional**

Monsieur le Président du Conseil Régional,
Monsieur le Vice-Président du Conseil Régional,
Monsieur le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé,
Madame, Monsieur,
Chers collègues,

Merci Monsieur le Président de votre présence, qui témoigne de votre intérêt pour les travaux de notre assemblée.

Cette session du 18 juin 2012 illustre parfaitement la mise en œuvre de nos compétences et la conception que nous avons de notre rôle en région. En effet, nous examinerons pour commencer un projet d'avis dans le cadre d'une autosaisine sur les industries agro-alimentaires, puis notre contribution et analyse sur un document de l'Etat instruit par l'Agence Régionale de Santé qui a la charge d'élaborer un Plan Régional Stratégique sur la Santé et l'Autonomie et nous terminerons la séance en examinant à votre demande, dans le cadre d'une saisine obligatoire le projet de Schéma Régional Climat-Air-Energie pour lequel notre bureau a déjà fait une contribution le 10 février 2012. On est là dans nos compétences obligatoires inscrites dans la loi du 6 février 1992 dite loi Joxe-Baylet portant sur l'Administration Territoriale de la République qui prévoit la consultation obligatoire du CESER sur tous les schémas et plans régionaux.

Cette assemblée intervient aussi dans un contexte difficile au plan national et européen qui n'est pas sans conséquence sur notre région.

Nous sommes confrontés à une triple crise durable dont nous devons sortir par le haut, c'est-à-dire avec des perspectives et des moyens pour retrouver le chemin de l'espoir et du savoir vivre ensemble :

- la crise de l'euro et de l'Europe,
- la crise économique et la croissance en berne,
- la crise de confiance à l'égard des institutions et de la capacité des élus à changer la situation illustrée par des taux de participation aux élections législatives dramatiquement faibles, 40% d'abstention, davantage même dans certains quartiers ou territoires parce que les gens se sentent abandonnés et ne croient ni aux discours ni aux promesses !

L'euro et l'Europe

La France ne s'en sortira pas seule, sortir de l'euro et de l'Europe pour pratiquer la désinflation compétitive provoquerait le doublement du chômage, mais l'Europe et les Etats qui la composent doivent décider en urgence - malgré les difficultés financières largement provoquées par le système financier au plan mondial et la faillite de la Grèce - un plan de relance de l'économie pour l'Europe. Ce plan doit recréer de la richesse par des investissements en faveur des infrastructures, de l'efficacité énergétique et des énergies renouvelables et une stratégie industrielle afin de redonner d'autres perspectives que le chômage de masse (11% en Europe, 10% pour la France) et l'aggravation de la pauvreté et de la précarité qui font le lit du populisme et du nationalisme en France comme dans la communauté européenne. C'est une obligation morale et politique.

Pour une économie de production

La mobilisation pour une économie de production doit bien sûr être portée par l'Etat et par l'Europe, mais elle doit associer les corps intermédiaires, les partenaires sociaux en faveur de la formation, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la recherche et l'innovation. Un pacte pour l'industrie est nécessaire, il peut être mis en œuvre au sein des comités stratégiques de filière et leurs déclinaisons régionales, et dans les entreprises, comme au plan des bassins d'emploi.

Ces enjeux pour une économie de production, et pas seulement de consommation, doivent bien sûr intégrer les principes du développement durable, et tous les secteurs d'activité.

« La France s'efface peu à peu des écrans radars du commerce international ! »

Il suffit de regarder les dernières statistiques de notre commerce extérieur et l'évolution des déficits depuis 10 ans. Au mois d'avril 2012, le déficit de notre commerce extérieur était de 5,8 milliards d'euros, pour l'Allemagne l'excédent est à 14,4 milliards.

En 10 ans, nous avons perdu près de 100 milliards de parts de marché, l'Allemagne a gagné près de 100 milliards d'euros. Bien sûr nous avons été déstabilisés par l'agressivité de la concurrence des produits venant de Chine à des prix imbattables mais nous avons aussi affaibli notre propre compétitivité.

Si l'aéronautique, l'énergie, le luxe, la pharmacie et les cosmétiques parviennent à résister, la détérioration des autres secteurs prend des allures « de bain de sang » selon la formule de l'économiste Patrick ARTUS, Professeur à l'école polytechnique, seule la Grèce fait plus mal que nous depuis 10 ans !

Dans la compétition avec l'Allemagne, nous perdons la bataille sur la qualité des produits, l'innovation technologique, des services après vente.

Nous ne pouvons que soutenir la proposition de création d'un commissaire au redressement productif par région, nous en avons obtenu un au mois d'avril 2008 après l'annonce de la suppression de 1000 emplois chez Freescale venant après l'affaire Molex !

Dans ce contexte national difficile Midi-Pyrénées résiste mieux :

Selon des prévisions du cabinet d'études économiques Asterès, notre région devrait préserver pour 2012 un taux de croissance supérieure à la moyenne nationale avec un PIB de 0,9%, situant Midi-Pyrénées à la 2^{ème} place des régions françaises ; la croissance économique nationale est estimée autour de 0,3%. Bien que ces résultats économiques soient inférieurs à ceux de l'année dernière, cette estimation pour 2012 souligne néanmoins la persistance d'un dynamisme régional dans un contexte de crise qui perdure et de l'affaiblissement de l'euro.

Cette croissance économique est boostée par certains secteurs tels que l'aéronautique et le spatial. La fabrication de matériel de transport représentée par ces secteurs reste l'activité la plus dynamique du point de vue de l'emploi, les autres industries se stabilisant ou progressant légèrement. Sur l'ensemble de l'année 2011, seule la situation de la construction s'est dégradée, notamment à compter du 2^{ème} trimestre.

Midi-Pyrénées est aussi l'une des régions les plus exportatrices par la vente d'avions, mais aussi grâce à l'industrie pharmaceutique et à l'informatique qui exportent.

Le dynamisme des secteurs couverts par les 3 pôles de compétitivité correspond à 90% de l'économie régionale.

Mais les difficultés dans le bâtiment et les travaux publics...

Après les travaux publics qui risquent de perdre plus de 2000 emplois au deuxième semestre 2012 si un plan d'urgence - que demande le CESER - ne vient pas soutenir ce secteur, le bâtiment connaît aussi des difficultés liées à la fois aux problèmes d'accès aux crédits pour les collectivités, au gel des investissements, et à la concurrence qui arrive depuis l'Espagne où les entreprises, pour ne pas cesser leurs activités, viennent concurrencer en cassant les prix des entreprises françaises dans tout le grand sud-ouest.

Il faut que les maîtres d'ouvrage soient attentifs au respect de la réglementation et de la législation par les entreprises espagnoles.

La pauvreté et la précarité gagnent du terrain

8,5 millions de Français vivent avec moins de 941 euros par mois, soit 8% de la population active. En Midi-Pyrénées 100 000 salariés, soit 10% de la population active, vit aussi en dessous du seuil de pauvreté et la précarité touche plus de 13,5% de la population, soit plus de 380 000 personnes.

...mais aussi la préoccupation du chômage

Cela n'empêche pas notre région d'être aussi à la 2^{ème} place, derrière le Languedoc-Roussillon, pour la progression du chômage. Midi-Pyrénées connaît des problèmes structurels propres à la région. Il y a 30 ans, Midi-Pyrénées comptait 100 000 demandeurs d'emploi, aujourd'hui ce sont 208 000 demandeurs d'emploi, avec un chômage de masse, 40% dans certains quartiers de Toulouse et 20% chez les jeunes.

Certains départements ont connu des dégradations au niveau de l'emploi, notamment le Gers avec une baisse de -2,4%, suivi par l'Ariège (-1,1%), le Lot (-0,8%), les Hautes-Pyrénées (-1,6%) et le Tarn-et-Garonne (-0,7%).

La santé est un investissement d'avenir, l'accès aux soins et l'offre de soins sont un enjeu de société et d'attractivité du territoire.

Pour ces raisons, depuis de longues années le CESER conduit des réflexions sur les questions de santé, adoptant le rapport de 2004.

Il le fait régulièrement dans le cadre d'auto-saisines, citons-en quelques-unes :

- « Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées », 2004 ;
- « L'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées », 2009 ;
- « De la dépendance liée à l'âge. Une question de société », 2010 ;
- « Handicap et travail. De l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap dans le monde du travail ordinaire en Midi-Pyrénées », 2012.

Il s'est exprimé aussi à la demande des services de l'Etat (ARH ou DRASS), à travers ses contributions aux différents schémas élaborés par les autorités de santé (SROS 1, 2, 3, Plan Régional de Santé Publique, PRAGUS, etc.).

C'est dans ce même cadre qu'aujourd'hui, le CESER se prononce sur ce nouveau document, de grande envergure, le Projet Régional de Santé (PRS), préparé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Pour rappel, c'est la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui a chargé les ARS, nouvelles structures créées par cette même loi, de mettre en œuvre un PRS, qui vise à déterminer les priorités des politiques de santé en région, pour les 5 années à venir.

La préparation de ce projet a pris un peu plus de temps que prévu, parce que l'ARS a souhaité travailler avec les autres acteurs. Ainsi, plusieurs contributions ont déjà été transmises et ont permis d'enrichir le contenu, notamment celle de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), des conférences de territoires et des COTER (17 comités techniques régionaux). Après cette phase de pré-consultation pourrait on dire, la phase de consultation réglementaire (initialement prévue en décembre 2011) est programmée de août à septembre 2012.

Je remercie Xavier CHASTEL, Directeur de l'ARS et son équipe pour les deux séances de travail qu'ils nous ont consacré.

Le projet d'Avis du CESER vise à s'inscrire dans la première phase, amener des éléments en amont, afin de favoriser la prise en compte de son analyse dans le document final.

Dans cet Avis réactif, dont une synthèse sera présentée aujourd'hui par le rapporteur Pierre-Jean GRACIA, le CESER fait d'abord part d'observations d'ordre général, puis commente le contenu du PRS en suivant le découpage en trois objectifs établis par l'ARS, à savoir :

- Réduire les inégalités sociales de santé ;
- Placer le patient au cœur du système de santé ;
- Adapter le système de santé à l'évolution des besoins.

Mais pour les problèmes des déserts médicaux et pénurie de médecins, le CESER doit demander à l'Etat une obligation de service aux internes formés par la République pour exercer quelques années dans les zones qui en ont besoin.

Le CESER fera comme pour les avis précédents, la présentation de son analyse et de ses propositions dans plusieurs villes, notamment en Aveyron le 22 juin 2012 dans le cadre de la future communauté hospitalière des territoires Rodez, Decazeville, Villefranche-de-Rouergue...

(...)

Le CESER vous demande Monsieur le Président de l'associer au suivi de sa mise en œuvre, ce qui n'est pas écrit dans le document de la Région.

Pour une république moderne et décentralisée

Le CESER de Midi-Pyrénées, (comme les CESER de France), s'inscrit dans la perspective de l'acte III de la décentralisation.

Nous sommes la seule région qui a su apporter en février 2010 une contribution issue d'une session commune de nos deux assemblées, réunies pour la première fois ensemble dans le cadre de la concertation engagée par l'ancien Premier Ministre Edouard Balladur.

Le CESER a adopté deux avis sur la décentralisation dont l'un fait de la Région le pivot de la décentralisation.

Au moment où le Président de la République au CESE, et le Premier Ministre devant le Sénat s'engagent à proposer aux élus et aux pays un acte III de la décentralisation et un renforcement du rôle de la région en faveur du développement économique, de l'aide au PME-PMI, de l'innovation, et proposent que les régions soient des partenaires de la nouvelle banque publique d'investissement, comme du fond stratégique d'investissement, le CESER ne peut qu'approuver cette nouvelle coopération entre l'Etat et les régions.

C'est aussi pour les CESER l'occasion de rappeler que plus de compétences et de pouvoir régional doit être accompagné par le législateur de plus de concertation en région avec les CESER.

C'est aussi la signification du message du Président de la République aux membres du CESE, 3^{ème} assemblée de la République et aux Présidents des CESER qui avaient été invités le mardi 12 juin à 15h. Ainsi, a-t-il reconnu et conforté les CESER en disant, je le cite « je suis devant la France des territoires, à travers les conseils économiques, sociaux et environnementaux des régions et je tiens également à ce que la force de leurs propositions soit mieux utilisée, mieux organisée ».

Se rassembler sur des objectifs partagés, savoir écouter et prendre en compte le point de vue des acteurs économiques, sociaux et associatifs organisés capables après débat d'exprimer leur expertise, leurs propositions sur des projets est nécessaire et utile parce que l'Etat ne peut tout faire, les collectivités non plus.

Dans un pays morcelé, une société fragmentée, taradée par le chômage, l'exclusion, la montée du poujadisme et des extrémismes, le dialogue organisé des assemblées ayant une histoire, la culture des débats et des synthèses est nécessaire et utile.

C'est pourquoi, plus que jamais les CESER ont un rôle à jouer, dans celui du rassemblement de la société car ils cultivent l'esprit du dialogue, car nous devons être capables d'emmener une grande partie de la société vers des objectifs communs, d'avoir le respect de toutes les sensibilités et l'écoute des groupes qui nous constituent.

A cet effet et par anticipation mes collègues m'ont chargé d'animer un groupe de travail sur le renforcement de la fonction consultative que représente les CESER, nous ferons des propositions au gouvernement et dans le cadre des débats organisés au Sénat en octobre.

Cinq propositions visant à modifier le code général des collectivités locales seront présentées pour élargir et conforter juridiquement notre rôle et nos missions en région.

Plus de régions, doit être aussi plus de dialogue au plan régional avec une assemblée qui par sa composition, son histoire, sa capacité à dégager des synthèses utiles à ceux qui ont à prendre les décisions et qui ont la responsabilité de décider, cette assemblée, c'est le CESER !

Sur de très grands dossiers nous avons prouvé notre capacité à proposer, anticiper et à soutenir la région quand cela était nécessaire.

Au moment où certaines formations politiques parlementaires, mais aussi élus locaux ou administrations demandent notre suppression, expliquent que nos rapports ne servent à rien, nous devons rappeler le rôle des corps intermédiaires dans la cohésion économique et sociale d'un pays !

Ceux qui publiquement ou à voix basse demandent notre suppression ou affaiblissement nous ramèneraient à la France sous Vichy ou la Grèce des Colonels !

Ce n'est pas notre conception d'une République moderne et décentralisée !

Monsieur le Président, nous sollicitons votre soutien en raison de vos fonctions au sein de l'ARF.

Je vous remercie.

Intervention de Pierre-Jean GRACIA **Rapporteur**

Monsieur le Vice-Président du Conseil Régional,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Mesdames, Messieurs,

Cet Avis réactif au Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées a été préparé par la Commission Affaires Sociales et Culturelles.

Tout d'abord quelques points de repères :

C'est la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) » qui a chargé les Agences Régionales de Santé (ARS), nouvelles structures créées par cette même loi, de mettre en œuvre un Projet Régional de Santé, PRS, qui vise à déterminer pour 5 ans les priorités des politiques de santé en région, dans les différents champs sanitaire, ambulatoire, médico-social et de prévention.

Le PRS est constitué de plusieurs documents :

- un Plan Stratégique Régional de Santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
- des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
- des programmes régionaux et territoriaux déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Le PRS s'appuie sur un diagnostic partagé de l'état de santé de la population et de l'organisation actuelle du système de santé.

La phase de consultation réglementaire se déroulera d'août à septembre 2012, le présent projet d'Avis du CESER intervient donc en amont.

Dans son Avis réactif, le CESER s'est attaché tout d'abord à faire part d'observations d'ordre général, puis à commenter quelques faits marquants du contenu du PRS sur la base des documents connus à l'instant de notre rédaction en suivant le découpage en trois objectifs établi par l'ARS.

Parmi les remarques générales que le CESER a formulées, il y a d'abord la reconnaissance de l'ampleur du travail de collecte et d'analyse qui a été consolidé par l'ARS pour réaliser le PRS et en particulier le diagnostic partagé. Ce dernier apporte beaucoup d'éléments sur la réalité de Midi-Pyrénées et cela doit être salué.

Cependant, si le CESER partage bon nombre d'orientations du PRS, il a toutefois souhaité faire part de certaines remarques et inquiétudes.

En premier lieu, et même s'il admet bien entendu qu'il faille poser la question de l'efficacité des actions, le CESER exprime son inquiétude quant à la priorité donnée à l'optimisation économique qui emble avoir présidé à l'élaboration du PRS et qui risque de se faire au détriment d'une amélioration ou même d'un maintien de la qualité et de l'accessibilité du service.

Le CESER s'est également inquiété de la tendance de la part de l'ARS à vouloir uniformiser l'action publique locale, sous couvert de prise en compte de spécificités régionales, en fonction de ratios globaux.

Là encore, ce n'est pas au principe que le CESER s'oppose : il est légitime que l'État veuille savoir comment sont utilisés les deniers publics, et donc que ses services procèdent à certains contrôles. Cela peut toutefois devenir un problème si l'analyse de l'ARS devient déconnectée du regard des acteurs de terrain et que le contrôle exercé l'est de manière arbitraire ou opaque, c'est-à-dire selon des critères qui n'auraient pas été préalablement définis collectivement.

Le CESER a ensuite interrogé le mode d'élaboration du PRS, présenté comme un document partagé. Il semble que la démocratie sanitaire à l'œuvre ait relevé davantage de la consultation que de la concertation. Pour le CESER, les autorités sanitaires se privent d'un enrichissement des analyses en étant insuffisamment à l'écoute des acteurs œuvrant sur le terrain, notamment les usagers, les organismes siégeant à l'Assurance Maladie et les organisations syndicales.

Pour finir, le CESER a regretté l'absence du thème de la santé au travail dans le PRS. Même s'il a bien noté qu'il s'agit d'une compétence de la DIRECCTE et qu'un PRST sera prochainement publié, ne pas l'évoquer dans le PRS limite l'ambition d'adopter une vision globale de la santé.

Passons maintenant aux **remarques sur le contenu même du PRS**, et tout d'abord celles qui concernent le *premier objectif posé par l'ARS : réduire les inégalités sociales de santé*.

Je vous renvoie ici à l'Avis sur « l'accès à des soins de qualité pour tous », voté par notre Assemblée le 23 juin 2009, dans lequel le CESER s'était attaché à comprendre la nature des obstacles financiers, mais aussi psychologiques et sociaux qui peuvent limiter l'accès à des soins de qualité. Parmi ces explications, l'existence d'inégalités sociales de santé avait été identifiée.

Si ce thème est affiché comme un axe stratégique transversal par l'ARS, le CESER regrette que le PRS ne s'attache pas à faire une étude des causes de ces inégalités, qui est pourtant indispensable. De fait, cet affichage ne garantit pas que des actions soient menées efficacement pour lutter contre cette réalité.

Cet Avis de 2009 avait notamment pointé l'existence d'un **problème de répartition des médecins** en Midi-Pyrénées : il existe en effet des contrastes importants selon les territoires en termes de densité de professionnels de santé mais aussi d'établissements de santé.

Le CESER estime qu'au-delà des mesures incitatives, aucun résultat ne pourra être obtenu sans une concertation avec les syndicats représentatifs de médecins, notamment au sujet de la liberté d'installation. C'est pourquoi il encourage l'ARS à favoriser ce dialogue et **salue la prise de position récente du Conseil National de l'Ordre des Médecins concernant la régulation des conditions du premier exercice en limitant la liberté d'installation. Cette position, qui va dans le bon sens, doit être accueillie avec l'espoir qu'elle puisse résoudre la réalité des risques de désertification médicale de certains territoires.**

Parmi les documents constitutifs du PRS, il y a le **Plan Régional d'Accès à la Prévention aux Soins (PRAPS)**, qui vise à favoriser l'accès aux soins des populations les plus démunies. Le CESER perçoit positivement les éléments contenus dans ce nouveau projet de PRAPS et souhaite attirer l'attention sur la question des étudiants, qui rencontrent parfois de grandes difficultés d'accès aux soins, notamment dentaires et optiques. Cette préoccupation rejoint un enjeu identifié par le Conseil Régional Midi-Pyrénées qui a mis en place un Pass Mutuelle en direction de ce public.

Concernant le 2^{ème} objectif du PRS - placer le patient au cœur du système de santé

Selon cet objectif, le PRS vise d'abord à favoriser la prévention : le CESER se félicite que le PRS comporte un volet prévention et insiste sur la nécessité de compléter le schéma régional de prévention par une déclinaison d'actions précises, ainsi que par une évaluation de ces actions, fondée sur des critères et des objectifs qualitatifs.

La principale difficulté à laquelle se heurtent les actions de prévention réside dans le fait, souvent, de ne pas parvenir à toucher le public qui en a le plus besoin. Un changement de mentalités global doit s'opérer, aussi bien du côté des patients que du côté des médecins. Pour ces derniers, il serait pertinent par exemple, de mieux rémunérer les actes de prévention, afin d'encourager les professionnels de santé à agir en ce sens.

Le CESER estime qu'il est nécessaire pour l'ARS de travailler en partenariat avec les autres acteurs (Conseils Généraux, CARSAT, associations, etc.) pour coordonner les actions de chacun. A cet égard, le CESER note la volonté d'associer les collectivités territoriales et d'irriguer les territoires dont témoigne l'encouragement à signer des contrats locaux de santé.

Concernant le SROS urgence, le CESER reconnaît qu'il soit souhaitable de réduire le nombre de passages aux urgences, mais l'analyse des causes qu'il en fait est cependant différente de celle qu'en fait l'ARS qui tend à considérer les patients comme seuls responsables et comme devant dès lors être éduqués.

Or, il est compréhensible que les usagers ne sachent pas identifier si leur état de santé relève d'une urgence ou non. C'est la mission de l'hôpital et du monde médical d'accueillir, puis d'orienter les patients.

Le CESER est conscient qu'il est important de mettre en place une meilleure régulation des prises en charge mais **il rappelle que c'est bien une multiplicité de facteurs qui explique le recours aux urgences : l'insuffisance de permanence des soins, en particulier le soir et le week-end, la pénurie de médecins sur certains territoires (obstacles géographiques d'accès aux soins), le fait de ne pas avoir à faire l'avance de frais en particulier (obstacles économiques), le fait de ne pas être en mesure de détecter la gravité de son état pour une personne ou son entourage.**

C'est donc tout un système de prise en charge de la demande de soins qui doit être améliorée pour limiter le recours aux urgences : renvoyer à la seule responsabilité individuelle l'utilisateur est insuffisant.

D'un autre côté, le SROS Chirurgie constate que certains actes sont plus pratiqués dans certaines régions que dans d'autres, sans qu'une explication épidémiologique puisse le justifier.

Le CESER insiste sur la nécessité d'adopter une **démarche du « juste soin »**, c'est-à-dire de privilégier la qualité des soins. C'est pour cela **qu'il souhaite qu'une offre publique de secteur 1 soit privilégiée dans le cadre des autorisations, notamment en matière de chirurgie et d'obstétrique.**

Passons au **secteur médico-social et aux remarques concernant les mesures sur la prise en charge des personnes âgées** qui font l'objet d'un schéma à part entière.

Je rappelle tout d'abord que le CESER a adopté en décembre 2010 un Avis sur le thème de la dépendance des personnes âgées analysée comme un enjeu de société majeur. Le CESER se réjouit donc que l'ARS prenne en compte les besoins particuliers des personnes âgées.

Tout comme l'ARS, le CESER est favorable aux politiques qui visent à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées mais il considère qu'il est dangereux de fixer cet objectif pour des raisons purement économiques.

Le PRS souligne la nécessité de repérer les personnes âgées fragiles et prévoit la mise en place pour cela d'une plateforme d'évaluation et d'orientation gériatrique.

Pour le CESER, l'idée est intéressante mais **il estime qu'il faudrait prévoir une telle plateforme dans chaque bassin de santé et non dans chaque territoire de santé** et interroge de plus la faisabilité de sa mise en œuvre.

Pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées, l'ARS a décidé d'une part, d'honorer le financement des créations de places déjà autorisées mais non encore créées (soit 1 047 places) dans les deux ans et demi à venir et, d'autre part, de limiter par la suite les créations de nouvelles places en EHPAD, et ce dans les établissements publics et privés à but non lucratif plutôt que dans les établissements privés à but lucratif.

Par rapport à ces orientations, le CESER estime qu'il ne faut pas être trop péremptoire en la matière, car les situations sont diverses selon les territoires ou selon les pathologies (manque de places avéré pour les personnes atteintes de troubles psychiques par exemple).

Ce qui doit être prioritaire, c'est la qualité du service et un niveau de reste à charge acceptable pour le résident, indépendamment du statut de l'établissement.

En effet, le principal enjeu est le **montant du reste à charge** pour les familles. Cette question est d'autant plus importante à prendre en compte que les revenus des personnes âgées seront amenés à diminuer dans les prochaines années (carrières incomplètes, diminution du montant des pensions).

Pour agir sur cet aspect, le CESER est favorable à la mise en place d'appels à projet incluant la dimension de reste à charge pour les usagers et à la limitation des ouvertures de places dans les établissements pratiquant des coûts prohibitifs.

L'ARS indique ensuite son souhait de donner la priorité aux personnes âgées présentant des GIR 1 à 4 pour l'entrée dans les EHPAD.

Le CESER se montre circonspect par rapport à cette orientation car la **survenue de la dépendance est un processus évolutif et que la seule indication du GIR pour déterminer les besoins d'une personne âgée est trop restrictive**. La situation sociale des personnes (isolement, fragilité, capacité de la famille à prendre en charge la personne, etc.) peut rendre nécessaire d'être accueillie dans un EHPAD quel que soit le GIR.

Le CESER fait remarquer en outre que cette orientation ferait glisser ces établissements d'une vocation médico-sociale à une vocation purement sanitaire et qu'une telle évolution nécessiterait d'adapter le recrutement et la formation du personnel de ces établissements. Or, l'accès à la VAE n'est pas toujours aisé pour ces personnels, il serait donc souhaitable de développer également des filières de formations spécifiques à ces métiers.

De plus, la permanence des soins dans les EHPAD, y compris des soins infirmiers, doit être améliorée. L'idée de prévoir l'intervention d'une infirmière de nuit dans les EHPAD ayant au moins 80 lits, prévue par le PRS, est intéressante mais le CESER **s'interroge toutefois sur la faisabilité et les conséquences de cette mesure**.

Par ailleurs, le CESER considère qu'il est nécessaire de trouver des formules innovantes, économiquement viables, de **structures intermédiaires entre le domicile et l'établissement médicalisé**. Il est donc favorable à la création de formes de logements intermédiaires de services adossés à des EHPAD pour accueillir des personnes âgées présentant des GIR 5 et 6 qui seraient

prioritaires pour entrer en EHPAD lorsque leur niveau de dépendance augmenterait. Cependant, il n'est pas certain que toutes les personnes âgées - aujourd'hui et demain, avec la baisse programmée du niveau moyen des retraites - aient les moyens de financer ce type d'hébergement (1000 euros/mois).

A propos de l'hébergement temporaire, le CESER s'inquiète que ce soit le principe de fongibilité des enveloppes qui ait été retenu en la matière : le redéploiement des moyens des structures vers des équipes mobiles qui revient à **opposer institution et milieu ordinaire est critiquable car les deux secteurs sont au contraire aussi nécessaires l'un que l'autre et donc complémentaires**.

Le PRS aborde également la question de la prise en charge de publics spécifiques (malades d'Alzheimer, personnes âgées présentant des troubles du comportement et personnes âgées en fin de vie :

- **Concernant la prise en charge des malades d'Alzheimer**, le CESER estime qu'il serait utile de **mettre en place un label de qualité de la prise en charge de personnes âgées présentant des troubles du comportement, aussi bien pour les MAIA que pour les EHPAD**.
Pour limiter le risque d'illisibilité lié à une multiplication de dispositifs, le **CESER invite à envisager une coordination** entre les différents modèles existants.
- **Le CESER est favorable à l'instauration de services pour prendre en charge les personnes âgées présentant des troubles du comportement dans les EHPAD à condition que des moyens humains et non seulement matériels suffisants soient donnés.**
- **Le CESER est favorable à l'instauration de soins palliatifs dans les EHPAD mais insiste sur la nécessité que ce soient des personnes formées à la spécificité de ces missions qui assurent cette fonction.**

Le PRS comporte également un schéma spécifique pour **la prise en charge du handicap**. Pour ce secteur, il prévoit la création des places autorisées dans les structures accueillant des personnes en situation de handicap, soit 108 places pour des enfants et 235 pour des adultes, ce qui devrait correspondre à une augmentation de 10% de la capacité d'accueil dans la région.

Je vous rappelle que le CESER a voté le 23 avril dernier un Avis sur la question de l'inclusion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap.

Dans cet Avis, le CESER commentait déjà le mouvement à l'œuvre actuellement qui vise à favoriser l'inclusion en milieu ordinaire des enfants et des adultes en situation de handicap. Le CESER est ainsi favorable à l'idée qu'il faut rechercher, dès que cela est possible et souhaitable, l'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap, à **condition cependant de mettre en œuvre un accompagnement et des moyens** pour garantir la réussite de cette inclusion.

Or, à l'heure actuelle, des lacunes importantes demeurent, notamment en terme de coordination des dispositifs, notamment le manque de formation et le caractère précaire des emplois des Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS).

En revanche, le CESER considère qu'il **ne faut pas opposer institutions et milieu ordinaire** : ce sont deux secteurs complémentaires et aussi nécessaires l'un que l'autre. Il s'inquiète d'un éventuel transfert des moyens du milieu institutionnel vers le milieu ordinaire car cela risque de dégrader la qualité de la prise en charge dans les établissements.

C'est pourquoi le CESER demande le maintien, voire une augmentation dans certains territoires, des postes et des places d'accueil dans les établissements qui accueillent des enfants en situation de handicap, afin de garantir une prise en charge adaptée.

Il estime de plus qu'il est nécessaire de développer une offre de services alternative (hors les murs et de proximité) qui concilient prise en charge en institution et inclusion en milieu ordinaire.

Par ailleurs, le CESER considère que le PRS ne propose pas assez de pistes pour **améliorer l'accompagnement social des personnes souffrant de handicap psychique** qui est pourtant particulièrement nécessaire car ces personnes sont souvent dans l'incapacité d'aller d'elles-mêmes vers un soignant.

Le CESER se réjouit que la question de la prise en compte des besoins des personnes handicapées vieillissantes apparaisse dans le PRS et considère qu'une augmentation du nombre de « forfaits soins » est nécessaire pour les structures hébergeant ces personnes afin de leur permettre de faire face à l'augmentation prévisible de cette population.

Venons-en maintenant aux *remarques concernant le troisième objectif : adapter le système de santé à l'évolution des besoins.*

Le PRS propose un **découpage territorial et un système de gradation des soins** qui s'y réfère. Le découpage en 8 territoires de santé et 33 bassins de santé proposé par l'ARS diffère de la proposition faite par le CESER dans son Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées, voté en 2004.

Le CESER est cependant conscient qu'il n'y a probablement pas de découpage idéal mais il a souhaité tout de même formuler quelques remarques sur celui qui a été défini :

- Il estime d'abord que la définition de 33 bassins de santé est ambitieuse mais se demande si les moyens alloués seront suffisants.
- Il pense ensuite qu'avoir considéré Toulouse comme un bassin de santé n'est pas très pertinent car la réalité se pense certainement plus à l'échelle de l'agglomération (qui pourrait être découpée en plusieurs bassins de santé).
- Il déplore enfin que le découpage du territoire effectué par l'ARS ne tienne pas compte des fuites vers des villes hors région et des fréquentations des établissements de santé et médico-sociaux de la région par des populations venant d'autres régions.

La **cartographie des zones déficitaires** que propose l'ARS identifie les « zones très sous-dotées » en terme de médecine générale. Pour le CESER, le découpage proposé pose problème dans la mesure où il ne tient pas compte des spécificités de la région Midi-Pyrénées. En particulier, il n'anticipe pas les départs à la retraite à prévoir des médecins généralistes exerçant dans certaines zones actuellement bien dotées mais qui seront prochainement confrontées à une réduction du nombre de médecins.

Le CESER rejoint en cela la position de la Commission permanente du Conseil Régional Midi-Pyrénées, qui a émis, le 24 mai 2012, un avis défavorable à ce projet de zonage.

Pour rappel, dans notre Avis sur l'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées (2009) nous avons préconisé, pour favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, que des mesures désincitatives à l'installation dans les zones surdotées viennent en complément des mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-dotées.

Le CESER est favorable au principe d'une **gradation des soins** qui se réfère au découpage territorial mais il s'inquiète d'une conception trop péremptoire ou trop rigide du **parcours de soins** de la part de l'ARS.

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.**

La mise en place d'une gradation des soins seule risque d'avoir pour conséquence d'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 impose aux patients un parcours de soins, les moyens d'accéder effectivement aux soins doivent être mis en place. Le CESER souhaite que dans l'ensemble des territoires de Midi-Pyrénées, l'offre de soins publique et privée soit rééquilibrée.

Le PRS, dans le cadre de ce 3^{ème} objectif évoque également la question des **restructurations hospitalières**. Pour le CESER, il s'agit d'une question qui soulève des enjeux multiples : d'aménagement du territoire, de développement économique et bien sûr d'emplois.

Il considère que le secteur public hospitalier joue un rôle fondamental en terme d'égalité d'accès aux soins et rappelle que dans certains territoires de la région, seul l'hôpital public demeure pour structurer l'offre de soins.

Dès lors, le CESER est favorable à l'idée de moderniser le secteur hospitalier public, mais souligne que cela suppose que **l'allocation des ressources soit suffisante pour garantir l'efficience de l'activité des établissements**. Il s'agit là d'un enjeu de société essentiel.

Le CESER est à cet égard favorable à la mise en place de coopérations entre établissements publics.

Le CESER n'est pas non plus opposé à la mise en place de coopérations public-privé, à condition que cela permette d'améliorer l'offre de soins sur un territoire. Cependant, certains exemples de GCS sont de fait plus déstructurants que structurants.

Quelques mots sur quelques autres éléments du PRS, à commencer par le **Schéma Régional de Télémedecine** : pour le CESER, la télémedecine doit être utilisée pour des actes purement techniques : c'est un **appoint au diagnostic et au suivi, un support à la pratique médicale, et peut être très utile et très pertinent en terme de surveillance médicale.**

Dans son volet **Soins de Suite et de Réadaptation**, ensuite, le PRS identifie des redéploiements à effectuer sur les services de SSR au plan infra-régional, notamment dans le Lot et les Hautes-Pyrénées. Cette orientation associée aux préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS), visant à encourager à des prises en charge de rééducation au niveau ambulatoire plutôt qu'en services de soins de suite et de réadaptation pour un certain nombre de pathologies, peut faire craindre la disparition de services de SSR dans notre région.

Par ailleurs, pour le CESER, il est nécessaire de développer des services de soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge d pathologies particulières.

Le 3^{ème} objectif du PRS aborde aussi la question des **restructurations dans le secteur médico-social**. Plus précisément, il préconise le regroupement de structures médico-sociales en s'appuyant sur le taux d'équipement global en établissements médico-sociaux par rapport à la moyenne nationale. Or, une approche plus fine montre qu'il existe des situations de déficits pour certains secteurs (certains handicaps notamment) ou sur certaines zones du territoire.

L'encouragement aux rapprochements peut s'entendre pour certaines structures, dans un contexte budgétaire difficile, d'obligations règlementaires croissantes et d'exigence accrue de qualité des prestations qu'elles délivrent.

Cependant, le CESER, rejoignant en cela la CRSA, considère que les situations doivent être analysées au cas par cas et qu'il n'est pas souhaitable d'encourager systématiquement les grosses structures et les fusions d'associations. Pour le CESER, il serait préférable de parler de taille critique des structures, sachant que cette **taille critique peut être différente selon les secteurs ou selon les territoires**. Quoi qu'il en soit, c'est bien la **garantie de la qualité du service rendu aux usagers et donc les moyens humains associés** qui doivent guider les décisions, et pas seulement des objectifs économiques.

Lors de son audition, le Directeur de l'ARS a témoigné de son attachement à une approche pragmatique et souple de ces questions, ce dont le CESER se réjouit.

Toutefois, pour le CESER, le PRS ne tient pas assez compte du fait que la **région Midi-Pyrénées devrait voir sa population continuer à augmenter dans les prochaines années, ce qui s'accompagnera vraisemblablement d'une augmentation des besoins en termes d'offre médico-sociale notamment**.

J'en arrive maintenant à la **conclusion** dans laquelle le CESER salue d'abord l'avancée que constitue l'élaboration du PRS qui s'attache à prendre en compte l'ensemble des problématiques liées à la santé dans la région. Il considère en particulier que les données compilées par l'ARS pour élaborer son diagnostic régional apportent une réelle connaissance des spécificités de la région.

Par sa contribution, le CESER a cherché à apporter des éléments supplémentaires, à alerter sur ce qu'il considère comme des manques et à participer ainsi à l'élaboration de ce document important pour l'avenir de Midi-Pyrénées. Il souhaite que l'ARS tienne compte des remarques qu'il a formulées dans le présent projet d'avis, qui, pour rappel, se base sur des documents susceptibles d'être actualisés, pour la rédaction finale du PRS.

Au travers des différents avis qu'il a votés ces dernières années, le CESER les enjeux fondamentaux soulevés par les questions de santé.

Ces enjeux ne doivent pas être déconnectés des spécificités de Midi-Pyrénées. Notre région est vaste et peu peuplée et sa population est plus âgée que la moyenne nationale. Elle se caractérise par ailleurs par l'existence de contrastes importants selon les territoires en termes densité de population mais aussi d'établissements et de professionnels de santé. Enfin, Midi-Pyrénées est aussi une région très attractive et qui accueille de ce fait de nombreux nouveaux habitants chaque année. Ces spécificités de la région justifient, pour le CESER, qu'une péréquation nationale soit mise en œuvre afin que la région dispose des moyens nécessaires pour affronter les enjeux sanitaires et sociaux auxquels elle sera confrontée.

A ce chapitre des moyens, le CESER rappelle ici son inquiétude quant à la priorité accordée à l'optimisation économique qui semble avoir présidé à l'élaboration du PRS. Le CESER considère pour sa part que les moyens humains, matériels et financiers doivent être suffisants pour

répondre à un objectif majeur de notre société : l'accès pour tous à la santé et à la dignité.
Enfin, au moment où le PRS va être soumis au débat public, le CESER tient à souligner qu'il est primordial que tous les acteurs se mobilisent pour participer à ce débat public.

Le rapporteur que je suis tient à remercier tout particulièrement Caroline et aussi Yamina pour la qualité de leur collaboration qui a contribué à la présentation de ce projet d'avis.

INTRODUCTION : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Pour rappel, c'est la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui a chargé les Agences Régionales de Santé, nouvelles structures créées par cette même loi¹, de mettre en œuvre un Projet Régional de Santé.

Le Projet Régional de Santé vise à déterminer les priorités des politiques de santé en région, pour 5 ans, dans les différents champs sanitaire, ambulatoire, médico-social et de prévention.

Il est défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS), en concertation avec les acteurs de la santé (siégeant à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et dans les Conférences de Territoires), les collectivités territoriales et l'Etat.

Le Projet Régional de Santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Il est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé (PSRS), qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
- de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
- de programmes régionaux et territoriaux déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas.

Le PRS s'appuie sur un diagnostic partagé de l'état de santé de la population et de l'organisation actuelle du système de santé, qui est élaboré en concertation.

Dans cet Avis réactif, le CESER s'attache tout d'abord à faire part d'observations d'ordre général (I), puis à commenter le contenu du PRS en suivant le découpage en trois objectifs établi par l'ARS (II).

¹ Pour rappel, les ARS regroupent sept acteurs : Agence Régionale de l'Hospitalisation, Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, Groupement Régional de Santé Publique, Mission Régionale de Santé et Caisse Régionale d'Assurance Maladie, dans leur volet sanitaire.

I REMARQUES D'ORDRE GÉNÉRAL SUR LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PRS

1 La légitimité du CESER à se prononcer sur le PRS

Le présent document est une auto-saisine, c'est-à-dire que c'est à son initiative que le CESER traite le sujet du Projet Régional de santé. Cependant, l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, et en particulier son Directeur, Monsieur Xavier CHASTEL, ont témoigné de leur intérêt pour la réflexion menée par le CESER, notamment en venant présenter au cours de deux réunions le projet de PRS aux membres de la Commission « Affaires Sociales et Culturelles » du CESER, chargée de préparer le projet d'Avis.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Cette définition a le mérite de décrire les différentes composantes d'un état de santé et d'avoir contribué à l'évolution du concept de santé vers une représentation positive de la santé.

Le bien-être, selon l'OMS, peut être considéré comme la satisfaction des besoins et l'accomplissement des capacités physiques, intellectuelles et spirituelles car l'être humain est un être à la fois biologique, social et psychologique. La santé s'exprime et s'exerce donc dans chacune de ces dimensions. Aujourd'hui, le concept de santé publique regroupe toutes ces notions et s'appuie sur différentes disciplines.

Le CESER Midi-Pyrénées mène depuis longtemps une réflexion sur les questions de santé comprise au sens large.

Il l'a fait ces dernières années à la demande des services de l'Etat, à travers ses contributions aux différents schémas élaborés par les autorités de santé (SROS, PRSP, PRAGUS, etc.) et régulièrement dans le cadre d'auto-saisines :

- « Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées », 2004 ;
- « L'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées », 2009 ;
- « De la dépendance liée à l'âge. Une question de société », 2010 ;
- « Handicap et travail. De l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap dans le monde du travail ordinaire en Midi-Pyrénées », 2012).

Les analyses élaborées dans le cadre de ces projets d'Avis ont donné lieu à des préconisations en direction de divers acteurs du secteur.

Ces réflexions donnent au CESER une légitimité pour s'exprimer sur le projet de Projet Régional de Santé.

A l'heure où ces lignes sont écrites, la phase de consultation réglementaire (selon les modalités prévues par l'article L. 1434-3 du Code de la Santé Publique, les avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, du Préfet de Région et des Collectivité Territoriale sont

recueillis par l'ARS), initialement prévue en décembre 2011, a été programmée de août à septembre 2012. La méthodologie adoptée par l'ARS pour élaborer le PRS, dont la rédaction est quasiment achevée, a consisté à travailler avec d'autres acteurs. Ainsi, plusieurs contributions ont déjà été transmises et ont permis d'enrichir le contenu, notamment celle de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), des conférences de territoires et des COTER (17 comités techniques régionaux).

Le souhait du CESER est de s'inscrire dans cette même optique, qui vise à amener des éléments en amont de la phase de consultation réglementaire, afin de favoriser la prise en compte de son analyse au document final.

C'est pourquoi le CESER est satisfait d'avoir été associé à la phase de consultation préliminaire à la consultation réglementaire.

2 Remarques générales

Pour commencer, le CESER tient à souligner l'ampleur du travail de collecte et d'analyse qui a été réalisé par l'ARS et ses partenaires pour aboutir au Projet Régional de Santé sur lequel porte ce projet d'avis. Un effort de consultation a été réalisé afin d'élaborer notamment le diagnostic partagé qui regroupe de très nombreux éléments indicatifs de l'état de santé de la population de Midi-Pyrénées.

Si le CESER partage bon nombre d'orientations du PRS, il souhaite toutefois également indiquer en préambule certaines remarques et inquiétudes.

En premier lieu, le CESER s'inquiète de la position de principe qui a présidé à l'élaboration du PRS et qui pose l'optimisation économique comme objectif général prioritaire. Cette posture annonce une réorganisation importante de l'offre de soins sur le territoire. Le CESER est d'autant plus inquiet de cette priorité donnée à l'optimisation économique que celle-ci entre souvent en contradiction avec tous les autres principes énoncés. Le fait que les objectifs économiques conditionnent le reste risque de se faire au détriment d'une amélioration ou même d'un maintien de la qualité du service et d'une accessibilité aux soins pour tous.

Même s'il admet bien entendu qu'il faille poser la question de l'efficacité des actions, le CESER estime que c'est un juste équilibre entre le coût et la qualité de la prise en charge qui doit être recherché.

Le PRS prévoit un financement de ces actions par une enveloppe de 135 millions d'euros, qui pourrait être amenée à être révisée en fonction du vote de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

Toutefois, étant donné le contexte financier et les objectifs que l'ARS s'est fixés (affecter les ressources en fonction des besoins, contribuer au respect de l'ONDAM, réduire le niveau d'endettement des établissements), le CESER se demande si les ambitions affichées dans le Plan Stratégique Régional de Santé pourront être atteintes et s'interroge sur la nature des redéploiements qui doivent permettre de financer les actions prévues.

De plus, si le CESER rejoint plusieurs points du diagnostic et des orientations (placer le patient au cœur du système, réduire les inégalités sociales de santé, etc.), il remarque toutefois que malgré ce qui est affiché, le PRS a tendance à être davantage centré sur les questions d'ordre sanitaire.

Pour le CESER, le secteur médico-social est pourtant au cœur d'enjeux très forts ; il est en outre fragilisé par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires, qui tend à le fondre dans les enjeux du secteur sanitaire. C'est d'autant plus problématique que, pour le CESER, le secteur médico-

social apporte des réponses dont la société a besoin et aura besoin à l'avenir. En effet, la logique de désinstitutionnalisation à l'œuvre actuellement ne peut pas s'appliquer à tous et il y aura besoin, dans les établissements qui ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées ou des personnes âgées très dépendantes notamment, de personnels qualifiés et formés.

Enfin, le CESER formule une inquiétude quant à ce que révèle le PRS d'une tendance de la part des services de l'Etat à vouloir uniformiser l'action publique locale, sous couvert de prise en compte de spécificités régionales, en fonction de ratios globaux.

Autrement dit, le CESER repère une évolution de l'approche actuelle des autorités sanitaires et sociales par rapport à ce qui caractérisait l'action publique dans le domaine par le passé.

Auparavant, les acteurs de terrain portaient un projet devant les autorités de tutelle en fonction d'un besoin identifié par eux sur le territoire et demandaient un soutien financier public pour le concrétiser.

Aujourd'hui, l'ARS semble partir du principe que le diagnostic régional ayant été réalisé, elle est à même d'identifier au mieux les besoins et la répartition nécessaire des services sur le territoire. C'est donc une approche différente de la précédente, puisque l'identification des besoins n'émerge plus du territoire mais fait l'objet d'une vision régionale. Dans le secteur médico-social, une certaine concertation demeure toutefois puisque les appels à projet visant à choisir les acteurs qui mettront en œuvre certaines actions s'appuient sur le regard porté par ces acteurs de terrain.

Sur le principe, il n'apparaît pas choquant que les services de l'Etat souhaitent savoir comment sont utilisés les deniers publics, et donc qu'ils procèdent à certains contrôles. En revanche, cela peut devenir un problème si l'analyse de l'ARS devient déconnectée du regard des acteurs de terrain et que le contrôle exercé l'est de manière arbitraire ou opaque, c'est-à-dire selon des critères qui n'auraient pas été préalablement définis et qui ne seraient pas objectifs.

Enfin, le mode d'élaboration du PRS, présenté comme un document partagé, réalisé en collaboration avec d'autres acteurs, peut être questionné. En effet, dans les Conférences de territoires par exemple, le projet de PRS a été présenté sur un mode informatif et descendant : la démocratie sanitaire à l'œuvre semble avoir été davantage fondée sur la présentation par l'ARS de sa vision régionale que sur une mise en débat et un partage des analyses. Le mode de relation qui a présidé à cette phase de préparation relève assurément plus de la consultation que de la concertation. Les tensions avec certains Conseils Généraux qui ont pu être perçues dans les premiers temps de l'élaboration du PRS, sont révélatrices de ce manque de concertation. Toutefois, cette situation semble s'être améliorée par la suite.

Pour le CESER, cela ne remet pas en cause le fait que, sur le fond, le PRS contient des éléments intéressants mais sur la forme, il lui semble que les autorités sanitaires se privent d'un enrichissement des analyses en étant insuffisamment à l'écoute des acteurs œuvrant sur le terrain.

Par ailleurs, le CESER estime qu'il est important d'entendre et de prendre en compte la parole des usagers.

Pour le CESER, la concertation aurait également dû associer les organismes siégeant à l'Assurance Maladie et entendre toutes les organisations syndicales.

Le CESER invite tous les acteurs à s'appropriier du PRS à l'occasion du débat public.

Très peu abordée dans le projet de PRS, la santé au travail, compétence de la Direccte, fera ultérieurement l'objet d'un Plan Régional de Santé au Travail (PRST). Le CESER regrette l'absence de ce thème dans le PRS car ne pas traiter les liens entre travail et santé et les enjeux adjacents, notamment en terme de prévention, limite l'ambition d'adopter une vision globale de la santé.

S'il est logique que la santé au travail soit de la compétence de la Direccte parce qu'il s'agit d'abord d'une question de travail avant d'être une question de santé, le CESER regrette le manque de dialogue et de coordination entre l'ARS et la Direccte.

Le CESER s'inquiète du manque de moyens dédiés à la médecine du travail, acteur clé en matière de dépistage, voire de repérage de problèmes de santé.

Le CESER attire enfin l'attention sur les difficultés d'accès à la prévention et aux soins que rencontrent les personnes incarcérées.

II REMARQUES SUR LE CONTENU DU PRS

1 Remarques concernant le premier objectif : réduire les inégalités sociales de santé

1.1 Les réalités de Midi-Pyrénées

Dans son Avis intitulé « L'accès à des soins de qualité pour tous », voté le 23 juin 2009, le CESER s'était attaché à comprendre la nature des obstacles qui limitent parfois l'accès à des soins de qualité. Parmi ces explications, l'existence de disparités entre les territoires et entre les catégories socio-professionnelles avait été identifiée comme centrale pour analyser les obstacles à l'accès aux soins.

Le CESER avait démontré que, pour être pleinement effectif, l'accès aux soins devait lever différents freins d'ordre géographique, financier ou social. L'enjeu consistant en effet non seulement à offrir des soins, mais à **garantir à tous les mêmes conditions d'accessibilité à ces soins**.

Le CESER s'était saisi de ce sujet en raison du constat qu'il existe une distance en France entre la théorie et la réalité du point de vue de l'accès aux soins. En effet, si en théorie, l'accès aux soins pour tous est réalisé depuis la mise en place de la Sécurité Sociale en 1946, dans les faits, le constat est bien que certaines personnes, de plus en plus nombreuses, rencontrent des difficultés pour accéder à leurs droits à une couverture sociale ou pour accéder à des soins correspondants à leurs besoins, à leur état de santé.

- **Une région inégalement peuplée**

Ce constat est renforcé en Midi-Pyrénées par l'existence de disparités infra régionales. En effet, Midi-Pyrénées, qui est la plus vaste région de France, est peu et inégalement peuplée. Elle se caractérise par un **important déséquilibre**, entre une grande agglomération qui tend à aspirer tous les moyens et le reste du territoire.

Cette caractéristique de faible densité induit le fait que certains de ses cantons disposent de **moins d'équipements de proximité et donc des distances plus importantes à parcourir pour les professionnels de santé libéraux, ce qui peut influencer sur le niveau d'activité en termes d'actes**. Les difficultés de transport liées à la distance entre leur domicile et un professionnel de santé ou un établissement de santé se posent aussi pour les patients.

De plus, la région Midi-Pyrénées compte une **part plus importante de personnes âgées que la moyenne nationale**. Or, on sait que les demandes de la population en termes de soins ne sont pas les mêmes à tous les âges de la vie : les personnes âgées en particulier présentent des besoins plus importants que le reste de la population.

En outre, les trois départements les plus ruraux (Lot, Gers, Aveyron) sont aussi les plus âgés puisqu'un habitant sur 4 a plus de 65 ans. Le fait que **les populations les plus âgées soient plus présentes dans le monde rural**, où les équipements de santé, les professionnels de santé sont moins nombreux qu'en milieu urbain, accentue les difficultés.

Ces caractéristiques régionales induisent **des besoins croissants de prise en charge liés au vieillissement de la population.**

L'analyse des spécificités de Midi-Pyrénées doit être complétée par la prise en compte de l'augmentation importante du nombre d'habitants dans la région, en particulier autour de Toulouse. **La population midi-pyrénéenne croît en effet près de deux fois plus vite qu'ailleurs en métropole.**

Le département de la Haute-Garonne est celui dont la population augmente le plus, 1,8% par an, soit 20 000 habitants supplémentaires chaque année. Le dynamisme démographique régional est largement influencé par celui de Toulouse dont le rayonnement se prolonge largement sur les départements limitrophes.

La population de l'espace rural régional augmente ainsi de 0,7% par an, sous l'effet notamment d'un phénomène de périurbanisation².

Ces territoires ruraux, qui sont déjà parfois dans une situation défavorable par rapport à l'offre de soins, risquent de voir leurs problèmes s'accroître avec l'augmentation de leur population.

A l'échelle de la région, on relève l'installation de 32 000 nouveaux habitants par an.

Cette augmentation de la population va nécessairement influencer les besoins de la population en termes d'offre de soins. **La fermeture de services et la suppression d'équipements dans un contexte d'augmentation de la population ne répondent pas aux besoins de santé des habitants concernés.**

- **Une répartition inégale des médecins et des établissements de santé**

L'Avis du CESER sur l'accès à des soins de qualité pour tous avait pointé qu'en Midi-Pyrénées, plus qu'un problème quantitatif (nombre de médecins), c'est un **problème de répartition des médecins** qui se pose.

En effet, certaines zones du territoire rencontrent des difficultés et un risque de pénurie de médecins.

En outre, d'après les projections de la DREES³, le nombre de médecins devrait baisser de près de 10% dans les 10 ans à venir, conséquence du faible numerus clausus⁴ qui avait été fixé dans les années 1980 et 1990.

A cela s'ajoute le fait que sous l'effet de l'augmentation de la population sur la période, la **densité médicale devrait baisser.**

De manière générale, on peut dire que la région Midi-Pyrénées se caractérise par l'existence de contrastes importants selon les territoires en termes de densité de professionnels de santé. Le territoire régional étant très atomisé, peu dense, certaines zones vont connaître des situations vraiment problématiques à court terme. Cette situation est d'autant plus problématique que ces zones vulnérables sont celles où les populations fragilisées, c'est-à-dire les personnes âgées, isolées, ayant de faibles revenus et un niveau d'études relativement bas, sont surreprésentées.

Au sujet de la répartition des professions médicales sur le territoire, le CESER estime que les mesures d'incitation à s'installer dans les zones sous-médicalisées n'obtenant pas de résultats probants, il est utile de passer par le dialogue pour faire comprendre aux étudiants en médecine

² C'est-à-dire qu'une partie de leur population a un emploi dans un pôle urbain proche et présente des caractéristiques urbaines.

³ DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

⁴ Le numerus clausus est passé de plus de 8 000 dans les années 1970 à environ 3 500 au milieu des années 1990. Il est fixé pour 2012 à 7 500.

que cela fait partie de leurs responsabilités. **Mais, au-delà des mesures incitatives, aucun résultat ne pourra être obtenu sans une concertation avec les syndicats représentatifs de médecins, notamment au sujet de la liberté d'installation. Le CESER encourage l'ARS à favoriser ce dialogue.**

Il est certain qu'il s'agit d'une question qui dépasse l'aspect purement médical et qui nécessite de réfléchir dans une optique d'aménagement du territoire.

Le CESER salue la prise de position récente du Conseil National de l'Ordre des Médecins concernant la régulation des conditions du premier exercice en limitant la liberté d'installation. Cette position, qui va dans le bon sens, doit être accueillie avec l'espoir qu'elle puisse résoudre la réalité des risques de désertification médicale de certains territoires.

En ce qui concerne les **établissements de santé, le constat est le même que pour la démographie médicale : le maillage est assez important en Midi-Pyrénées, mais leur répartition est inégale** selon les zones.

La part des établissements de santé relevant du secteur public s'élève en Midi-Pyrénées à 52%, contre 48% pour le privé. Toutefois, cette répartition globale cache d'importantes nuances selon les territoires, et notamment entre les zones urbaines et les zones rurales.

En outre, des spécialités médicales connaissent des situations de **pénurie dans certains établissements hospitaliers publics** : radiologues, pédiatres, anesthésistes, gynécologues, etc.

Ces situations posent de sérieuses questions en termes d'accès aux soins.

La question de la pertinence ou non de maintenir des établissements de santé de proximité est complexe car s'opposent deux types d'arguments :

- D'un côté, on peut estimer qu'un **problème de coût, de sécurité et de qualité des soins** est posé par le nombre important d'établissements de santé sur le territoire au sein desquels les professionnels de santé effectuent un nombre limité d'actes.
La solution qui consiste à favoriser le regroupement des plateaux techniques, actuellement à l'ordre du jour, affiche pour objectif d'apporter une solution à ce problème.
- D'un autre côté, dans certaines zones sensibles (zones rurales, certains quartiers des villes), où il y a déjà peu de médecins libéraux, les perspectives d'évolution, en cas notamment de fermeture de services hospitaliers, sont problématiques car on peut penser que **les médecins libéraux ne s'installeront, voire ne resteront pas sur des territoires où il n'y a plus d'équipements de santé**. Du point de vue de l'offre de soins mise à disposition des populations et donc de l'accès aux soins pour celles-ci, il est légitime de s'inquiéter.

Par ailleurs, le diagnostic de l'ARS fait état d'une bonne couverture géographique des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et des soins de premier recours. Pour le CESER, ce constat doit être tempéré par le fait qu'il existe là aussi d'importantes disparités selon les territoires.

1.2 Une région attractive

Midi-Pyrénées est une région attractive qui accueille de nouveaux habitants chaque année. Cette attractivité a notamment pour conséquence, du point de vue sanitaire et médico-social, que les

établissements de santé et les établissements médico-sociaux de la région accueillent des patients venus d'autres régions.

L'ARS a tendance à analyser cette réalité comme un problème qu'il s'agirait de résoudre en limitant les moyens alloués aux établissements pour les désinciter à accueillir des patients non résidents de Midi-Pyrénées.

Le calcul, effectué par l'ARS et visant à établir le ratio offre sanitaire et médico-sociale/nombre d'habitants de la région, parvient à la conclusion que l'offre en Midi-Pyrénées est excédentaire par rapport à la demande.

Suivant cette logique, le projet de PRS pourrait conclure à la suppression d'un certain nombre de services, ce qui aurait des conséquences fâcheuses en termes de développement économique et d'emplois en particulier.

Pour le CESER, l'attractivité de notre région sur le plan sanitaire et médico-social ne doit pas être lue comme un défaut. Elle est la conséquence d'une multiplicité de facteurs qui participent de l'attractivité générale de Midi-Pyrénées (climat, espace et ruralité, attractivité économique, etc.).

En conséquence, le CESER serait favorable à la mise en place d'un système de péréquations interrégionales entre les ARS des régions d'accueil et celles des régions d'origine. Pour le CESER, il est inacceptable qu'une vision purement comptable impose à un malade une sanction qui le contraindrait à des soins sur le territoire où il réside, indépendamment de sa situation économique, sociale ou familiale et indépendamment de l'offre de soins présente sur ce territoire. Le CESER n'est pas favorable à un système de contraintes qui s'imposerait aux seuls patients car cela revient à les considérer comme seuls responsables d'une situation (taux de fuite, etc.) qui a d'autres facteurs explicatifs (garantie de la qualité des soins, absence de professionnels de santé spécialistes sur le bassin de santé, absence de professionnels de santé exerçant en secteur 1, etc.).

1.3 Des inégalités sociales de santé

Ce thème est affiché comme un axe stratégique transversal par l'ARS. Toutefois, pour le CESER, le PRS ne s'attache pas à faire une étude des causes de ces inégalités, qui est pourtant indispensable. De fait, cet affichage ne garantit pas que des actions soient menées efficacement pour lutter contre cette réalité. En effet, l'ARS ne peut pas agir sur les inégalités liées à l'âge, au sexe et aux déterminants sociaux de manière générale.

Dans son Avis sur « L'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées », voté le 23 juin 2009, le CESER Midi-Pyrénées 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 terme 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).

En ce qui concerne les obstacles d'ordre financier à l'accès aux soins, le CESER avait souligné **l'importance de permettre à tous un accès à des professionnels de santé aux tarifs conventionnés** (qu'ils exercent en libéral ou en établissement public ou privé). Le CESER insiste à nouveau sur l'impérieuse nécessité de pouvoir disposer sur tous les territoires et dans toutes les spécialités d'exercice médical et chirurgical d'une accessibilité aux soins par des professionnels de santé dont un pourcentage de leurs actes devront entrer dans le cadre du secteur I conventionné.

Les éléments de diagnostic contenus dans le projet de PRAPS sur la question des dépassements d'honoraires confirment les inquiétudes formulées par le CESER en 2009.

Au-delà du taux global de professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires, le CESER estime qu'il est nécessaire de procéder à une analyse par spécialité et par territoire.

Dans cet Avis, le CESER avait également mis en évidence les difficultés rencontrées par les catégories sociales qui, sans être démunies, n'ont pas les moyens d'adhérer à une complémentaire santé car leurs revenus sont supérieurs aux seuils qui leur permettraient de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire par exemple. Il est à noter que des actions ont été mises en place depuis pour limiter les conséquences de ces effets de seuils (notamment pour l'aide à l'accès à une complémentaire santé).

Cependant, une difficulté importante, qui avait été identifiée par le CESER dans son Avis de 2009, demeure : celle de la méconnaissance des dispositifs par les usagers qui, de fait, n'y accèdent pas (car ce sont des dispositifs pour lesquels les usagers doivent faire une démarche volontaire).

1.4 Remarques sur le Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Le PRAPS a pour finalité de faire accéder au droit commun en matière de soins et de prévention les populations les plus démunies et les plus éloignées du système de soins. Cette question est porteuse d'enjeux très forts dans la mesure où la santé des plus précaires a un impact sur la santé publique en général.

Pour le CESER, certaines spécificités de ces populations, les contraintes liées à la réalité qu'elles vivent, ne doivent pas être oubliées pour mettre en place des mesures efficaces.

En effet, il faut avoir à l'esprit que les personnes qui n'accèdent pas ou peu à la prévention et aux soins cumulent souvent plusieurs facteurs de difficultés. Elles peuvent ainsi se trouver dans une situation économiquement précaire (par exemple bénéficiaires de minimas sociaux et/ou non insérées professionnellement) et être en rupture de lien social (les grands marginaux, par exemple) et/ou en situation d'isolement familial (jeunes en rupture familiale, personnes âgées ou handicapées isolées, femmes seules avec enfants) et/ou en perte de repères sociaux (personnes étrangères en situation régulière ou non, maîtrisant mal la langue française). Les personnes éloignées du système de soins peuvent également être des personnes en grande fragilité psychologique, souffrant de handicaps psychiques ou de difficultés psychologiques ainsi que des personnes atteintes de certaines pathologies comme celles liées à des problèmes d'addiction ou de santé mentale.

Le CESER perçoit positivement les éléments contenus dans le nouveau projet de PRAPS.

Il attire cependant l'attention sur la question des étudiants, qui rencontrent parfois de grandes difficultés d'accès aux soins, notamment dentaires et optiques. Cela constitue un enjeu particulièrement fort étant donné l'importance du pôle universitaire toulousain.

Cette préoccupation rejoint un enjeu identifié par le Conseil Régional Midi-Pyrénées qui a mis en place un Pass Mutuelle en direction de ce public.

2 Remarques concernant le deuxième objectif : placer le patient au cœur du système de santé

2.1 Favoriser la prévention

Le CESER se félicite que le PRS comporte un volet prévention, reconnaissant ainsi l'aspect primordial de la dimension préventive en matière de santé publique. Pour être efficace, le CESER estime que le schéma régional de prévention devra être complété par une déclinaison d'actions précises, ainsi que par une évaluation de ces actions, fondée sur des critères et des objectifs qualitatifs.

Le CESER réitère par ailleurs son regret que la santé au travail ne soit pas abordée dans le PRS et rappelle son inquiétude sur le manque de médecins du travail qui sont pourtant des acteurs essentiels de la prévention.

Dans les différents Avis qu'il a adoptés au cours des dernières années, le CESER a toujours souligné le rôle fondamental de la prévention, notamment de prévention de la dépendance ou de prévention des risques d'inaptitude au travail.

Le principal écueil auquel se heurtent les actions de prévention réside dans la difficulté souvent rencontrée de 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 médecins. Pour ces derniers, il serait pertinent par exemple, de mieux rémunérer les actes de prévention, afin d'encourager les professionnels de santé à agir en ce sens.

Ce schéma de prévention engage d'autres acteurs, notamment pour les personnes âgées, comme les Conseils Généraux ou la CARSAT par exemple. Le CESER s'interroge sur la manière dont les actions de ces différents acteurs peuvent être coordonnées, étant donné notamment que l'ARS s'est positionnée sur des domaines sur lesquels les Conseils Généraux intervenaient.

Le CESER estime qu'il est nécessaire pour l'ARS de travailler en partenariat avec d'autres acteurs (CARSAT, associations, etc.).

A cet égard, le CESER note la volonté d'associer les collectivités territoriales et d'irriguer les territoires dont témoigne l'encouragement à signer des contrats locaux de santé.

2.2 Remarques sur le SROS urgences

L'ARS, partant du constat établi par l'ORUMIP selon lequel 80% des passages aux urgences ne présentent pas de critères de gravité, estime qu'il est nécessaire de modifier la donne, de mieux réguler, notamment en éduquant les populations.

Pour le CESER, s'il est en effet souhaitable de réduire le nombre de passages aux urgences, l'analyse des causes qu'il en fait est cependant différente. Le CESER rappelle que les missions des services d'urgences, qu'ils soient publics ou privés, sont l'accueil, l'orientation, les soins, avec ou sans hébergement.

Il est compréhensible que les usagers ne sachent pas identifier si leur état de santé relève d'une urgence ou non. Il y a une dimension psychologique à ne pas négliger dans le recours aux urgences. A noter en outre que l'usage d'internet pour recueillir des informations d'ordre

médical s'est développé. Certains patients essaient notamment d'identifier la nature de leur mal et cela peut les amener à se rendre aux urgences dans un état de stress important.

Une des explications à ce phénomène provient d'un manque de transmission des anciennes aux nouvelles générations.

En effet, il est important de distinguer la notion d'éducation à la santé de celle d'éducation au diagnostic. Pour le CESER, si l'éducation à la santé est essentielle, elle ne peut aller jusqu'à demander aux personnes d'être en capacité d'établir un diagnostic. Lorsque c'est le cas, cela donne lieu à des pratiques d'automédication qui parfois posent de sérieux problèmes de santé et qui sont condamnées par les autorités sanitaires.

A ces causes liées aux patients eux-mêmes s'ajoute, pour expliquer la modification des comportements à l'égard des urgences, l'évolution importante en terme de pratiques professionnelles du corps médical. Celles-ci s'inscrivent dans une évolution sociétale plus globale.

Un autre paramètre dont il faut tenir compte, c'est celui de **l'explosion de la demande médicale depuis 30 ans, à laquelle, de par l'inadéquation du nombre de professionnels de santé, mais aussi leur mauvaise répartition**, aucune réponse efficiente n'a été apportée. De plus, en Midi-Pyrénées, cette explosion de la demande de soins est d'autant plus forte que la région a connu une augmentation très importante de sa population.

Le CESER est conscient qu'il est important de mettre en place, en amont, une meilleure régulation des prises en charge parce que l'encombrement dans les services d'urgences peut avoir pour conséquence de mettre en danger la vie des personnes qui sont dans des situations d'extrême urgence vitale (il n'y a pas que des raisons économiques qui viennent justifier la nécessité d'améliorer la régulation aux urgences).

Il rappelle cependant que c'est bien une multiplicité de facteurs qui explique le recours aux urgences : l'insuffisance de permanence des soins, en particulier le soir et le week-end, la pénurie de médecins sur certains territoires (obstacles géographiques d'accès aux soins), le fait de ne pas avoir à faire l'avance de frais en particulier (obstacles économiques), le fait de ne pas être en mesure de détecter la gravité de son état pour une personne ou son entourage.

C'est donc tout un système de prise en charge de la demande de soins qui doit être amélioré pour limiter le recours aux urgences (coordination des acteurs) : renvoyer à la seule responsabilité individuelle de l'utilisateur est insuffisant.

Le SROS pose le principe d'un nombre de passages minimum dans un service d'urgence égal à 8000 pour justifier le maintien d'un tel service sur un territoire. Le CESER s'interroge sur la manière dont ce seuil a été déterminé. S'il approuve des mesures de coopération comme évoquées sur certains territoires entre les établissements de référence et certains établissements plus petits, il marque son désaccord quant à la suppression éventuelle de certains services au regard de la non atteinte de ce seuil.

Les services d'urgences sont des lieux d'accueil, d'orientation et de soins : on pourrait imaginer que l'accueil des patients soit assuré par des médecins et des IDE qui établiraient un premier diagnostic, rassureraient les personnes et les orienteraient si nécessaire vers une prise en charge médicale plus spécialisée. Le nombre d'infirmiers d'orientation est aujourd'hui insuffisant pour assurer ces missions pourtant fondamentales. Dans son Avis de 2009, le CESER avait fait une préconisation qui peut utilement être reprise ici : estimant que les maisons médicales de garde constituaient une réponse adéquate aux enjeux de l'accès aux soins, le CESER jugeait important que celles-ci s'articulent avec les établissements publics et privés présents sur le territoire et

même, qu'elles s'adossent aux services d'urgences.

Pour le CESER, les mesures proposées par le PRS sont paradoxales : il est ainsi proposé d'améliorer la PDSA (permanence des soins ambulatoires) mais, dans le même temps, de réduire sur les territoires le nombre de points d'accès (puisque le périmètre des territoires de PDSA est élargi). Le seul objectif visé est de réduire l'enveloppe financière dédiée à ce service et cela éloignera certains habitants des territoires ruraux de l'accès aux soins de premiers recours. Pour le CESER, les réponses téléphoniques doivent permettre de proposer une information et une orientation, vers une maison médicale, un service d'urgences, etc. mais en aucun cas un diagnostic ou une prescription par téléphone.

2.3 Remarques sur le SROS psychiatrie

2.3.1 Psychiatrie adultes

Il est demandé dans ce volet du SROS aux établissements psychiatriques départementaux de réduire leurs capacités d'accueil pour les délocaliser dans les autres établissements du territoire, pour pouvoir proposer des solutions qui soient au plus près des patients. Il est étonnant que cette demande soit réitérée dans la mesure où c'est déjà ce qui s'est fait dans les dernières années.

Une des difficultés particulières de ce secteur, c'est qu'il y a **pénurie de psychiatres**, au moment où le nombre de personnes présentant des troubles psychiques augmente (pour différentes raisons). Le nombre d'admission en urgences pour raisons psychiatriques a augmenté de 14% en deux ans. Ces personnes vont dans les SAU (services d'accueil d'urgences) classiques car les hôpitaux psychiatriques n'ont pas le droit d'avoir ce type d'accueils.

Or, la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques dans un service d'urgences classiques, lorsqu'ils ont une affection somatique, est une vraie difficulté. Il serait plus judicieux de **prévoir un accueil d'urgences somatiques dans les établissements psychiatriques** car il est plus aisé de trouver du personnel formé pour prendre en charge le malade.

Un autre problème constaté dans ce domaine, c'est le manque de solutions d'aval. Les cas difficiles sont pris en charge seulement dans les hôpitaux publics, qui ont des services fermés. Il faut **rééquilibrer l'accueil de ces publics entre le secteur public et le privé**. La spécificité de Midi-Pyrénées, en terme d'offre de soins, se caractérise par la présence de 11 établissements privés à but lucratif, dont 9 en Haute-Garonne. Au-delà des difficultés en terme d'accessibilité financière, notamment sur le supplément hôtelier, c'est le problème des autorisations sur certains services qui se pose en terme de rééquilibrage par rapport à l'offre publique.

Par ailleurs, le CESER rappelle que le rôle d'aidant familial est difficile. Or, il constate que l'accompagnement des familles est très peu présent dans le SROS alors même que la loi du 5 juillet 2011 relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » indique que cela fait partie des missions des ARS.

Concernant les personnes âgées atteintes de troubles psychiques, pour le CESER, il est important de **renforcer les équipes mobiles d'infirmiers qui peuvent intervenir en EHPAD dans le cadre de la sectorisation psychiatrique** et de faciliter l'accueil de ces personnes en hôpital psychiatrique si nécessaire.

2.3.2 *Psychiatrie enfants*

Pour le CESER, l'intention de l'ARS de faciliter le repérage et le diagnostic en cas d'urgences psychiatriques paraît difficilement réalisable quand on sait qu'actuellement le délai moyen pour obtenir un rendez-vous est de 3 mois, d'une semaine en cas d'urgences.

La suppression des RASED, prévue par l'ancien gouvernement, et actuellement à l'œuvre va également à l'encontre de tels principes.

En Midi-Pyrénées, le **taux d'équipement** en matière de prise en charge des problèmes de psychiatrie infantile **est inférieur à la moyenne nationale**. La prise en charge des adolescents en difficultés nécessite une attention particulière sur chacun des territoires. Il est nécessaire de renforcer ce secteur : la population en Haute-Garonne augmente de manière importante, parallèlement les besoins vont probablement s'accroître. Aujourd'hui, lorsque les lits spécifiques sont saturés, les adolescents sont hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte. Cette réalité n'est absolument pas acceptable.

La région Midi-Pyrénées et le département de la Haute-Garonne sont dans une situation particulière par rapport aux structures d'accueil du secteur de la psychiatrie enfants puisqu'il y a une confusion des missions entre les CMP (centres médico-psychologiques), les CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) et les CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce). Il est logique que l'ARS prévoit une clarification.

Le diagnostic précoce est un véritable enjeu mais pour le CESER, il faut se méfier des effets de mode, qui font qu'aujourd'hui, on a tendance à se focaliser sur l'autisme ou sur les TED (troubles envahissants du développement) par exemple. Il est nécessaire de s'attacher à détecter tous les troubles précoces et à ne pas tomber dans l'excès qui consisterait à diagnostiquer tout trouble comme relevant de l'autisme.

Il manque également dans ce SROS des données sur les alternatives à l'hospitalisation, les structures qui permettraient d'être un sas entre l'hospitalisation en unités spécifiques et le retour en milieu ordinaire.

2.4 Mesures concernant les personnes âgées

- **Un Avis du CESER**

En décembre 2010, le CESER a adopté un Avis sur le thème de la dépendance des personnes âgées.

Le CESER avait décidé de se saisir de cette question car la région, du fait de son profil démographique (11,6% de personnes âgées de 75 ans et plus en Midi-Pyrénées contre 9,1% au niveau national), était particulièrement concernée par cette problématique.

Ce rapport s'est attaché à décrire le système de prise en charge de la dépendance en se plaçant du point de vue de la personne âgée dépendante : de la principale prestation (l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie, APA) aux services d'aide à domicile et aux différents établissements d'hébergement, en passant par la situation des personnes qui interviennent auprès des personnes âgées dépendantes, que ce soient les aidants familiaux ou des professionnels.

Le CESER avait insisté sur l'importance de la prévention comme composante nécessaire des politiques de santé publique. La limitation des effets de la dépendance doit se penser avant même

la survenue des premiers signes de diminution des capacités motrices et sensorielles, tout au long de la vie.

Dans ce cadre, insistant sur l'importance du dépistage, le CESER encourageait notamment la **mise en œuvre d'une expérience-pilote en Midi-Pyrénées consistant à la mise en place d'un centre de dépistage de la dépendance dans chaque chef-lieu des huit départements de la région.**

Le CESER avait également insisté sur la **nécessité d'améliorer l'accessibilité de tous les espaces, du logement aux établissements de santé, en passant par la voirie et les services publics et ce, afin de retarder les effets de la dépendance** et d'améliorer le quotidien des personnes âgées dépendantes.

Ayant mis en évidence le rôle clé joué par les aidants familiaux et, paradoxalement, leur invisibilité sociale, le CESER avait demandé la **définition d'un statut, porteur de droits sociaux, pour les personnes qui apportent un soutien informel à leur proche dépendant**, pour tenter de résoudre l'aspect parfois éprouvant de cette fonction et notamment les conséquences négatives sur la vie privée, professionnelle ou sur la santé.

Après avoir noté le recours croissant au cours des dernières décennies au dispositif professionnel pour accompagner le maintien à domicile et présenté les difficultés rencontrées par les professionnels qui interviennent au domicile ou en établissement, le CESER insistait sur la **nécessité d'accroître l'attractivité de ces métiers, en valorisant leurs spécificités, en améliorant les conditions de travail et de rémunération et en faisant progresser la formation et la qualification.**

Le CESER insistait ensuite sur le fait que le thème de la dépendance ne soulevait pas que des enjeux financiers mais revêtait également une dimension philosophique car il relevait d'une question de société. Le CESER estimait ainsi primordial de se détacher d'une approche sectorielle, financière et quantitative pour adopter une vision plus globale et qualitative. C'est d'abord un changement de regard sur le vieillissement qui est nécessaire, celui-ci devant être appréhendé comme un processus naturel et non comme un problème. Il s'agit de définir un projet de société plus solidaire qui intègre, respecte et responsabilise les personnes âgées. Les solutions au défi que pose la dépendance devront ainsi s'attacher à respecter les droits à la dignité, à la liberté de choix des personnes âgées (que chacun est destiné à devenir). Autrement dit, il est nécessaire de revaloriser l'image des personnes âgées et surtout de développer des politiques territoriales qui tiennent compte de leurs propres capacités à porter un projet social, à être actrices de leur devenir et à contribuer au vivre ensemble.

L'enjeu est de trouver les modalités d'un bien vivre ensemble pour bien vieillir ensemble, sachant qu'il n'y a pas une seule bonne solution mais bien des solutions différentes, adaptées à la situation économique, sociale, psychologique de chaque personne.

En conséquence, le CESER se réjouit que l'ARS manifeste, à travers la prise en compte des besoins particuliers des personnes âgées, la conscience des enjeux dont cette catégorie est porteuse. La question qui doit être posée est bien celle-ci : l'assistance aux personnes âgées étant une compétence des Conseils Généraux, comment harmoniser une organisation régionale basée sur une légitimité financière et politique départementale ?

- **A propos de la limitation des ouvertures de places et de la priorité donnée aux personnes âgées présentant des GIR 1 à 4 dans les EHPAD**

L'ARS a décidé d'une part, d'honorer le financement des créations de places déjà autorisées mais non encore créées (soit 1 047 places⁵) dans les deux ans et demi à venir et, d'autre part, de limiter par la suite les créations de nouvelles places en EHPAD et ce, dans les établissements publics et privés à but non lucratif plutôt que dans les établissements privés à but lucratif. Pour le CESER, ce qui est prioritaire, c'est la qualité du service et un niveau de reste-à-charge acceptable pour le résident, indépendamment du statut de l'établissement.

Cette orientation s'appuie sur le diagnostic, établi par l'ARS et qui prend le contre-pied de ce qui se disait jusqu'ici, selon lequel il y a en Midi-Pyrénées 1300 places vacantes dans des EHPAD. S'il admet la nécessité de prendre en compte cette réalité, le CESER estime toutefois qu'il ne faut pas être trop péremptoire en la matière, car les situations sont diverses selon les territoires ou selon les pathologies (manque de places avéré pour les personnes atteintes de troubles psychiques par exemple).

Cette orientation s'appuie également sur le constat selon lequel 15% des personnes âgées accueillies dans un EHPAD de la région sont originaires d'une autre région. L'ARS semble considérer ce fait comme un problème. Pour le CESER, il faut être vigilant et appréhender ces questions de manière globale. Il est nécessaire d'avoir à l'esprit que la société contemporaine a valorisé et encouragé la mobilité professionnelle et géographique. Elle doit en assumer les conséquences : il est compréhensible, si l'on se place du point de vue des personnes, que les habitants de Midi-Pyrénées, venus pour des raisons professionnelles, souhaitent rapprocher leurs parents au moment où ceux-ci doivent intégrer un EHPAD. La tyrannie du ratio peut laisser craindre que l'ARS privilégie la rationalisation économique au détriment de la gestion humaine des questions de santé.

Dans son Avis de 2010, le CESER, se fondant sur une étude menée par la CARSAT (CRAM à l'époque), avait mis en évidence le fait que les établissements étaient très inégalement répartis sur le territoire et que cette situation avait des incidences directes sur le taux d'occupation des établissements. Cela pose en effet un problème de répartition de l'offre par rapport aux besoins et le constat est celui d'importantes disparités entre les établissements : certains ont un taux d'occupation égal ou presque à 100%, tandis que d'autres éprouvent des difficultés à remplir les lits vacants. Ainsi, si de manière générale on peut dire que les listes d'attente pour entrer en établissement tendent à se réduire, voire à disparaître, tous les établissements ne sont pas concernés par ce constat. Les établissements situés dans des zones où l'offre est faible, ou encore les établissements publics et privés à but non lucratif, peut-être parce qu'ils ont généralement des tarifs moins élevés ou parce qu'ils sont habilités à l'aide sociale, continuent à avoir des listes d'attente importantes (même s'il resterait à déterminer la proportion de doublons entre les listes d'attente des différents établissements).

⁵ Tant dans le domaine des personnes âgées que des personnes handicapées, une autorisation est accordée à un promoteur de projet lorsque la ou les autorités de financement, de tarification et de contrôle ont délivré un arrêté d'autorisation (création, extension ou transformation) qui a pour conséquence première l'engagement financier nécessaire au fonctionnement pérenne de l'établissement ou du service.

Une fois l'autorisation délivrée (et le financement dédié à ce projet), les lits ou places correspondants sont dits « en cours ou en attente d'installation » dans l'attente de la mise en service effective, validée par un procès-verbal de conformité.

Les 1047 places évoquées ont déjà fait l'objet d'un arrêté d'autorisation au bénéfice d'un organisme gestionnaire (publics ou privés et à but lucratif ou non lucratif).

En outre, l'état de santé des personnes âgées est également un déterminant important à prendre en compte : en effet, les places disponibles pour les personnes les plus lourdement handicapées (maladie d'Alzheimer et apparentées notamment) sont rares.

Pour le CESER, un des problèmes principaux dans le secteur de l'hébergement des personnes âgées dépendantes est le **montant du reste à charge** pour les familles. L'existence de places vacantes dans les EHPAD n'est pas forcément le signe qu'il n'y a pas de besoins mais que les familles n'ont pas les moyens de financer la prise en charge de leurs parents âgés dépendants dans des établissements adaptés. Cette question du reste à charge est d'autant plus importante à prendre en compte que les revenus des personnes âgées seront amenés à diminuer dans les prochaines années (carrières incomplètes, etc.). C'est donc davantage sur cet aspect financier que l'ARS devrait agir. Le CESER est favorable à la mise en place d'appels à projet incluant la dimension de reste à charge pour les usagers et à la limitation des ouvertures de places dans les établissements pratiquant des coûts prohibitifs.

Le CESER estime que toute réflexion en matière d'ouverture de places en EHPAD doit prendre en compte la probable augmentation à venir de la population âgée dans la région.

L'ARS indique son souhait de donner la priorité aux personnes âgées présentant des GIR 1 à 4 pour l'entrée dans les EHPAD, dans le but, d'une part d'accueillir des personnes âgées très dépendantes dont la famille a assuré le maintien au domicile jusqu'à épuisement, d'autre part de désengorger les services de long séjour dans les hôpitaux et les services de soins de suite et de réadaptation.

Le CESER s'inquiète du fait que cette décision semble témoigner d'une vision quelque peu figée de la question de la dépendance. Il lui paraît au contraire important de prendre en compte la notion de temps et le fait que la **survenue de la dépendance est un processus évolutif**. Une personne âgée qui fait une demande pour entrer dans un EHPAD peut présenter un GIR 5 ou 6 (sachant qu'elle ignore souvent alors à quel GIR elle correspond et qu'être en GIR 5 et 6 n'est pas synonyme d'une autonomie complète) mais, de fait, étant donné que la moyenne d'âge à l'entrée en EHPAD est de 87 ans, il est probable qu'elle entre un jour dans la dépendance, dans les mois ou l'année suivante.

De plus, pour le CESER, **la seule indication du GIR pour déterminer les besoins d'une personne âgée est trop restrictive**. La situation sociale des personnes (isolement, fragilité, capacité de la famille à prendre en charge la personne, etc.) peut rendre nécessaire d'être accueillie dans un EHPAD quel que soit le GIR.

En outre, cette ambition, pour se mettre en œuvre, nécessiterait de trouver une solution aux difficultés rencontrées actuellement par les personnes âgées qui sont restées à domicile jusqu'à devenir très dépendantes (GIR 1 et 2) pour intégrer un EHPAD. En effet, les directeurs d'établissements visent à assurer une certaine diversité de situations et un certain équilibre entre ces situations en terme de GIR Moyen Pondéré (GMP).

Le fait d'accueillir uniquement des personnes âgées présentant des GIR 1 ou 2 ferait glisser ces établissements d'une vocation médico-sociale à une vocation purement sanitaire, en leur faisant jouer un rôle médical qui va au-delà de celui qu'il devrait être, avec les moyens actuellement alloués et en l'état actuel du niveau de qualification du personnel. Une telle évolution nécessiterait d'adapter le recrutement et la formation du personnel de ces établissements. Le PRS propose à ce sujet de développer la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Le CESER attire l'attention sur le fait que l'accès à la VAE n'est pas toujours aisé pour ces personnels et qu'il serait sans doute préférable de développer également des filières de formations spécifiques à ces métiers. Par ailleurs, pour le CESER, il est important de mener une réflexion sur la reconversion de ces professionnels qui exercent des fonctions souvent pénibles.

Qui plus est, comme il l'avait démontré dans son Avis de 2010, en se fondant sur le rapport de l'Assemblée Nationale de Madame ROSSO-DEBORD sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes (23 juin 2010), il existe des disparités départementales dans l'attribution des GIR et des sommes versées au titre de l'APA. Par conséquent, le projet de « spécialisation » des EHPAD pourrait conduire à aggraver le risque d'inégalités de traitement des personnes selon leur lieu d'habitation.

En conséquence, pour le CESER, il est important, là encore, de ne pas se montrer trop péremptoire et de considérer les situations des personnes au cas par cas.

Le CESER est également favorable à la création de formes de logements intermédiaires de services adossés à des EHPAD pour accueillir des personnes âgées présentant des GIR 5 et 6 et qui seraient prioritaires pour entrer en EHPAD lorsque leur niveau de dépendance s'accroîtrait. Cette idée de l'ARS s'appuie sur le modèle des foyers-logements qui existaient auparavant, en adaptant toutefois leur forme pour tenir compte des difficultés qu'avaient rencontrées ces structures. Celles-ci étaient en effet trop isolées géographiquement et avaient dû progressivement se médicaliser pour s'adapter à l'aggravation de la dépendance des résidents.

Dans son Avis de 2010, le CESER avait mis en perspective le recul de l'âge auquel les personnes entrent en EHPAD dans un contexte d'augmentation de l'espérance de vie, et le fait que les personnes âgées tendaient à rester à domicile jusqu'à ce qu'elles deviennent vraiment dépendantes, moment où elles intègrent un EHPAD. De fait, le CESER insistait sur le fait que les personnes âgées choisissaient de moins en moins souvent d'intégrer une structure intermédiaire, qui ne correspond donc plus aux attentes et besoins des personnes. Cependant, le CESER soulignait que **les besoins en terme de structures intermédiaires entre le domicile et l'établissement médicalisé demeurent et avait estimé nécessaire d'imaginer de nouveaux types de solutions**, tels que des structures innovantes.

Par conséquent, faire le lien entre ce type de structures intermédiaires et un EHPAD paraît une solution intéressante pour le CESER qui l'avait d'ailleurs préconisé dans cet Avis de 2010. Cependant, le CESER s'inquiète du fait que, même si le coût est moins élevé que celui d'un séjour en EHPAD, il n'est pas certain que toutes les personnes âgées – aujourd'hui et demain, avec la baisse programmée du niveau moyen des retraites - aient les moyens de financer ce type d'hébergement (1000 euros/mois).

Dans son Avis sur la dépendance voté en décembre 2010, le CESER faisait ainsi le constat que *« le vieillissement massif de la population risquait de déstabiliser l'équilibre du système actuel de protection sociale et que la tendance à l'amélioration des conditions de vie des retraités pourrait stopper, voire s'inverser. Ainsi, les projections établies par différents organismes laissent penser que l'écart entre le niveau de vie des retraités et celui des actifs pourrait se creuser (en défaveur des premiers) dans les années à venir avec un pic en 2015.*

Les facteurs explicatifs de la fin de cette « parenthèse heureuse » d'un niveau de vie des retraités en augmentation sont de plusieurs ordres, notamment :

- *Le fait que vont arriver à l'âge de la retraite les générations qui ont connu des discontinuités en matière d'emploi : chômage, temps partiel, emplois aidés.*
- *Le fait que les pensions de retraite ne sont plus indexées sur les salaires mais sur les prix, ce qui est moins favorable lorsque l'inflation est basse (comme actuellement).*
- *Le fait que les fins de carrière sont plus chaotiques : 40 % des Français de 55-59 ans ne travaillent pas (chômage, pré-retraite, invalidité, retraites), ce qui aura nécessairement un impact sur le niveau de leurs pensions.*
- *Le fait que les pensions du secteur privé, depuis 1993, soient désormais calculées sur les 25 meilleures années (et non plus les dix meilleures années). »*

En résumé, sur la question des logements intermédiaires, il appartiendra de s'assurer d'une part que ce type d'hébergement est accessible financièrement au plus grand nombre et, d'autre part, que le modèle économique de sa gestion est pérenne. Au regard de l'expérience des logements-foyers, ces deux interrogations semblent pertinentes.

Le PRS prévoit une **planification de l'hébergement temporaire**. Le CESER s'inquiète que le principe retenu soit celui de la fongibilité des enveloppes, qui signifierait que des places d'hébergement permanent soient supprimées au profit de places d'hébergement temporaire. Cette idée du redéploiement des moyens des structures vers des équipes mobiles constitue bien le cœur du sujet. Pour le CESER, le **dogme qui consiste à opposer institution et milieu ordinaire est critiquable car les deux secteurs sont au contraire aussi nécessaires l'un que l'autre et donc complémentaires**.

Rappelons que les accueils de jour sont des structures qui permettent aux aidants familiaux des personnes âgées demeurant à domicile de disposer d'un temps de répit, qui est absolument indispensable à leur équilibre. Le coût de cet accueil empêchant certaines familles ayant des revenus modestes d'y recourir, il est nécessaire de trouver des solutions au titre de la solidarité.

En-dehors de ces développements, le CESER rappelle qu'il est cependant favorable au maintien à domicile des personnes âgées, si cela correspond à leurs souhaits et sous réserve de conditions de sécurité suffisantes, mais il considère qu'il est dangereux de fixer cet objectif pour des raisons purement économiques. En outre, le maintien à domicile n'est possible qu'à condition que soient mises en place des mesures d'accompagnement.

Le CESER est donc bien entendu attaché au maintien d'un dispositif de services qui favorise le maintien à domicile et la socialisation pour les personnes âgées dont le niveau de dépendance ne les oblige pas à intégrer une structure collective.

En outre, étant donné que l'espérance de vie après l'entrée en établissement est très réduite (2 ans à 2 ans et demi), même si un des éléments explicatifs est l'âge moyen d'entrée en établissement (85 ans), il est toutefois possible d'imaginer qu'il y a un effet induit par l'institutionnalisation elle-même, ce à quoi on ne peut être indifférent.

Par ailleurs, le CESER s'interroge sur la réponse qui pourra être apportée, si cette orientation se met en œuvre, aux personnes âgées présentant un GIR 5 ou 6 qui souhaitent entrer en institution. Enfin, le CESER estime que le classement en GIR 4 couvre en fait des situations très diverses : il serait par conséquent intéressant de modifier la nomenclature pour pouvoir faire apparaître plus précisément la diversité des situations.

Toujours dans un objectif économique, le PRS prévoit par ailleurs d'encourager la **mutualisation des ressources entre les EHPAD**. Si le CESER n'est pas opposé sur le principe, il estime que cela sera difficile à mettre en œuvre (surtout en ce qui concerne les personnels soignants), d'autant plus dans un contexte budgétaire difficile où beaucoup d'établissements fonctionnent à flux tendus.

- **L'hospitalisation des personnes âgées, la question de la pertinence des actes et du juste soin**

Le SROS Chirurgie constate que certains actes sont plus pratiqués dans certaines régions que dans d'autres, sans qu'une explication épidémiologique puisse le justifier.

Cela peut s'expliquer parfois par l'absence de professionnels de santé dans certaines spécialités sur un territoire. Cependant, il existe parfois des disparités importantes entre deux territoires dotés de plateaux techniques identiques. Des disparités sont aussi observées entre l'offre privée et l'offre publique en médecine/ chirurgie /obstétrique.

Le CESER note qu'une autre explication peut être recherchée dans l'existence d'éventuels effets pervers de la tarification à l'activité.

Le CESER insiste sur la nécessité d'adopter une **démarche du « juste soin »**, c'est-à-dire de privilégier la qualité des soins. C'est pour cela **qu'il souhaite qu'une offre publique de secteur 1 soit privilégiée dans le cadre des autorisations, notamment en matière de chirurgie et d'obstétrique.**

L'ARS pose avec réalisme la question de la pertinence des hospitalisations des personnes âgées et du juste soin.

Toutefois, il convient d'être prudent et il est important de tenir compte, au-delà de l'aspect purement thérapeutique, de l'environnement social de la personne. Dans l'idéal, c'est une décision du médecin traitant qui doit amener à une hospitalisation, plutôt qu'un passage par le service des urgences.

Dans son Avis de 2010, le CESER avait mis en évidence le fait que la prise en charge des personnes âgées malades, qui présentent souvent des polypathologies, n'est pas toujours optimale dans les établissements de santé. Il apparaît que les personnels médicaux sont insuffisamment formés à la gériatrie. Il serait par conséquent nécessaire de **multiplier le nombre d'équipes mobiles qui peuvent aussi contribuer à l'amélioration des connaissances du corps médical sur cette population particulière.** En outre, étant donné que les équipes mobiles sont souvent appelées pour des prises en charge de la douleur et de comportements difficiles, le CESER estime qu'il serait utile de créer des **équipes mobiles spécialisées** sur ces deux aspects.

Pour le CESER, une coordination de l'ensemble des acteurs est nécessaire, en particulier pour bien préparer le retour à domicile après une hospitalisation.

Il est également important d'améliorer la permanence des soins dans les EHPAD, y compris des soins infirmiers. En la matière, l'idée de prévoir l'intervention d'une infirmière de nuit dans les EHPAD ayant au moins 80 lits pour faire face au contexte d'une augmentation du nombre de situations difficiles (dépendance lourde, accompagnement soins palliatifs), prévue par le PRS, est intéressante. Le CESER s'interroge toutefois sur la faisabilité et les conséquences de cette mesure : est-ce que cela pourrait signifier que les établissements dont la capacité est inférieure à 80 lits sont encouragés à fusionner ? La mutualisation d'un tel poste entre deux établissements semble compliquée à mettre en place car c'est un poste qui nécessite une certaine disponibilité et proximité. Dès lors, les établissements auront-ils vraiment les moyens d'employer une infirmière 24h/24 ?

- **La prévention : le repérage des personnes âgées fragiles**

La fragilité peut se définir comme un état d'équilibre physiologique précaire. L'état de fragilité apparaît - avec plus ou moins d'intensité selon tout un ensemble de facteurs liés à l'histoire et à l'environnement de la personne - avec la perception ou la prise de conscience par la personne âgée des premiers signes de vieillissement et de l'émergence des difficultés dans la vie quotidienne.

La méthodologie présentée par le PRS, qui consiste à repérer les personnes âgées fragiles par le biais de la plateforme d'évaluation et d'orientation gérontologique qui permettra d'établir un programme personnalisé, paraît tout à fait louable mais la question de la faisabilité de sa mise en œuvre reste posée.

Ainsi, il est prévu une plateforme par territoire de santé alors qu'une telle mesure, pour être efficace, devrait pouvoir être proposée dans chaque bassin de vie. Le CESER rappelle que sur la question du dépistage, la proximité est fondamentale. Il avait, dans son Avis sur la dépendance,

préconisé la mise en place d'un centre de dépistage dans chaque chef-lieu de département. Cela peut se justifier aussi bien du point de vue de la sécurité des soins que d'un point de vue purement financier : il est en effet probable, étant donné le coût du transport de la personne jusqu'à cette plateforme, que cela coûterait plus cher de n'installer qu'une plateforme par territoire de santé plutôt qu'une dans chaque bassin de vie.

Par ailleurs, le CESER estime qu'il serait utile que les CPAM, la CARSAT soient associées au signalement de ces personnes car elles disposent de nombreux éléments sur leur situation.

- **La prise en charge des malades d'Alzheimer**

Le PRS prévoit un développement des MAIA, structures de coordination, sorte de guichet unique pour les malades d'Alzheimer et ceux qui présentent des démences de type Alzheimer et leur famille.

Le CESER sera attentif à la pérennisation des financements accordés à ces structures et à l'évaluation qui sera faite de ce dispositif car la logique du guichet unique est complexe à mettre en œuvre en la matière (cf. les CLIC, Centres Locaux d'Informations et de Coordination pour les personnes âgées, qui n'ont jamais bien fonctionné).

Le CESER alerte sur le fait que le problème pour ces structures sera notamment la gestion de cas difficiles : il estime qu'il serait utile de **mettre en place un label de qualité de la prise en charge de personnes âgées présentant des troubles du comportement, aussi bien pour les MAIA que pour les EHPAD.**

Par ailleurs, pour le CESER, il faut avoir conscience que la **multiplication de dispositifs**, proches en termes d'objectifs, risque de générer un **manque de lisibilité** pour les principaux intéressés, les aidants familiaux.

Le CESER invite à envisager une coordination entre les différents dispositifs existants.

- **Instauration de services pour prendre en charge les personnes âgées présentant des troubles du comportement dans les EHPAD**

Le CESER est favorable au développement de services tels que les UHR (Unité d'hébergement renforcé, pour accueillir des personnes présentant des troubles sévères) et les PASA (pôle d'activités et des soins adaptés, pour accueillir des personnes présentant des troubles légers et modérés), à condition que ce ne soit pas que des moyens matériels qui soient mis en œuvre mais aussi des moyens humains suffisants, en nombre et en qualification, pour accompagner les personnes âgées souffrant de ce type de troubles.

- **Instauration de soins palliatifs dans les EHPAD**

Le CESER a donné en 1999 un Avis sur les soins palliatifs. Il considère comme une bonne chose que des soins palliatifs soient proposés dans les EHPAD car il faut souhaiter que les personnes en fin de vie puissent décéder là où elles habitent (et l'EHPAD constitue le domicile des résidents). Il est nécessaire que des équipes mobiles spécialisées, constituées de personnes formées à la spécificité de ces missions, assurent cette fonction pour éviter le burn-out des équipes.

Actuellement, un défaut d'accompagnement durant les heures de nuit est constaté : l'idée d'améliorer la présence de personnels infirmiers constitue donc une réelle avancée si sa faisabilité est avérée.

Concernant le SROS Soins Palliatifs, le CESER approuve la démarche qui consiste à vouloir regrouper les « lits identifiés » comme pouvant être des lits pour des patients en soins palliatifs (qui, dans les faits, ne le sont pas), afin de créer des unités de soins palliatifs dans chaque territoire. Il s'interroge toutefois sur les moyens qui seront mis à disposition pour réaliser cet objectif.

Bien que cela ne relève pas des compétences de l'ARS, le CESER rappelle ici qu'il défend l'idée de l'instauration d'un congé d'accompagnement pour les aidants naturels.

2.5 Mesures concernant les personnes en situation de handicap

Le secteur du handicap est un secteur complexe dans lequel interviennent de nombreux acteurs. La question à laquelle il s'agit de répondre est celle-ci : quelle dynamique territoriale adopter sur le secteur du handicap aux compétences partagées ?

Les orientations du schéma sont fixées en fonction des dispositifs existants, notamment en fonction des taux d'équipement. Il serait primordial de procéder à une analyse fine des besoins sur chacun des territoires par type de handicaps et par tranche d'âges et en concertation avec les MDPH.

Le PRS prévoit la création des places autorisées dans les structures accueillant des personnes en situation de handicap, soit 108 places pour des enfants et 235 pour des adultes, ce qui devrait correspondre à une augmentation de 10% de la capacité d'accueil dans la région.

Dans le schéma, il n'est pas prévu sur les territoires, d'unités spécifiques identifiées en ESAT pour la prise en charge de travailleurs présentant un handicap psychique alors que la majorité des ESAT accueillent des personnes ayant ce type de handicap. Par ailleurs il est nécessaire de développer la prise en charge de proximité en SESSAD, avec des SESSAD dits polyvalents.

Le CESER a élaboré récemment un Avis sur la question de l'inclusion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs en situation de handicap, voté le 23 avril 2012. Cette réflexion lui a donné l'occasion de mieux comprendre et mieux appréhender la complexité de ce système.

Il y était notamment rappelé que le handicap congénital ou de l'enfance représentait 15% des situations de handicap à l'âge adulte, 85% étant acquis au cours de la vie à la suite d'accidents ou de maladies reconnus. Pour le CESER, cette réalité statistique justifie de préconiser qu'un travail en matière de prévention soit mené, notamment dans le milieu du travail, afin de réduire la survenue du handicap.

Cet Avis s'est attaché à identifier les obstacles à l'insertion sociale et professionnelle des travailleurs en situation de handicap. Il n'a que peu abordé la question du secteur protégé ni celle du secteur médico-social lié au handicap. Toutefois, des éléments importants ont été mis en évidence : le CESER a notamment identifié, parmi les obstacles à l'insertion, le rôle des représentations sociales du handicap, c'est-à-dire les stéréotypes associés au handicap par la société et par les personnes en situation de handicap elles-mêmes.

Le CESER a par ailleurs constaté qu'une vision plus sociétale du handicap a émergé au cours des dernières décennies et que celui-ci est désormais perçu comme une situation résultant d'interactions entre une personne et son environnement et non plus comme une simple situation d'inadaptation personnelle. De fait, cette vision a amené la société à modifier l'image du

handicap et à accepter progressivement de reconnaître une responsabilité collective dans les difficultés que peuvent rencontrer certaines de ces personnes pour s'insérer.

L'Avis du CESER a permis d'identifier d'autres freins à l'accès aux droits, notamment ceux liés à la complexité du système de prise en charge (méconnaissance des droits, des instances compétentes et des procédures, lenteur de ces procédures, etc.).

Le CESER note avec inquiétude l'absence dans le PRS de références à certaines thématiques, notamment la question des handicaps rares.

Sur le plan organisationnel, pour des raisons historiques, il y a dans le département de la Haute-Garonne une certaine confusion des missions des CMP (Centres Médico-Psychologiques) et des CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques).

2.5.1 Au sujet de la priorité donnée à l'inclusion en milieu ordinaire

Depuis plusieurs années, un mouvement visant à favoriser l'inclusion en milieu ordinaire des enfants et des adultes en situation de handicap est à l'œuvre. Le CESER est favorable à cette orientation et estime qu'il faut rechercher, dès que cela est possible et souhaitable, l'inclusion en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap. Il précise toutefois que la condition indispensable à la réussite de l'inclusion est de mettre en œuvre un accompagnement et des moyens pour rendre effectivement possible cette inclusion.

L'enjeu est de taille car le risque, si ces moyens ne sont pas mis en place est de créer l'effet inverse de celui attendu : non seulement échouer à inclure l'enfant ou l'adulte handicapé mais aussi créer des difficultés dans la classe ou sur le lieu de travail, pour les autres.

A l'heure actuelle, en matière d'inclusion scolaire en milieu ordinaire, si une volonté politique forte est affichée, des lacunes importantes demeurent, notamment en terme de coordination des dispositifs. Le manque de formation et le caractère précaire des emplois des Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS) constituent un exemple de ce décalage entre la volonté affichée et la réalité. De même, la suppression des RASED (Réseaux d'Aide Spécialisés aux Elèves en Difficulté), prévue par l'ancien gouvernement, va totalement à l'encontre de ces ambitions.

Dans ce contexte, le CESER s'interroge sur les moyens dont dispose l'ARS pour mettre en œuvre ses orientations.

Par ailleurs, il faut avoir conscience qu'une part des personnes en situation de handicap qui vivent en institution aujourd'hui ne sont pas en mesure d'intégrer le milieu ordinaire. Le CESER considère que les institutions et le milieu ordinaire sont complémentaires, que chacun de ces secteurs correspond à des besoins réels, qui varient selon le moment de vie de la personne, selon la nature du handicap, etc. Il est donc, pour le CESER, nécessaire de maintenir les équilibres entre les deux secteurs. Il s'inquiète d'un éventuel transfert des moyens du milieu institutionnel vers le milieu ordinaire car cela risque de dégrader la qualité de la prise en charge dans les établissements.

Concernant les établissements qui accueillent des enfants en situation de handicap, le CESER, dans son Avis de 2012, demande ainsi le maintien des postes et des places d'accueil, afin que les enfants et adolescents qui ne peuvent être accueillis en milieu ordinaire puissent bénéficier d'une prise en charge adaptée à la gravité de leurs troubles. Il préconise même leur augmentation sur certains territoires, en particulier en Haute-Garonne où le nombre de places en IME pour des déficiences moyennes ou lourdes est insuffisant (cf. listes d'attente).

Il est de plus nécessaire, concernant les enfants et les jeunes souffrant de troubles de la personnalité et du comportement, de développer une offre de services alternative (hors les murs et de proximité) qui concilie prise en charge en institution et inclusion en milieu ordinaire.

2.5.2 Un accompagnement social insuffisant

Pour le CESER, il apparaît urgent d'améliorer la prise en charge des personnes atteintes de polyopathologies. En effet, l'offre de soins n'est actuellement pas adaptée car elle est compartimentée et l'accompagnement social est insuffisant. La mise en place de parcours de soins et d'un accompagnement social plus effectif est particulièrement importante pour les personnes souffrant de handicap psychique, notamment de schizophrénie, car ces personnes sont souvent dans l'incapacité d'aller d'elles-mêmes vers un soignant. Le CESER considère que le PRS ne propose pas assez de pistes pour améliorer cet accompagnement.

2.5.3 La prise en compte des besoins des personnes handicapées vieillissantes

Le CESER se réjouit que cette préoccupation apparaisse dans le PRS, d'autant que c'est une préconisation qu'il avait faite dans l'avis de 2009. Il s'interroge cependant sur sa faisabilité dans un contexte de suppression du forfait soins dans les structures d'accueil de personnes handicapées.

Une augmentation du nombre de « forfaits soins » est nécessaire pour les structures hébergeant des personnes handicapées vieillissantes afin de leur permettre de faire face à l'augmentation prévisible de cette population.

3 Remarques concernant le troisième objectif : adapter le système de santé à l'évolution des besoins

3.1 La prévention

En matière de diagnostic précoce, la Haute-Garonne présente une particularité : le département est en effet sous-équipé en terme de structures pouvant réaliser des diagnostics précoces. Le département ne compte qu'un seul CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce), qui plus est créé tardivement. Etant donné la densité de population en Haute-Garonne, le CESER estime que le développement de ce type de structures s'impose et qu'il en faudrait une par bassin de santé (au moins pour la Haute-Garonne).

3.2 Découpage territorial et gradation des soins

Ces deux thèmes – découpage territorial et gradation des soins - sont liés car le découpage du territoire dessiné par l'ARS s'est établi au regard de la notion de soins gradués.

Pour rappel, l'ARS a procédé au découpage du territoire en 8 territoires de santé, correspondant aux périmètres des départements, et 33 bassins de santé.

Ce découpage correspond à une approche territoriale de la santé identifiant deux niveaux :

- Le territoire de santé conçu comme espace de concertation entre acteurs locaux et comme couvrant l'ensemble des champs de la santé : des activités de prévention jusqu'aux soins et équipements des établissements de santé, de l'accès aux soins de premier recours jusqu'aux prises en charge et accompagnements médico-sociaux.
- Le bassin de santé, conçu comme unité de proximité, pour l'observation et l'organisation de la santé et principalement organisé autour d'établissements de santé qui disposent d'un service d'accueil des urgences. Le bassin de santé représente l'espace au sein duquel va s'organiser l'offre de santé de proximité, dans ses différentes composantes : prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médico-social, intégrant la permanence des soins.

Ce découpage diffère de la proposition faite par le CESER dans son Avis sur l'offre de soins en Midi-Pyrénées, voté en 2004.

Le CESER est conscient qu'il n'y a probablement pas de découpage idéal. Le compromis trouvé avec le choix du département pour délimiter les territoires de santé correspond à une logique qui convient au secteur médico-social. Pour la détermination des bassins de santé, c'est l'offre de soins de premier recours qui a primé.

Le CESER considère que la définition de 33 bassins de santé est ambitieuse et se demande si les moyens alloués seront suffisants.

Le CESER estime toutefois que le fait d'avoir considéré Toulouse comme un bassin de santé n'est pas très pertinent car la réalité se pense certainement plus à l'échelle de l'agglomération (qui pourrait être découpée en plusieurs bassins de santé).

De plus, le CESER déplore que le découpage du territoire effectué par l'ARS ne tienne pas compte des fuites vers des villes hors région et des fréquentations des établissements de santé et médico-sociaux de la région par des populations venant d'autres régions. Il est problématique que rien n'ait été prévu en termes de péréquations interrégionales autour de l'enveloppe de l'ONDAM.

Si le CESER est favorable à la mise en place d'une **gradation des soins**, il s'inquiète là aussi d'une conception trop péremptoire ou trop rigide du **parcours de soins** de la part de l'ARS, d'autant que le principe de parcours de soins est compliqué à mettre en œuvre pour les patients atteints de plusieurs pathologies.

Il y a en effet plusieurs facteurs explicatifs au fait que les populations font parfois le choix d'aller se faire soigner dans la capitale régionale plutôt que dans l'établissement de santé le plus proche de chez elles. Il est **important de comprendre les motivations de ces patients et d'agir pour renforcer la confiance de ces populations en la qualité et la sécurité des soins qui peuvent être prodigués près de chez elles. C'est bien la qualité des soins et la présence effective d'une offre de qualité qui doit être visée.**

Sans cela, contraindre les patients à suivre un parcours de soins rigide (tel qu'il est préconisé par l'ARS) est injuste - cela va à l'encontre du principe de libre choix du patient - et sera de plus inefficace.

Pour le CESER, cette problématique est liée à la démographie médicale. Dans certains territoires, l'accès à des services de spécialités est rendu difficile en raison de l'absence de médecins spécialistes. Les solutions qui consistent à envoyer des internes, encadrés par des chefs de cliniques de la Faculté, dans les territoires vont dans le bon sens. Sur certaines zones, en termes de spécialités, il arrive parfois que l'offre publique présente ne détienne pas l'ensemble des spécialités et parfois, seule une offre privée est proposée (ce qui peut poser question en termes d'accessibilité financière). Dans certains départements, l'offre privée est ainsi plus importante que l'offre publique (c'est le cas de 5 départements en chirurgie).

Pour le CESER, il est indispensable d'agir, en parallèle de la mise en place du parcours de soins, sur le problème de la pénurie de médecins dans certains territoires. Dans ce cas contraire, le CESER s'inquièterait d'une remise en question de la liberté des patients pour éviter de se poser la question de la liberté d'installation des médecins.

Pour le CESER, garantir la qualité des soins et l'accessibilité des soins sont deux éléments primordiaux à prendre en compte pour maintenir une offre de soins sur le territoire. Il faut toujours garder à l'esprit que certains patients sont contraints de renoncer aux soins pour des raisons financières et cela n'est pas acceptable. La mise en place d'une gradation des soins seule risque d'avoir pour conséquence d'aggraver les difficultés d'accès aux soins pour certaines personnes.

Le CESER demande que dans chaque territoire, il y ait, dans toutes les spécialités, une offre accessible, en particulier en termes financiers, c'est-à-dire de secteur 1. A partir du moment où l'ARS impose aux patients un parcours de soins, les moyens d'accéder effectivement aux soins doivent être mis en place. Le CESER souhaite que dans l'ensemble des territoires de Midi-Pyrénées, l'offre de soins publique et privée soit rééquilibrée.

Pour le CESER, la garantie de la **permanence des soins** est fondamentale. Dans son Avis de 2009, il avait souligné le rôle des maisons médicales de garde, qui constituent une réponse adéquate aux enjeux liés à la question de l'accès aux soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Il pourrait être pertinent que ces **maisons médicales de garde, ainsi que des cabinets regroupant des médecins de ville s'adosent aux services d'urgence des établissements de référence des bassins de santé.** Le CESER ajoutait que cette mise en place devrait être accompagnée de mesures d'information sur l'existence des maisons médicales de garde et de mesures de sensibilisation des publics, permettant ainsi d'assurer un premier niveau d'accueil et d'orientation des patients.

En outre, dans la mesure où l'on sait que ce sont des raisons économiques qui poussent de nombreuses personnes à s'adresser en premier recours aux services d'urgences, le CESER préconisait également **d'instaurer le tiers-payant dans les maisons médicales de garde.**

Par ailleurs, le PRS propose une **cartographie des zones déficitaires**, qui identifie les « zones très sous-dotées » en terme de médecine générale. L'établissement de cette carte est conforme à une mission attribuée par décret à l'ensemble des ARS. La définition de ces zones déficitaires a pour fonction de déterminer l'ouverture d'aides à l'installation ou de majorations pour les médecins qui exerceraient dans ces zones (conformément à la nouvelle convention médicale, signée en 2011).

Le CESER estime que le découpage proposé pose problème dans la mesure où il ne semble pas tenir compte des spécificités de la région Midi-Pyrénées. En particulier, il n'anticipe pas les départs à la retraite à prévoir des médecins généralistes exerçant dans certaines zones actuellement bien dotées mais qui seront prochainement confrontées à une réduction du nombre de médecins.

Le CESER Midi-Pyrénées, dans son Avis sur l'accès à des soins de qualité pour tous en Midi-Pyrénées (2009), avait préconisé, pour favoriser une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, que des mesures désincitatives à l'installation dans les zones surdotées viennent en complément des mesures incitatives à l'installation dans les zones sous-dotées.

Le CESER rejoint la position de la Commission permanente du Conseil Régional Midi-Pyrénées, qui a émis, le 24 mai 2012, un avis défavorable au projet de zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, au motif que « *la méthode de détermination par l'Etat d'un seuil maximum de population régionale n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les collectivités territoriales (...) {et que} pour Midi-Pyrénées, le seuil maximum de population régionale vivant en zones fragiles a été fixé sans prise en compte des éléments prospectifs sur la démographie médicale, ni de la géographie et des disparités territoriales qui caractérisent le territoire midi-pyrénéen* ». La Commission permanente oppose également un avis défavorable au projet de zonage de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition des infirmiers libéraux.

Le CESER encourage de plus à une meilleure concertation entre les services de l'Etat et le Conseil Régional Midi-Pyrénées pour adopter une conception commune des différentes structures (centres de santé, pôles de santé, etc.).

3.3 Les restructurations hospitalières

Le CESER estime fondamental de garder à l'esprit que la question de **la restructuration de l'offre de soins est multifactorielle**. La structuration de l'offre de soins sur le territoire est un enjeu d'aménagement du territoire, de développement, notamment économique et en terme d'emplois, d'un territoire.

On sait que les flux migratoires sont orientés en grande partie vers les grandes villes et vers Toulouse en particulier. C'est vrai pour les personnes âgées notamment, les ménages actifs qui sont attirés par la qualité des équipements, la renommée des praticiens, etc. Pour améliorer la qualité de l'offre de soins dans les territoires, il faut que ces éléments y soient également présents. C'est sur cette idée que s'appuyait la préconisation qui avait été faite dans l'Avis du CESER de 2009 sur la **labellisation des territoires par la reconnaissance d'un chef de clinique dans les hôpitaux périphériques**.

Cependant, au-delà du phénomène de métropolisation, il faut aussi dire que de nombreuses populations parmi les plus fragiles tendent aussi à s'insérer dans un mouvement inverse, c'est-à-dire à quitter les zones urbaines pour rejoindre le suburbain ou le milieu rural. Dans

l'aménagement sanitaire du territoire, ce sont des éléments importants à prendre en compte et le CESER déplore que cela ne soit pas le cas actuellement.

Le CESER estime par ailleurs que l'alternative à l'hospitalisation que constitue **l'Hospitalisation à Domicile (HAD)** manque de développement au sein du PRS.

Le CESER constate le manque de visibilité sur l'avenir des réseaux qui facilitent la coordination des divers professionnels de santé autour du malade. Ces réseaux avaient été créés il y a plusieurs années, sous l'impulsion des pouvoirs publics pour une amélioration de la qualité des soins. Ils mobilisent actuellement de nombreux professionnels de santé (hospitaliers et ville).

3.3.1 Encouragement à des partenariats public-public

Le secteur public hospitalier joue un rôle fondamental en terme d'égalité d'accès aux soins. Dans certains territoires de la région, seul l'hôpital public demeure pour structurer l'offre de soins.

Le CESER est favorable à l'idée qu'il est nécessaire de moderniser le secteur hospitalier public, mais cela suppose que **l'allocation des ressources soit suffisante pour garantir l'efficience de l'activité des établissements**. C'est bien l'efficience des établissements qui est le vecteur de leur maintien et de leur développement.

Le CESER est favorable à la mise en place de coopérations entre établissements publics.

Or, le secteur est aujourd'hui en difficulté : par manque de financements, il n'a que peu de marges de manœuvre. La question est donc bien de savoir quelle qualité de soins va pouvoir être assurée avec les moyens qui vont être donnés ? Il s'agit d'un enjeu de société : la qualité des soins optimale ne peut être atteinte que si les financements sont à la hauteur des besoins.

3.3.2 Encouragement à des partenariats public-privé

Le CESER n'est a priori pas opposé à la mise en place de coopérations public-privé si cela permet d'améliorer l'offre de soins sur un territoire. Cependant, certains exemples de GCS (Groupements de Coopération Sanitaire) sont de fait plus déstructurants que structurants parce qu'ils réduisent le champ d'intervention d'un hôpital public et/ou parce que les actes pratiqués sont facturés en secteur 2 (sachant que la problématique des dépassements d'honoraires peut également se poser dans le secteur public). Par conséquent, le CESER se réjouit de la prise de position en faveur du secteur public hospitalier du directeur de l'ARS lors de son audition par la Commission « Affaires sociales et culturelles ».

Il est nécessaire de prendre en compte les notions d'efficacité et compréhensible d'étudier la rentabilité des partenariats. Ceci étant, cette dernière notion ne saurait constituer le seul objectif et ne doit pas faire oublier la dimension éthique des questions et le principe d'accès pour tous à des soins de qualité.

Le CESER, prenant acte du fait que dans certains territoires, pour certaines spécialités, la majorité des professionnels de santé exercent en secteur 2, proposait dans son avis de 2009 de **mieux contrôler et réglementer les dépassements d'honoraires en planifiant l'exercice en secteur 2 conventionnel à honoraires libres**. Le CESER estimait en effet que l'égal accès suppose que, au sein de chaque territoire de santé et pour chaque spécialité, les patients puissent accéder à un professionnel de santé de leur choix aux tarifs correspondant au secteur 1. C'est pourquoi, plus précisément, il était proposé que, quel que soit le lieu d'exercice, **les médecins exerçant en secteur 2 soient soumis à l'obligation de dispenser un quota significatif d'actes**

sur la base des tarifs d'honoraires du secteur 1 conventionnel, pour permettre un accès aux soins pour tous.

3.4 Remarques sur le schéma régional de télémédecine

Réglementairement, le PRS doit comporter un schéma de télémédecine. Même si certains objectifs attribués à la télémédecine n'ont pas été atteints, pour le CESER, cela reste une voie à explorer.

Pour le CESER, la télémédecine, s'il est certain qu'il s'agit d'un outil qui favorise les échanges entre praticiens, ne peut pas être le seul outil pour vaincre le risque de désertification médicale : ces techniques ne peuvent remplacer la présence humaine sur les territoires. Elles doivent seulement être utilisées pour des actes purement techniques. Elles doivent être un **appoint au diagnostic et au suivi, un support à la pratique médicale et peuvent être très utiles et très pertinentes en terme de surveillance médicale.**

Le programme de télémédecine évoque son usage dans le cadre de soins psychiatriques : le CESER s'en étonne et n'y est a priori pas favorable car il s'agit de soins où la relation directe patient/malade est absolument nécessaire.

3.5 Remarques sur le SROS Soins de Suite et de Réadaptation

Aujourd'hui, beaucoup de services de soins de suite et de réadaptation sont polyvalents. Pour le CESER, il est nécessaire de développer des services de soins de suite et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge de pathologies particulières.

Le PRS identifie des redéploiements à effectuer sur les services de SSR au plan infra-régional, notamment dans le Lot et les Hautes-Pyrénées. Cette orientation associée aux préconisations de la Haute Autorité de Santé (HAS), visant à encourager à des prises en charge de rééducation au niveau ambulatoire plutôt qu'en services de soins de suite et de réadaptation pour un certain nombre de pathologies, peut faire craindre la disparition de services de SSR dans notre région. La rééducation pratiquée en SSR permet de compléter les soins par un accompagnement social et psychologique qui accroît la qualité de la prise en charge.

Le CESER estime que le médecin traitant est le mieux placé pour donner une indication thérapeutique, pour savoir si une personne a besoin d'effectuer un travail de rééducation et dans quel cadre ce dernier doit se faire, en ambulatoire ou avec hébergement.

3.6 Les restructurations dans le secteur médico-social

S'appuyant sur le constat de difficultés de coordination entre les acteurs, le PRS préconise le regroupement de structures médico-sociales (établissements et/ou organismes gestionnaires).

L'ARS fonde également son analyse sur l'examen du taux d'équipement global en établissements médico-sociaux. Or, le fait que ce taux d'équipement soit, d'un point de vue global, équivalent à la moyenne nationale, ne doit pas faire oublier que pour certains secteurs (certains handicaps notamment) ou sur certaines zones du territoire, il existe des situations de déficits.

Pour le CESER, l'encouragement au regroupement des structures du secteur médico-social s'apparente au mouvement qui a caractérisé le secteur hospitalier dans les années 1970 : les établissements ont peu à peu été encouragés à se regrouper et aujourd'hui, seules des structures de taille importante demeurent. Cela relève d'une vision comptable qui peut être interrogée. Pour le CESER, elle devrait être nuancée par la nécessaire prise en compte des aspects aménagement du territoire, maillage du territoire et développement économique (au travers de l'emploi notamment).

L'encouragement aux rapprochements peut s'entendre pour certaines structures, dans un contexte budgétaire difficile, d'obligations réglementaires croissantes et d'exigence accrue de qualité des prestations qu'elles délivrent.

Cependant, le CESER conteste qu'une position de principe privilégie les grosses structures et encourage systématiquement les fusions d'associations. Il considère que les situations doivent être analysées au cas par cas. Lors de son audition, le Directeur de l'ARS a témoigné de son attachement à une approche pragmatique et souple de ces questions, ce dont le CESER se réjouit.

Pour le CESER, il serait préférable de parler de **taille critique des structures, sachant que cette taille critique peut être différente selon les secteurs ou selon les territoires**. Quoi qu'il en soit, c'est bien le sens et la garantie de la qualité du service rendu aux usagers qui doivent guider les décisions, et pas seulement des objectifs économiques.

Le CESER rejoint, sur l'idée de restructuration et de regroupement des établissements, la position de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) dans son Avis réactif au projet de PRS, daté du 28 octobre 2011 : *« certaines conceptions, à propos de la masse critique des établissements (de soins et médico-sociaux), peuvent se heurter aux réalités locales. Les petits établissements jouent souvent un rôle essentiel dans les Bassins de santé même si leur petite taille rend leur gestion difficile et leur équilibre financier périlleux. Il convient de réfléchir à une adaptation du financement de ces établissements à leur taille et à leurs spécificités (MIGAC pour les établissements de soins, tarification des EHPAD en lien avec les Conseils Généraux). De même, l'intention de l'ARS de favoriser les regroupements d'associations dans le champ du médico-social doit être clarifiée. La multiplication des associations a répondu à la diversité et à la spécificité des besoins selon les problématiques et selon les territoires. Si une certaine mutualisation peut être souhaitable, il ne faudrait pas qu'elle se fasse au détriment du dynamisme du tissu associatif régional. »*

Pour le CESER, plus que l'idée d'un seuil critique, la **qualité de la prise en charge, et donc les moyens humains associés, doivent primer, quelle que soit la taille de l'établissement**.

D'autant que la taille des structures ne constitue pas un déterminant de meilleure qualité de prise en charge (à titre d'exemple, la maltraitance peut exister dans tous les types d'établissements).

En revanche, il est certain que la qualité de la prise en charge médico-sociale passe par la notion de proximité et donc que les structures médico-sociales doivent être équitablement réparties sur le territoire.

Dans le secteur du handicap en particulier, une grande partie des services sont portés par des intervenants associatifs de proximité. Autant on peut comprendre que lorsqu'une structure est en difficulté financière et qualitative, on lui impose un regroupement, autant cela est plus critiquable lorsqu'une structure assure sa pérennité financière en donnant des gages de qualité.

Le CESER ajoute que la mutualisation peut passer par d'autres formes, plus légères, de rapprochement que la fusion : mutualisation de moyens, de services logistiques, etc.

De plus, le CESER attire l'attention sur le fait que la **région Midi-Pyrénées devrait voir sa population continuer à augmenter dans les prochaines années. Le PRS ne semble pas tenir compte de cela alors que cette augmentation s'accompagnera vraisemblablement d'une augmentation des besoins en termes d'offre médico-sociale, et ce sur l'ensemble du territoire.**

Pour le CESER, il apparaît que des progrès doivent être faits dans la répartition et dans l'activité des composantes de l'offre médico-sociale existante. Des indicateurs devraient, selon le CESER, être ajoutés à l'analyse, tel que celui du temps d'attente pour une personne en situation de handicap pour être admise dans un établissement ou le délai pour obtenir un rendez-vous dans un Centre Médico-Psychologique par exemple.

III CONCLUSION

Le CESER salue l'avancée que constitue l'élaboration du PRS qui s'attache à prendre en compte l'ensemble des problématiques liées à la santé dans la région. Il considère en particulier que les données compilées par l'ARS pour élaborer son diagnostic régional apportent une réelle connaissance des spécificités de la région. Par sa contribution, le CESER a cherché à apporter des éléments supplémentaires, à alerter sur ce qu'il considère comme des manques et à participer ainsi à l'élaboration de ce document important pour l'avenir de Midi-Pyrénées. Il souhaite que l'ARS tienne compte des remarques qu'il a formulées dans le présent projet d'avis, qui, pour rappel, se base sur des documents susceptibles d'être actualisés, pour la rédaction finale du PRS.

Au travers des différents avis qu'il a votés ces dernières années sur l'accès aux soins, la dépendance ou le handicap, le CESER a mis en évidence le fait que les questions de santé soulèvent des enjeux fondamentaux qui concernent l'ensemble de la population de Midi-Pyrénées. Ces enjeux ne doivent pas être déconnectés des spécificités de Midi-Pyrénées. Notre région est vaste et peu peuplée et sa population est plus âgée que la moyenne nationale. Elle se caractérise par ailleurs par l'existence de contrastes importants selon les territoires en termes de densité de population mais aussi d'établissements et de professionnels de santé. Enfin, Midi-Pyrénées est aussi une région très attractive et qui accueille de ce fait de nombreux nouveaux habitants chaque année.

Ces spécificités de la région justifient, pour le CESER, qu'une péréquation nationale soit mise en œuvre afin que la région dispose des moyens nécessaires pour affronter les enjeux sanitaires et sociaux auxquels elle sera confrontée.

A ce chapitre des moyens le CESER rappelle ici son inquiétude quant à la priorité accordée à l'optimisation économique qui semble avoir présidé à l'élaboration du PRS. Le CESER considère pour sa part que les moyens humains, matériels et financiers doivent être suffisants pour répondre à un objectif majeur de notre société : l'accès pour tous à la santé et à la dignité.

Enfin, au moment où le PRS va être soumis au débat public, le CESER tient à souligner qu'il est primordial que tous les acteurs se mobilisent pour participer à ce débat public.

GLOSSAIRE

APA	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AVS	Auxiliaires de Vie Scolaire
CAMSP	Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Etablissements et Services d'Aide par le Travail
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIR	Groupe Iso-Ressources
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE	Infirmiers Diplômés d'Etat
IME	Institut Médico-Educatif
MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
MIGAC	Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ORUMIP	Observatoire Régional des Urgences en Midi-Pyrénées
PASA	Pôle d'Activités et des Soins Adaptés
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
PRAGUS	Programme Régional d'Alerte et de Gestion des situations d'Urgence
PRAPS	Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PRST	Plan Régional Santé au Travail
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
RASED	Réseaux d'Aide Spécialisés aux Elèves en Difficulté
SAU	Services d'Accueil d'Urgence
SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Somicile
SROMS	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
UHR	Unité d'hébergement Renforcé
VAE	Validation des Acquis de l'Expérience

EXPLICATIONS DE VOTE

Présentées par :

Georges BENAYOUN	Représentant de l'UNAPL (Section régionale de l'Union Nationale des Associations de Professions Libérales)
Daniel MEMAIN	Représentant l'Union Syndicale Solidaire
Cécile POMIES	Représentant le groupe C.G.T.
Patrick DELFAU	Représentant le groupe C.G.T- F.O.
Bernard CASSAGNET	Représentant la CORERPA (Conférence Régionale des Retraités et Personnes Agées)
Jean-Marie ICHE	Représentant les Délégations Régionales de l'Union hospitalière du Sud-Ouest, de l'Union hospitalière privée et de la fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif
Max AIRA	Personnalité Qualifiée
Jean de GALARD	Représentant le Centre régional de la propriété forestière et l'interprofession de la forêt et du bois

Intervention de Georges BENAYOUN Représentant l'UNAPL

Monsieur le Président du Conseil Régional,
Monsieur le Directeur Régional,
Monsieur le Président du Conseil Economique, Social et Environnemental,
Mes Chers Collègues,
Mesdames, Messieurs,

Le projet d'Avis sur le PRS élaboré par la Commission 4 est bien construit, il a été conduit par Pierre-Jean GRACIA qui a su nous faire profiter de son expérience en la matière.

L'idée qui se dégage transversalement dans ce projet, élaboré par l'Agence Régionale de Santé, est de tendre vers un accès aux soins pour tous dans les meilleures conditions.

L'offre de soins dans les spécialités médicales diminue progressivement dans certains départements de Midi-Pyrénées, et, force est de constater que cette carence est responsable d'une fragilisation de la sécurité du premier recours.

En voulant mettre en place un parcours de soins fléchés, l'Agence Régionale de Santé souhaite pouvoir faire coïncider les besoins avec l'offre de soins.

Toutefois le risque d'établir un inventaire exhaustif d'objectifs en matière de Santé Publique, avec des parcours spécifiques (mère, enfant, personnes âgées, personnes en situation de handicap, diabétiques, santé des jeunes, patients cancéreux ou victimes d'un accident vasculaire cérébral) est de nature à décourager des professionnels en proie aux difficultés démographiques.

Ce catalogue est certes utile, voire indispensable, parfois ambitieux, mais la question qui doit se poser est celle des moyens qui seront alloués pour pouvoir le mettre en œuvre, et structurer raisonnablement l'offre de soins.

Notre contribution s'est attachée à formuler un certain nombre de critiques, quant aux méthodes qui ont présidé à l'élaboration de ce plan.

En premier, lieu le CESER considère qu'il est important de prendre en compte la parole des usagers mais également de tous les représentants des organisations syndicales.

Nous regrettons que la santé au travail et les problèmes ayant à la santé au sein de l'univers carcéral soient les parents pauvres de ce plan régional de santé.

Nous avons également analysé l'inquiétante problématique de la répartition des médecins en Midi-Pyrénées.

Mais, leur d'espoir, inégalement appréciée par les membres de notre groupe, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en date du 19 mars 2012, est venu apporter une contribution qui devrait marquer l'histoire de cet organisme.

Personne n'attendait une telle réaction de l'Ordre des Médecins, réaction, que certains médias qualifient de révolution idéologique.

Alors que jusqu'à présent la liberté d'installation des médecins praticiens était de règle, le Conseil National de l'Ordre vient d'adopter une stratégie totalement inverse, en remettant en cause ce vieux principe de la pratique libérale de la médecine.

Devant l'échec des aides incitatives et face à une répartition régionale inégale des médecins, le Conseil National a décidé de mettre en place ce qui a été nommé « régulation régionale ».

Cette régulation régionale, selon les souhaits de l'Ordre, s'organiserait en partenariat avec les Agences Régionales de Santé et l'Université.

Inutile de vous dire que les jeunes généralistes du syndicat national voient leur colère monter et envisagent de « descendre dans la rue » pour faire reculer ces dispositions.

Dans son deuxième volet du plan d'amélioration de l'accès aux soins le Conseil National de l'Ordre des Médecins a essayé de définir le «tact et la mesure ».

Le Conseil National a estimé, pour la première fois, que les honoraires libres, ne devraient pas dépasser 4 ou 5 fois le prix de l'acte, et ce, en fonction de la notoriété du praticien, de la difficulté de la réalisation de l'acte et enfin de l'implantation géographique du cabinet.

Cette contrainte devrait s'imposer à tous les médecins, y compris les praticiens hospitaliers dans leur exercice privé, qui, si on se réfère à une récente enquête, pratiquent des dépassements 10 à 15 fois la valeur de l'acte.

Une obligation de pratiquer 30 % de l'activité en secteur 1 conventionné a également été retenue. Pour être complet, il faut rappeler que le Conseil National de l'Ordre des Médecins a demandé, notamment à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la transmission complète des dossiers litigieux, et non plus « au compte-gouttes ».

Plus de moyens répressifs vis-à-vis de ceux qui n'appliqueraient pas cette consigne sont réclamés, et d'ores et déjà, plus de 200 dossiers ont été adressés pour instruction aux Conseils Départementaux.

Pour terminer cette intervention je voudrais mettre l'accent sur la prise en charge, des personnes âgées, population qui occupe une place importante dans ce plan stratégique.

Sous l'impulsion du Gérontopôle, l'accent est mis sur la préservation de l'autonomie appelée prévention de la dépendance.

Il s'agit là d'un enjeu majeur pour notre région. En effet :

- le quart de la population a plus de 65 ans,
- 75 % des personnes âgées vivent à domicile,
- ce qu'il est convenu d'appeler le reste à charge, qui peut retarder l'entrée en EHPAD reste important,
- dans ces établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les 3/4 sont de GIR 1 ou 2,
- enfin la catégorie des personnes dites fragiles représente 20 % de la population de plus de 65 ans.

Il y aura d'après l'INSEE, en 2050, 12 millions de personnes âgées de plus de 75 ans, et la population de personnes âgées fragiles atteindra 40 %, d'où l'intérêt majeur de repérer et dépister le sujet fragile pour lui proposer des solutions de prévention, afin de favoriser ce qu'il est convenu d'appeler « le bien vieillir ».

Outre les méthodes de dépistage de cette population fragile, le PRS propose de développer les axes suivants :

- offrir des alternatives à l'hébergement permanent pour les malades d'Alzheimer ;
- structurer l'offre de soins et d'accompagnement médico-social dans les bassins de santé, avec la mise en place des consultations mémoire, l'hospitalisation de jour, les équipes mobiles de gériatrie intervenant à domicile, les filières de gériatrie intra hospitalières, les soins de suite et de réadaptation, et la coordination des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer ou MAIA ;
- éviter les hospitalisations inutiles ;
- développer les structures et les services favorisant le maintien à domicile ;
- améliorer enfin la qualité de la prise en charge tant en EHPAD qu'à domicile en développant le soutien aux aidants et en favorisant la professionnalisation du personnel paramédical.

Le CESER ne peut qu'approuver toutes ces propositions, qui avaient fait l'objet des préconisations émises sur le récent avis ayant trait à la dépendance.

Pour finir, je voudrais insister sur un point de principe.

Sur la première mouture de notre contribution, nous avons écrit à la page 36 la phrase suivante :

« Le CESER souhaite que dans les territoires où l'offre privée est majoritaire, un rééquilibrage s'opère au profit du public ».

Il faut que tous nos collègues comprennent, que si nous pouvons entendre, et comprendre, que certains ici, défendent l'exercice public, d'autres puissent, à leur tour défendre l'exercice privé. C'est un principe auquel nous tenons, et qui ne peut, en aucun cas, être négocié.

Avec Jean-Louis CHAUZV, nous nous battons, depuis des années, et nos différents avis en sont l'illustration vivante, pour qu'une entente Public/Privé, garant de la réussite économique et sociale de notre région, puisse être montrée en exemple.

Les propos de Monsieur le Directeur de l'ARS, s'exprimant au cours d'une audition de la Commission 4, visant, et je cite *« à favoriser à tout prix la création de lits dans les EHPAD publics ou privés non lucratifs »* ne sont pas de nature à rapprocher, ce que nous regrettons, l'exercice public et l'exercice privé.

La santé en France est ainsi faite, que cohabitent, en parfaite harmonie, les deux modes d'exercice, et c'est cette cohabitation, que nous jalouent certains de nos voisins, qui font de notre système un des meilleurs du monde.

Le premier collègue, satisfait, que cette phrase de notre contribution, ait été supprimée, votera sans aucune réserve, le projet de qualité qui nous est soumis aujourd'hui.

Je vous remercie.

Intervention de Daniel MEMAIN Représentant l'Union Syndicale Solidaires

Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé,
Monsieur le Président du CESER,
Mesdames les Conseillères et Messieurs les Conseillers,

Solidaires approuve la démarche du CESER qui s'est auto-saisi de cette question cruciale qu'est la santé au travers de cette contribution au Projet Régional de Santé.

Cet avis, préalable à la consultation de tous les acteurs de la santé, aura le mérite de poser quelques constats et de donner une représentation des composantes sanitaires et sociales de notre région.

Pour autant, au regard des enjeux portant sur la santé et avec le bilan désastreux de la politique des précédents gouvernements sur ces questions, nous ne pouvons que constater que le Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées est profondément imprégné de ses dérives libérales.

Dans ces conditions aucun consensus ne pourrait, à notre sens, traduire les profonds désaccords de notre organisation syndicale avec cette politique. Aucun avis ne saurait marquer assez fortement notre opposition à une idéologie que nous rejetons.

C'est pourquoi, même si nous apprécions que le CESER porte une vision globalement critique sur le Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées, même si nous reconnaissons le travail qui a été réalisé par la Commission 4 dont nous remercions le rapporteur mais aussi Caroline et Yamina pour leur travail de fond, *Solidaires* votera contre cet avis.

Une fois précisé notre vote, nous voudrions revenir en quelques mots sur cette politique de santé que nous jugeons désastreuse.

Le capitalisme nuit gravement à la santé, c'est aujourd'hui une évidence marquée par le processus de destruction des services publics à travers la planète, particulièrement accéléré depuis le début des années 1990. C'est bien dans ce cadre que sont menées les politiques de santé actuelles en Europe et en France et le Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées n'échappe pas à cette logique.

En effet, si la situation dans notre pays est moins dégradée que celle du reste du monde, c'est bien parce que le modèle social imposé par les luttes sociales l'a permis.

Ceci étant, nous sommes clairement dans une phase de régression des droits et des garanties offerts par la protection sociale.

Les inégalités de santé et d'accès aux soins se creusent. Prenons deux exemples concentrant ce constat terrible :

- Un cadre à 35 ans a une espérance de vie restante de 46 ans, alors qu'un ouvrier du même âge ne dispose que de 39 années à vivre ;
- 30 % de la population déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Au centre de cette dégradation : la question des revenus et l'inégale répartition des richesses produites.

De réforme en réforme, l'accès aux soins s'est considérablement dégradé pour une grande partie de la population. De la fermeture d'hôpitaux et de maternités de proximité à la désertification

médicale ; de l'augmentation du reste à charge au déremboursement de médicaments et d'actes médicaux nécessaires, les inégalités de santé se sont creusées.

La région Midi-Pyrénées, par sa diversité et ses spécificités est particulièrement marquée par cette politique. Dans tous les départements de notre région, des collectifs et comités de défense de l'hôpital public regroupant organisations syndicales, partis politiques, associations militantes et citoyens se sont constitués. Ils ont dû engager depuis des mois de nombreuses luttes déterminées pour défendre des hôpitaux, des maternités, des EHPAD, des services d'urgence, des services psychiatriques : Foix, Lavelanet, St Girons, Decazeville, Millau, Rodez, St Afrique, Villefranche de Rouergue, Toulouse (Hôpital Marchant, Garonne, Purpan et Ranguel), Auch, Condom, Lectoure, Lombez, Mauvezin, Figeac, Lannemezan, Lourdes, Tarbes, Albi, Carmaux, Castelsarrasin, Moissac... Et sans doute la liste n'est pas complète. Nous voulons rendre hommage à toutes ces luttes dont certaines ont été victorieuses mais d'autres se poursuivent encore contre la politique et les décisions mises en œuvre par l'Agence Régionale de Santé.

A cela une cause majeure : l'objectif du pouvoir d'organiser et d'élargir le marché privé de la santé n'a jamais été aussi évident que ces dernières années.

La marchandisation de la santé n'a jamais été aussi flagrante. Pour les pouvoirs publics, il s'agit clairement de réduire le périmètre des dépenses publiques et d'élargir la présence de grands groupes lucratifs dans le secteur sanitaire et social, comme entre autres CAPIO, Korian, Medi Partenaires, Vedici, Vitalia... présents en Midi-Pyrénées.

La loi Hôpital Patients Santé Territoires est venue parachever cette réorientation de la santé et du social avec une double tendance à la concentration et à l'externalisation. Là encore, le Projet Régional de Santé de Midi Pyrénées n'échappe pas à cette logique et si l'avis du CESER le souligne, il ne le fait que pour partie.

Pour *Solidaires* il faut sortir de la logique libérale de marchandisation et trouver une réponse nouvelle, globale et alternative pour la santé et l'action sociale fondée sur les besoins de la population et la garantie de l'égalité d'accès aux soins.

Il faut en premier lieu agir sur les principaux déterminants de santé que sont le chômage, la précarité, les pollutions, les conditions de vie et de travail, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Il faut également avoir une politique volontariste en matière de prévention pour permettre que chacun(e) s'alimente correctement, avec un égal accès à l'éducation et à la culture. Enfin, il faut organiser un maillage du territoire pour l'accès aux soins publics de la maison de santé communale (où pourrait s'exercer la coordination des différents professionnels de santé et d'action sociale) au Centre hospitalier universitaire régional, sans oublier de renforcer l'implantation des centres d'IVG, aujourd'hui mise à mal.

Ces différentes structures, publiques ou associatives (non commerciales), doivent fonctionner en réseau afin de pouvoir répondre aux besoins globaux des patients.

Ensuite quelques priorités devraient être définies à commencer par la défense de l'hôpital public qui en passe prioritairement par l'abrogation de la loi HPST Hôpital Patients Santé Territoires et de la tarification à l'activité et par la création en urgence de milliers d'emplois. Dans ce cadre, toute suppression, transformation ou création de lits, de service, d'établissement, doit être l'affaire de la population. Les cliniques lucratives et non lucratives doivent être transformées en établissements publics et les lits privés disparaître des hôpitaux publics.

Un certain nombre de dispositions doivent aussi être des points majeurs d'une nouvelle politique de la santé :

- la rémunération des professionnels de santé qui exercent en libéral doit évoluer du paiement à l'acte vers des forfaits (ou des salaires), pour une prise en charge globale des patients favorisant la dimension préventive ;
- un salaire pour les étudiants en médecine en contrepartie d'une obligation de service public pour lutter contre les déserts médicaux et démocratiser les études médicales ;
- la création d'un service public de santé au travail indépendant des employeurs ;
- la démocratisation de la gestion de la sécurité sociale ;
- un droit collectif de la population à être informée sur l'ensemble des questions de santé de façon compréhensible ;
- le contrôle de l'industrie pharmaceutique et la création d'un grand service public du médicament ;
- un financement de la sécurité sociale ancré sur les salaires mais ouvert à la réflexion sur un financement sur les profits financiers ;
- la transformation du système d'assurance maladie en un régime universel d'assurance santé ouvert à tous organisé non plus seulement pour gérer le risque maladie des assurés, mais pour les aider à rester en bonne santé en agissant notamment sur l'ensemble des déterminants de santé.

Nous devons faire de l'accès aux soins un droit fondamental. Pour respecter ce droit fondamental, il faut obtenir progressivement une prise en charge intégrale des dépenses de santé : suppression de tout ticket modérateur, forfait hospitalier et autres franchises.

Le tiers payant doit être généralisé. Cela passe aussi par l'abrogation de l'article 113 de la loi Fillon du 21 août 2003 qui encourage la mise en place de complémentaires obligatoires au niveau des entreprises.

Enfin, un débat démocratique permanent doit voir le jour sur l'organisation sanitaire et sociale des territoires avec l'ensemble des acteurs concernés.

Il est indispensable d'impliquer la population, les professionnels de santé, les associations présentes dans les domaines sanitaire et social, les organismes locaux de sécurité sociale pour débattre régulièrement des questions de santé, de prévention, des structures de soins, des attentes et des besoins des uns et des autres.

De ce point de vue, malgré les critiques que nous pouvons porter au fond sur le Projet Régional de Santé, il aura permis en Midi-Pyrénées une première entame de débat et cet avis en est un acte. Mais cela ne saurait nous satisfaire et nous appelons de nos vœux la poursuite et l'amplification de ce débat avec la population, les professionnels et les élus.

Intervention de Cécile POMIES Représentant le groupe C.G.T

Monsieur le Président du CESER,
Monsieur le Directeur Général de l'ARS,
Mesdames, Messieurs les Conseillers,
Chers Collègues,
Mesdames, Messieurs,

Par cette contribution, le CESER entend peser sur les orientations du Projet Régional de Santé. Ce premier PRS élaboré sous l'autorité de l'Agence Régionale de Santé constitue la référence en matière de politique régionale de santé pour une durée de 5 ans.

Cette auto-saisine du CESER participe pour partie seulement à l'exercice de la démocratie sanitaire, ce n'est pas malheureux mais c'est incomplet.

Je vous rappelle que la CGT réclame en vain, et ce depuis la mise en place des ARS, l'inclusion et la participation des organisations syndicales au sein des conférences de territoires, dont elles sont exclues. Les syndicats n'auraient-ils rien à dire sur les besoins de santé et l'organisation des soins dans les territoires ? Ou trop à dire ?

Cette vision particulière de la démocratie sanitaire interroge la CGT !

Cet aspect est d'ailleurs pointé dans la contribution où le mode d'élaboration du PRS est questionné.

Décrit comme descendant et informatif ; il relève davantage de la consultation obligatoire que de la véritable concertation. D'une manière plus générale, l'attention que porte l'Autorité Sanitaire en région à ses interlocuteurs (élus des territoires, représentants des usagers, de salariés et autres acteurs de santé) est pour le mieux condescendant. Les relations avec certains des conseils généraux est là pour l'attester ; difficile donc de construire ensemble.

Concernant le Plan Stratégique Régional de Santé, le CESER écrit qu'il en partage les axes stratégiques à savoir :

- réduire les inégalités sociales de santé ;
- positionner l'utilisateur au cœur du système ;
- adapter l'offre aux besoins de santé.

Et bien, nous sommes d'accord !

Cependant, il convenait au CESER de vérifier que l'ambition, pour louable qu'elle soit, reste compatible avec les objectifs « ESSENTIELS » que sont, je cite l'ARS :

- contribuer au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM),
- réduire le niveau d'endettement des établissements.

Sur la faisabilité du PRS, l'Agence stipule que « seulement la moitié des actions ont un impact financier »... Et pour cause, pour financer le PRS, elle demande « un effort de redéploiement » qui s'ajoute « aux efforts d'efficacité dans le cadre de la maîtrise de l'ONDAM »... La CGT le déplore, comment faire mieux à moyens constants ?

Tout est dit, la primauté budgétaire sous-tend tout l'édifice. Le CESER se limite à s'interroger sur la cohérence du PRS et n'accorde que quinze lignes aux restructurations hospitalières, à peine plus à propos du secteur médico-social.

Alors que le PRS n'entrera dans sa phase de consultation réglementaire qu'à l'été 2012, les actions de restructuration hospitalières - autrement dit la diminution de l'offre de soins - sont déjà en œuvres.

Qui plus est, la préconisation par l'ARS d'un seul « plateau technique pivot situé dans l'agglomération chef lieu de département », implique une réduction de l'offre de soins de proximité au sein des territoires. Ceci est d'autant plus vrai dans les départements les plus frappés par les inégalités sociales de santé. En outre, selon l'indice de coût relatif, sept blocs opératoires de notre région sont en position délicate. C'est le cas de Figeac, Decazeville, Castelsarrasin - Moissac, Lourdes ou encore Saint-Girons... Dans le sud du Tarn, bien qu'il soit très récent, le CHIC du Pays d'Autan voit son activité de cardiologie interventionnelle menacée. La liste est longue : tous les départements, toutes les spécialités, sont affectés par ce démantèlement de l'offre de soins publique. Parmi d'autres, l'exemple du SROS Périnatalité qui prévoit la suppression de sept unités de gynécologie obstétrique de niveau 1, sur les quinze existantes actuellement en région Midi-Pyrénées.

Le PRS, c'est du moins, partout !

Ainsi, l'ARS participe à l'éloignement de l'offre de soins des bassins d'emploi et des bassins de vie ! Cette situation, associée à la désindustrialisation, génère la paupérisation des populations, réduit l'accessibilité aux soins (tant financière que géographique) et l'activité des structures de soins... Tout ceci participe à la désertification grandissante des territoires ruraux et de ceux éloignés de la métropole toulousaine.

Le groupe CGT réaffirme son attachement à l'Hôpital Public. Il doit rester le pivot du système de soins et la tête de pont du travail en réseau avec les autres services et professionnels de santé et de l'action sociale. Dans le dispositif de recours aux soins hospitaliers, la place de l'Hôpital Public doit redevenir première pour tous ; le système de santé doit garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence, son origine, l'accès à des soins de qualité.

En conséquence, le groupe CGT ne valide pas la position de consensus issue de la commission d'amendements. Bien au contraire ; **la CGT réclame - puisque le CESER n'ose le dire - que dans les territoires où l'offre privée est majoritaire, un rééquilibrage s'opère au profit du Public.** Cela à la fois par principe et par pragmatisme ; car qu'adviendra-t-il des établissements de santé privés, détenus par des groupes financiers, dont les actionnaires décideraient de se retirer ?

Rappelons aussi que la CGT continue de dénoncer la réforme hospitalière portée par la loi HPST du 21 juillet 2009, réforme qui change la nature du service public de santé et sa gouvernance. La CGT demande l'arrêt de toutes les restructurations ; l'abrogation de la loi HPST, et une nouvelle loi renforçant le rôle de l'Hôpital Public. Parallèlement, il y a nécessité d'amorcer la réflexion sur le financement des hôpitaux et des structures sociales et médico-sociales, avec la suppression de la T2A.

Avançons un peu pour marquer notre étonnement devant le paragraphe intitulé « Encouragement à des partenariats public-privé ».

Cette terminologie amène confusion entre les PPP (mode de financement par lequel l'autorité publique fait appel à des prestataires privés pour financer et gérer un équipement assurant ou contribuant au service public) et les coopérations.

Maladresse ou hasard ?

Puis, le CESER évoque et émet de justes réserves sur les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Cependant, le rapport de la Cour des comptes de 2011 est encore plus critique. Il y est spécifié que si les GCS participent à la restructuration de l'offre « *ils présentent des fragilités préjudiciables à plusieurs titres : pérennité incertaine, défauts juridiques, déséquilibres entre partenaires* » ; le rapport pointe également la « *précarité des moyens qui leur sont affectés* » ainsi qu'une « *répartition inégalitaire des coûts et des charges* ». Tout cela amène l'hôpital public à assumer la part la plus importante du risque économique et financier, alors même que les retombées économiques sont inégalement partagées, au profit bien entendu du secteur privé.

Voilà le décor planté et qu'envisage de faire l'ARS à Tarbes, par le regroupement de la clinique de l'Ormeau et de l'hôpital ?

La CGT est en complet désaccord sur les GCS.

Le projet d'avis tente d'appréhender la totalité du PRS ; la tentative est parfaitement louable et les efforts du rapporteur doivent être soulignés. Cependant, si une bonne part du constat peut être partagée, le CESER émet des craintes sans que cela se traduise en positionnement plus affirmé. Le CESER reste au milieu du gué, se situant parfois en retrait par rapport à des avis précédents (notamment sur les notions de territoires) et bien trop modéré sur les projets de démantèlement de l'Hôpital Public.

En conséquence, le groupe CGT votera contre la contribution du CESER !

Intervention de Patrick DELFAU
Représentant le groupe C.G.T- F.O.

Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé,
Monsieur le Président du CESER
Mesdames et Messieurs les Conseillers,
Mesdames et Messieurs

Le projet d'avis sur le **Projet Régional de Santé** de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi-Pyrénées qui nous est présenté aujourd'hui s'inscrit dans le cadre de la crise que nous subissons et qui a affaibli davantage financièrement la population en développant la pauvreté dans notre pays et dans notre région Midi-Pyrénées.

Avant d'entrer dans le fond de l'avis, le groupe FORCE OUVRIERE rappelle que la santé n'est pas une marchandise. Elle doit être fondée sur une notion d'égalité et de solidarité pour permettre à tous l'accès aux soins de qualité.

Notre système de protection sociale par répartition a démontré toute son efficacité et a pleinement joué son rôle d'amortisseur social.

Il n'en demeure pas moins que la crise du système capitaliste due à la recherche effrénée de profits, n'épargne malheureusement pas la santé et il nous appartient de veiller à supprimer les obstacles à l'accès aux soins.

S'agissant de l'analyse et de l'état des lieux faits sur la région Midi-Pyrénées, nous pouvons les partager sur un certain nombre d'aspects.

Le projet régional de santé fixe les objectifs pluriannuels des actions de l'ARS ainsi que les mesures pour les atteindre. Nous regrettons que les moyens financiers ne soient pas réellement à la hauteur des objectifs.

Officiellement, le PRS ambitionne de réduire les inégalités sociales de santé, mais n'aborde que très peu la santé au travail, qui certes est aussi un domaine de compétence de la DIRECCTE, mais qui devrait avoir une place plus importante dans ce projet régional de santé. La santé dans le monde du travail conditionne largement la santé de la population en général. Force Ouvrière regrette que ce thème ne soit pas très développé dans le PRS.

Si aujourd'hui la région Midi-Pyrénées est une région attractive ce n'est pas en limitant l'accès aux non-résidents ou aux patients venant d'autres régions et en fixant des sanctions que l'on réglera la question des inégalités sociales.

Comme le CESER, Force ouvrière ne peut admettre d'imposer, par une vision comptable, faisant abstraction de la personne et qui pourrait conduire un malade à se faire soigner sur un territoire donné en fonction de sa situation sociale. Cette logique purement financière amènera à la suppression d'un certain nombre d'établissements, ce qui aura des conséquences sur l'accès aux soins, sur l'emploi et conduira à la désertification de certains territoires.

Au-delà, l'analyse des inégalités sociales de santé confirme l'existence de différents obstacles à l'accès aux soins et notamment la question des dépassements d'honoraires.

Le diagnostic établi dans le projet de PRAPS conforte notre inquiétude car de plus en plus de catégories sociales n'ont pas les moyens de se payer des dépassements d'honoraires et les complémentaires santé ne les prennent pas toujours en charge.

Concernant le blocage annoncé de plus de mille lits, Force Ouvrière ne peut partager cette orientation qui ne correspond pas à la réalité de la région qui voit sa population augmenter et vieillir.

L'encouragement à des partenariats public-privé pour améliorer l'offre de soins sur un territoire, est une piste intéressante sous réserves que de réels et nouveaux moyens y soient affectés dans une totale clarification entre le secteur public et le secteur privé.

L'état des lieux du système de santé fait bien référence à la création en 1945 de la Sécurité Sociale issue des assurances sociales et c'est bien dans cet esprit que la logique d'assistance et de solidarité entre les individus pour lutter contre la pauvreté, vient compléter la logique d'assurance.

Alors, revendiquons plus d'effectifs, davantage de qualifications reconnues, sans passer forcément par des délégations de tâches. Nous voulons de véritables emplois assortis de salaires décents dans un cadre bien défini et valorisant les différents métiers.

Alors, sans moyens financiers, sans personnels pour assurer leur mission, sans proximité et encore moins avec le projet de la Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires qui s'inscrit pleinement dans la logique de la RGPP (révision générale des politiques publiques) visant à réduire les dépenses publiques et sociales, par l'externalisation ou l'injection de modes de gestions privées dans les structures publiques, l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire de Midi-Pyrénées ne sera pas de qualité ni accessible financièrement à toutes les classes de la population.

L'enveloppe globale proposée ne garantit pas une réponse adaptée aux enjeux et aux besoins en termes d'offre de santé pour la région Midi-Pyrénées.

Le groupe FORCE OUVRIERE s'abstiendra !

Intervention de Bernard CASSAGNET Représentant la CORERPA

Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé,
Monsieur le Président du CESER,
Mes chers collègues,

J'interviens au nom de la CORERPA Midi-Pyrénées (Comité Régional des Retraités et Personnes Âgées) et je voudrais saluer l'important travail réalisé par la Commission 4. Merci à Pierre-Jean GRACIA pour la synthèse et la présentation du diagnostic, merci également à Caroline et à Yamina.

La contribution qui nous est présentée aujourd'hui révèle une prudence consensuelle des propositions du CESER en direction de l'Agence Régionale de Santé pour compléter et approfondir le projet régional de Santé pour les quatre ans à venir. Dans cette contribution, mon intervention se limitera à trois points.

Tout d'abord, il nous est difficile d'accepter cette phrase lapidaire de la conclusion où il est proposé que le CESER rappelle son inquiétude quant à la priorité donnée à l'optimisation économique qui semble avoir présidé à l'élaboration du PRS. C'est pourtant une ardente obligation morale pour tout homme politique et pour tout partenaire social de réaliser des économies pour mieux défendre les intérêts de tous et capitaliser les marges pour anticiper les investissements de demain.

La deuxième remarque s'adresse à la médecine libérale et aux propositions qui ont été faites au CESER sur l'installation des médecins libéraux, cette proposition ne va pas assez loin, même si j'ai bien entendu ce que disait le docteur BENAYOUN. Effectivement le remboursement de l'acte médical dépend du budget de la nation. Appliquer la règle de la fonction publique gérant l'installation de médecins libéraux en fonction du rang de sortie des études me paraîtrait une bonne chose. Ainsi, on ne se retrouverait pas, comme l'a dit le président du Conseil régional tout à l'heure, avec 75 % des médecins qui s'installent à Toulouse et le reste qui aurait du mal à aller ailleurs. On aurait pu faire un effort dans cette direction.

Le troisième point concerne la télémédecine page 39, points 3 et 4, il y a un tout petit paragraphe destiné à un enjeu qui me paraît primordial pour les années à venir. Les remarques trop littéraires confirment que la commission 4 n'a pas suffisamment intégré les conclusions des rapports de novembre 2008 de Pierre SIMON et Dominique ACKER et d'octobre 2009 de Pierre LABORDE rédigés à la demande des Hautes Autorités ministérielles qui faisaient le point sur la télésanté et la place de la télémédecine dans l'organisation des soins.

A fortiori, elle ne semble pas avoir pris connaissance des différentes publications récentes des trois derniers mois parues dans différents journaux, qu'ils soient économiques, généralistes ou professionnels. Dans tous les pays compétitifs de l'Europe du Nord qui ont à cœur d'apporter les meilleurs soins à tous leurs citoyens, quel que soit leur éloignement géographique des métropoles d'excellence, la télésanté et la télémédecine sont devenues une des composantes banalisées de toute pratique de l'art médical.

La télémédecine, contrairement à ce qui est dit dans ce paragraphe, rapproche le patient et le médecin et approfondit le colloque singulier de la pratique de l'art médical. Elle garantit à tous les patients l'égalité et la permanence d'accès aux soins dans la plus grande sécurité et le plus

grand confort pour un investissement de départ très limité, ce qui renforcerait l'efficacité de notre système de santé.

Je tiens à souligner que les expérimentations proposées par l'ARS ont été initiées avec un réel souci de pragmatisme et d'efficacité pour réellement vulgariser cette composante de l'art médical dans notre région.

Il est fort dommage que la France et la région Midi-Pyrénées, qui avaient su initier une ébauche de politique de e-santé dans les années 80, soient aujourd'hui à la traîne et que les grands opérateurs privés voient avec envie cette friche industrielle pour nous proposer des solutions pratiques efficaces et largement utilisées, mais hélas en imposant leurs prix.

Malgré ces quelques réserves, et comme le Collège 3, je voterai cet avis !

Intervention de Jean-Marie ICHÉ
Représentant les Délégations Régionales de l'Union hospitalière du Sud-Ouest,
de l'Union hospitalière privée et de la fédération des établissements hospitaliers et
d'assistance privée à but non lucratif

Le groupe santé du 3^o Collège, en appui du projet d'avis qui vient d'être présenté par notre collègue Pierre-Jean GRACIA, souhaite insister sur quelques aspects de ce PRS.

Sur la forme tout d'abord :

Même si le domaine de la santé relève dans notre Pays de la compétence régaliennne de l'Etat, le CESER Midi-Pyrénées a souhaité, fort de sa réflexion et de sa contribution sur les questions de santé depuis 2004, s'auto-saisir du PRS à notre plus grande satisfaction.

L'expertise acquise sur des sujets tels que l'Offre de soins, l'Accès aux soins, la Dépendance, le Handicap..., mais aussi de part la corrélation évidente qui lui apparaît entre l'organisation de l'offre de soins sur un territoire et son aménagement, qui relève lui directement de la compétence régionale, l'y ont engagé tout naturellement.

Comment, en effet, ignorer cette offre de services à rendre à nos concitoyens dès lors qu'avec l'emploi il fonde l'existence et la pérennité des territoires dans la Région.

Le Directeur Général de l'ARS ne s'y est d'ailleurs pas trompé en nous faisant l'honneur de venir à deux reprises avec ses collaborateurs nous en décliner les principaux aspects.

C'est donc en toute légitimité que le CESER se prononce sur le Programme de Santé Régional afin de soutenir le Conseil Régional dans son action d'équilibrage et d'harmonisation de son espace régional.

Sur le fond en général :

Les objectifs de ce Projet sont pertinents et ambitieux : réduire les inégalités de santé, positionner l'utilisateur au cœur du système de soins et l'adapter pour la recherche d'une meilleure efficacité, nous y souscrivons entièrement.

Pour autant, sur la réduction des inégalités devant la santé de nature si diverse, comportementale certes mais principalement sociale, culturelle et économique, le Groupe Santé se permet d'exprimer quelques doutes sur la capacité de ce Projet à les réduire de façon significative car elles relèvent de bien d'autres aspects politico-économiques.

Un seul exemple, sur la répartition de l'offre de soins sur le territoire de Midi-Pyrénées, facteur essentiel de désertification, dont l'inégalité devient préoccupante.

Jusqu'à présent les autorités sanitaires et autres se heurtent au principe législatif et conventionnel de la liberté d'installation du corps médical en dépit des sollicitations financières mise en place.

Saluons, à cet égard, la récente déclaration d'intention de l'Ordre des médecins qui consentirait à revenir sur ce principe de notre droit, jusqu'ici intangible, et qui permettrait, espérons-le, la mise en place d'une couverture plus harmonieuse de l'offre de soins.

Placer l'utilisateur au centre du système, c'est bien là le postulat de base d'une organisation efficace et à laquelle nous adhérons. Commencer par l'éducation à la santé, favoriser la prévention,

développer la médecine du travail, tous domaines abordés dans le PRS mais qui nous semblent insuffisamment structurés.

Adapter le système de soins, dépasser une organisation désormais inadaptée, et revenir à des décisions partagées fondées sur les réels besoins.

Sur cet aspect, nous apprécions la hiérarchisation des strates de prise en charge : bassin de santé, territoires de santé et recours régional avec sa graduation de compétences et d'équipements.

Il faut également souligner la préoccupation majeure à notre sens de fonder le parcours du patient à partir de la médecine de proximité qui renverse ainsi l'approche hospitalo-centriste trop longtemps privilégiée.

Mais sur cet aspect, sans pour autant contraindre l'utilisateur qui bénéficie de cette liberté de recourir au thérapeute de son choix, ne faudrait-il pas agir cependant contre le nomadisme médical, la démultiplication des examens coûteux, les abus de toutes sortes qui grèvent dangereusement notre système de santé ?

Reste la mise en œuvre de ce Projet.

On peut noter d'emblée qu'il y a une approche insuffisante sur la communication et le partage de l'information sur ce PRS.

Certes, il y a les questions sensibles des restructurations qui sont dictées par un souci d'efficacité et pourquoi ne pas le dire de maîtrise des dépenses.

L'objectif de ces restructurations hospitalières doit être de privilégier une offre de soins spécialisée sur chacun des territoires de santé de notre région pour garantir une égalité d'accès aux soins spécialisés à la population.

Cette offre de soins devra s'organiser sur la base d'une complémentarité et d'une coopération entre établissements implantés sur un même territoire et autour de projets médicaux partagés entre les acteurs dans un souci permanent de qualité et de sécurité des soins.

Ne serait-il pas opportun de communiquer par exemple sur l'annonce récente de la suppression de la « rythmologie » au CHIC de Castres/Mazamet alors que le SROS de cardiologie, dans son orientation N°1 a pour objectif de développer précisément cette activité au de-là des deux centres référents actuels ? Ou bien expliciter pour quelles raisons le seuil de 28 lits sera exigé pour conserver une activité de médecine polyvalente à Muret, à Gimont, à Mauvezin, à Nogaro, à Graulhet, à Gramat ?

Les exemples sont nombreux où l'ARS aurait matière à développer la concertation avec les usagers et leurs représentants.

Ne pas s'y résoudre serait prendre le risque de maintenir les populations dans l'incompréhension la plus totale et dans une approche de fausse et dangereuse proximité.

Il y a, bien évidemment le volet financier pour la mise en œuvre de ce Projet. Nous l'avons déjà souligné, trop peu de moyens sont dévolus à l'aspect préventif et éducatif et les 135 millions d'euros nous paraissent insuffisants pour ambitionner cette réorganisation sur 5 ans.

Il n'empêche, le groupe de santé partage le projet d'avis assorti de ses réserves émis par la Commission 4 sur ce Projet Régional de Santé engagé par l'ARS et qui, en poursuivant le mouvement amorcé par sa devancière, je veux parler de l'ARH, tente de repositionner avec cohérence et, en tous cas, de façon globale le dispositif régional en matière d'offre et d'accès aux soins.

Intervention de Max AIRA **Personnalité qualifiée**

Monsieur le Président du CESER,
Monsieur le Directeur Général de l'ARS,
Mesdames, Messieurs,

En tout premier lieu, le Collège 4 tient à souligner l'excellent travail effectué par la Commission des Affaires Sociales et Culturelles et saluer le rôle prépondérant joué par le rapporteur Pierre-Jean GRACIA qui a su conduire et contenir les débats pour aboutir au meilleur équilibre possible d'un rapport qui pourrait bien faire date après les 4 Avis antérieurs sur le même sujet en 2004, 2009, 2010 et 2012, toutes les questions de santé sont au tout premier plan des préoccupations de nos concitoyens.

Pour preuve, les deux auditions du Directeur Général de l'ARS, attestant de l'intérêt porté à nos travaux qui se situent dans la phase préalable avant même le déroulement de l'enquête publique d'août à septembre 2012.

Projet ô combien vaste et complexe car notre région est multiforme avec ses 8 départements, des écarts de populations de 1 à 10, des activités économiques aussi diverses que l'industrie aéronautique, le spatial, l'agro-alimentaire, mais aussi la recherche et l'Université et, qui plus est, réparties entre une grande agglomération à vocation métropolitaine et le monde rural, voire très rural.

A partir d'un diagnostic assez largement partagé, notre Collège relève des objectifs très positifs tels que :

- le patient replacé au cœur du système de santé ;
- la réduction des inégalités sociales de santé ;
- la prévention ;
- le développement de la télémédecine ;
- enfin un financement dédié de 135 millions d'euros ...

Mettant en exergue quelques points de vigilance qu'il conviendra de suivre durant l'enquête publique, notamment au niveau des conférences de territoires et des usagers :

- la cartographie des zones médicales ;
- la permanence des soins sur tout le territoire régional ;
- les conditions d'accessibilité aux soins ;
- les besoins croissants liés au vieillissement de notre région ;
- une répartition inégale des médecins et établissements.

Plus globalement, il semblerait que le PRS n'ait pas assez pris en compte la croissance démographique de notre Région annoncée par l'INSEE avec près de 500 000 habitants de plus dans les 20 ans à venir dont 400 000 sur la seule métropole toulousaine.

Par contre la recherche de la qualité en général apparaît bien comme un enjeu majeur dans tous les domaines concernés :

- les soins ;
- l'accompagnement des personnes âgées ;
- le secteur du Handicap.

Mais cette ambition devra également se vérifier au niveau du découpage territorial et de la gradation des soins.

Le Collège 4 relève avec satisfaction que le CESER a pu contribuer au cours de deux auditions de Xavier CHASTEL, Directeur Général des l'ARS - à l'infléchissement de positions telles que le moratoire sur le financement des places autorisées ainsi que la restriction aux seuls GIR 1 - 2 - 3 - 4 des entrées en EHPAD.

Il demande également que l'évaluation annoncée à mi-parcours du PRS, qui sera effectif le 1^{er} janvier 2013, soit réelle et qu'elle permette de corriger positivement les écarts constatés par rapport aux grands objectifs du plan.

A ce titre, il serait d'ores et déjà utile de programmer dans les travaux du CESER une auto-saisine dans le courant de 2015 pour faire le point de la situation.

Enfin, on peut regretter que devant la grande pénurie de personnel qualifié, notamment dans le médico-social, le volet formation qui est une des toutes premières compétences de la Région n'ait pas été plus développé dans cet avis.

Pour terminer par une note d'humour, il est heureux que le Conseil National de l'Ordre des Médecins ait entendu les appels répétés du CESER à une certaine limitation des tarifs libres dans toutes les spécialités ainsi qu'une modération sur la liberté d'installation afin d'éviter l'apparition inquiétante des déserts médicaux.

Pour toutes ces bonnes raisons, le Collège 4 votera sans réserve mais avec vigilance le présent avis !

Intervention de Jean de GALLARD
Représentant le Centre régional de la propriété forestière et l'interprofession
de la forêt et du bois

Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de Santé,
Monsieur le Président,
Mes Chers Collègues,
Mesdames et Messieurs,

En premier lieu, permettez-moi de m'excuser auprès de notre Collègue Jean-Pierre JUNG dont j'ai emprunté la place pour quelques instants.

La décentralisation est une réalité, mais nous ne pouvons pas penser qu'elle peut, dans certains cas, seule se substituer au problème de la solidarité qui était, et qui est je l'espère encore, du domaine essentiel de l'État.

Je donne comme exemple l'APA, l'APA décentralisé qui ne donne pas toujours ce que l'on peut espérer ; elle dépense trop des ressources des départements et, paradoxalement, ce sont souvent dans les départements à faible potentiel fiscal qu'on trouve le plus de personnes qui souhaitent être maintenues à domicile, ceci le plus longtemps possible. D'où une distorsion des traitements en nombre d'heures demandées par ces personnes.

Ces déséquilibres sont contraires à ce qu'on peut continuer à appeler l'égalité des chances, la durée de la vie devant être une priorité, ce qui n'est pas forcément le cas à l'heure actuelle. Ceci malgré un mouvement associatif qui fait le maximum pour rendre service à la population, il faut le saluer au passage.

Mais l'État doit veiller à contribuer à cette égalité des financements nécessaires au maintien à domicile de toutes les Françaises et de tous les Français qui le souhaitent, quel que soit l'endroit où ils se trouvent.

Je vous remercie.

Intervention de Xavier CHASTEL
Président de l'ARS

Monsieur le Président, merci de me donner la parole et merci d'avoir accepté que le CESER se saisisse du Projet Régional de Santé.

Je voudrais adresser tous mes remerciements et mes félicitations à la commission des Affaires Sociales et Culturelles ainsi qu'à son rapporteur qui, je l'ai compris à travers les différentes interventions, a eu fort à faire pour résumer les différentes positions pour rendre un avis équilibré.

Un avis qui n'est pas éloigné de la position de l'Agence ; vous avez rendu sur le plan un avis que je qualifierais de nuancé, une position nuancée par rapport à celle que nous exprimons dans le plan. J'ai adopté le parti pris dans le cadre du projet régional de santé d'exprimer les choses de façon assez tranchée puisque je suis persuadé que c'est à ce prix-là qu'on arrivera à faire bouger un certain nombre de choses, même si dans le cadre des discussions ou des changements qui sont intervenus et qui interviendront, le pragmatisme fera toujours loi. Vous avez constaté qu'on avait déjà commencé à faire bouger un certain nombre de choses sans créer de désaccord majeur dans les différents territoires de la région. Au-delà des prises de position souvent interprétées, puisque j'évite de trop m'exprimer dans la presse, au-delà des prises de position que l'on nous prête, dans le cadre des négociations nous savons faire preuve d'ouverture.

Je vous rejoins sur un certain nombre de points majeurs que je voudrais citer. Premièrement, il appartient à l'Agence de tenir compte de la spécificité de la région Midi-Pyrénées qui est une région particulière au niveau français de par sa taille, sa topographie, son caractère rural, montagnard et urbain. Je me suis battu pour et je ne peux que partager votre avis sur le fait que des ratios nationaux ne peuvent que rendre imparfaitement compte de la situation de la région en matière de santé. Après, le national tranche et nous accorde un certain nombre de moyens. Je dois vous dire que Martin MALVY m'a donné son avis, notamment sur les zones fragiles, à transmettre à la Ministre Marisol TOURAINE, avis que j'ai soutenu et je me tiens à la disposition de la ministre pour expliquer pourquoi il y a conjonction de vue sur cet aspect comme sur d'autres entre l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Régional.

Vous avez, à maintes reprises, évoqué le fait que la démographie en région Midi-Pyrénées était croissante, qu'il serait normal que l'allocation de ressources pour le système de santé dans la région Midi-Pyrénées soit accrue, je ne peux que partager votre avis en la matière. Je ne suis pas complètement sûr que les régions qui sont en perte de démographie soient prêtes à voir leurs ressources diminuer, ce qui serait complètement la logique. Si certaines régions voient leurs ressources augmenter à cause de leur démographie, les régions qui constatent une perte de population devraient se voir appliquer les mêmes sujets. Cela a fait l'objet de discussions au niveau national, ensuite je tiens compte des contraintes.

Vous avez souligné le fait que l'approche financière prédominait par rapport à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins. Je ne suis pas d'accord avec vous, en tout cas je vous confirme que ce n'est pas notre approche. En revanche, je me suis toujours efforcé de faire en sorte que les actions figurant dans le projet régional de santé puissent être appliquées. J'ai considéré que mon travail consistait avec les contraintes qui m'étaient imposées à faire le maximum pour améliorer le système de santé dans la région, ce qui ne m'interdit pas dans certains cas de soutenir les demandes de budgets complémentaires.

Je pense que ce n'est pas une bonne politique que de faire des incantations quant à l'augmentation des moyens de la région et de s'abriter derrière l'absence d'augmentation de moyens pour ne rien faire. Il me semble que dans certains cas et dans certains endroits de la région, l'argent public mériterait d'être mieux dépensé.

Je vous rejoins sur le fait qu'il faudrait voir notre budget augmenter, cela ne me semble pas pour autant justifier le fait de ne rien faire. C'est pour cela que vous voyez la contrainte économique si souvent présente, il a fallu qu'on en tienne compte pour vérifier la faisabilité de notre plan. Aller chercher 135 M€ complémentaires aux allocations nationales, plus ou moins par redéploiement en fonction des augmentations de budget à venir, est déjà une gageure.

Troisième point, nous sommes parfaitement conscients au niveau de l'Agence de notre rôle en termes d'aménagement du territoire. J'ai déjà eu l'occasion de m'exprimer là-dessus, nous n'avons fermé aucun service hospitalier pour des raisons économiques depuis deux ans, deux ans et demie. J'aimerais donc un peu plus de pragmatisme ou d'objectivité de la part de certaines organisations.

Je pourrais vous citer par rapport à certaines interventions la création d'une unité neuro-vasculaire en Ariège, le démarrage effectif de certaines UNV à Tarbes et à Auch qui étaient en friche depuis de nombreuses années.

Je voudrais également souligner le renforcement de certains hôpitaux publics comme Rodez et Figeac, et la fermeture de l'activité de chirurgie des deux cliniques privées qui existaient dans ces villes. Je m'étonne que ce ne soit jamais cité et je m'étonne fortement que l'on puisse dire que l'Agence agit en faveur du secteur privé.

Je voudrais également vous citer un troisième exemple réalisé en plein accord avec le Président de Région qui est l'assurance maintenant définitive de la pérennité de l'hôpital de Millau du fait de son rapprochement avec le CHU de Montpellier.

Quatrième point, je vois bien que l'essentiel des débats et l'essentiel des critiques ou l'essentiel des orientations prises par l'Agence tourne autour de la démographie médicale, de savoir si l'on reste sur une politique incitative, désincitative, ou contraignante. Nous faisons juste la remarque qu'il s'agit maintenant de rééquilibrer ou d'essayer de rééquilibrer Toulouse et la périphérie.

J'entends bien la critique qui dit que l'Agence prend des décisions à base de ratios. Encore une fois nous n'avons pas pu faire dans la nuance, ne serait-ce que pour justifier ou appuyer cette position de maintenir ou de développer l'allocation de ressources dans les 7 départements périphériques, dans certains cas - je le concède - au détriment du département de la Haute-Garonne, mais vous noterez que nous avons obtenu un quasi-consensus des présidents de Conseils généraux, notamment sur le rééquilibrage dans l'offre médicosociale au profit des départements périphériques. Il est bien entendu que dans ces conditions-là nous ne pouvons pas avoir un avis positif des 8 Conseils généraux.

Nous avons clairement affiché dans le plan un renforcement de la démographie dans les hôpitaux publics périphériques, vous connaissez la contrainte démographique qui vaut également en ce qui concerne les praticiens hospitaliers. On essaie de faire dans le pragmatisme, il sera déjà très dur d'atteindre l'objectif figurant dans le plan du renforcement d'un hôpital départemental dans les territoires. Nous n'avons jamais dit que nous fermerons les autres hôpitaux, nous avons simplement dit que nous n'aurons pas forcément les moyens de les aider ; en revanche nous les laisserons prendre toutes les initiatives qu'ils souhaitent.

J'aimerais que le débat sur la qualité et la sécurité soit rapproché du débat sur la proximité. Je pense que les opinions ne peuvent pas être aussi tranchées que vous semblez le penser - au moins

pour certains d'entre vous - entre le maintien d'une très bonne qualité de prise en charge et d'une sécurité de prise en charge et dans certains cas le maintien d'une très forte proximité.

Autre point, je vous rejoins complètement sur le fait que le secteur de la santé est un secteur qui offre un grand gisement d'emplois. Quand j'entends dire que nous supprimons des emplois à l'hôpital public, j'aimerais vous faire remarquer que nous avons annoncé un renforcement des moyens dans le médico-social et que malgré des moyens que vous jugez et que nous jugeons limités, un grand nombre d'emplois ne sont pas pourvus dans le secteur médico-social. Mes services me disaient qu'il y avait un excédent financier dégagé dans le secteur médico-social de plus de 2 M€ puisque nous avons affecté des ressources à des établissements pour des emplois qui ne sont pas pourvus. Je vous confirme que le gisement d'emplois est là, et qu'avant de parler de suppression d'emplois par l'Agence, il faudrait que nous veillions collectivement à ce que les emplois qui sont ouverts soient pourvus.

Ce n'est pas une compétence de l'ARS et ce n'est pas sa compétence propre au sein de l'État, c'est aussi une compétence du Conseil régional ; il me semble qu'il y a là matière à réflexion et à perfectionnement pour faire en sorte que les emplois disponibles correspondent à une réelle offre ou à une certaine adéquation avec l'appareil de formation régional.

Dernier point, je vous rejoins complètement dans l'analyse exhaustive et critique parfois que vous avez fait du projet régional de santé, probablement que ce plan est imparfait, vous l'avez souligné en ce qui concerne les actions prévues par l'Agence dans le domaine des inégalités sociales de santé. Là comme dans d'autres, j'ai souhaité limiter l'action à un petit nombre, petit nombre que nous serons capables de réaliser. Je m'étonne que vous n'ayez pas souligné dans ce domaine particulièrement que le fait de laisser subsister une double organisation entre les Agences régionales de santé et l'Assurance maladie pouvait être un frein. À ce stade, je ne dispose pas de tous les leviers ni de tous les budgets pour faire en sorte de répondre complètement à vos demandes en matière d'inégalité sociale de santé. Je pense qu'une concertation avec les organismes d'assurance maladie au niveau local et régional, avec lesquels cela se passe fort bien, n'est absolument pas suffisante pour répondre à ce qui relève à mon avis de l'ordre législatif ou au moins organisationnel de la part du gouvernement d'accorder les violons entre les ARS et la Caisse Nationale d'assurance Maladie. Force est de constater qu'après deux ans et demi de mise en place des ARS, ce sujet-là est encore pendant.

Il me reste à vous remercier pour votre écoute. Nous tiendrons le plus grand compte de votre avis, si ce n'est dans les termes exacts dont a été rédigé le projet régional de santé, tout au moins dans la mise en œuvre pour ce qui concerne les nuances que vous avez voulu nous voir apporter. Merci.