

## **SCHEMA REGIONAL DE SANTE 2018-2023**

### **AVIS COMMUN DES REPRESENTANTS, FGR , FSU et USR CGT AU CDCA 42**

Les représentants titulaires et suppléants de la FGR, de la FSU et de l'USR CGT au CDCA Loire apprécient d'être consultés, se félicitent de la consultation sur le Schéma Régional de Santé. Ils prennent acte des orientations et propositions contenues dans ce projet.

Nous nous interrogeons sur l'articulation entre la consultation nationale sur la santé annoncée par le gouvernement et le schéma régional de santé. Le schéma régional est-il destiné à être refait après réforme de l'ensemble?

La prévention de la perte d'autonomie ne commence pas à l'âge de la retraite mais se construit au cours des différents âges de la vie. Elle ne se limite pas aux seules problématiques de l'organisation et du parcours de soins.

La santé ou le fait d'être en bonne santé englobe divers facteurs : transports, logement, habitat, environnement ...

Pour toutes personnes ayant des difficultés de déplacements, la disparition des services commerciaux, administratifs de proximité dans les quartiers ou les villages, notamment dans le cadre de regroupement de communes, accroît les difficultés.

Si l'économie numérique peut être une opportunité pour rompre l'isolement, elle laisse entière le problème de la fracture numérique et ne peut se substituer au contact humain. L'accès au soin tout au long de la vie est un élément clef d'une politique de prévention

### **OFFRE ET ORGANISATION DES SOINS**

*La possibilité d'accès dans des délais raisonnables aux professionnels médicaux ou paramédicaux, pour tous, en est la première condition.*

Pour notre département, nous nous interrogeons sur les évolutions prévisibles au regard du vieillissement des professionnels de santé : 44,2 % des omnipatriciens ont plus de 55 ans, 21,6 % plus de 60 ans. Par ailleurs le cadre d'orientation stratégique souligne l'accroissement du déficit pour certaines professions : médecins spécialistes, opticiens, orthophonistes, podologues, dermatologues, ergothérapeutes et psychomotriciens.

Le projet proposé a pour ambition de mailler le territoire en offre de santé en garantissant d'une part l'accès aux soins et aux médicaments, en encourageant le développement de l'exercice regroupé via les centres de santé ou à défaut les maisons de santé.

De petites unités médicalisées financées par le conseil départemental maintiennent une présence médico-sociale dans les territoires plutôt ruraux avec un adossement des services à domicile. L'installation des maisons de santé ou de centre de santé s'appuie aussi souvent sur une participation au financement des collectivités locales.

L'efficacité des moyens d'intervention repose pour l'essentiel sur l'incitation et le volontariat sans que les questions des flux de formation et de la liberté d'installation soient posées. Il revient à l'ensemble des collectivités territoriales et services publics d'en prendre l'initiative.

Le développement préconisé de l'ambulatoire conduit à s'interroger sur la prise en charge des personnes seules et isolées dans ce dispositif, sur les capacités réelles d'accéder rapidement aux services des professionnels de santé ou de soins en cas de nécessité que ce soit à domicile ou à proximité.

Il convient de ne pas oublier l'importance du temps nécessaire à toute relation efficace entre médecin et patient, soignant et soigné, aidant et aidé ...

## **FINANCEMENT DES SOINS ET DES INVESTISSEMENTS**

*La possibilité d'assumer les coûts des consultations et des soins pour tous est la seconde condition.*

Pour les investissements, le projet souligne un affaiblissement des capacités financières des opérateurs publics et un gain d'attractivité relatif au secteur de la santé pour des investisseurs extérieurs confrontés à une conjoncture économique défavorable dans les autres secteurs.

L'objectif de ces investisseurs est probablement d'assurer aussi un taux de rentabilité qui sera financé par les collectivités et les usagers. Le partenariat n'est pas la solution, seul l'accroissement des capacités financières des opérateurs publics apporte une réponse satisfaisante aux usagers.

Sur vingt ans, la part du régime général reste stable à 77% ; celle des assurances complémentaires santé croît de 12,1 % à 13,5 %, le "reste à charge" diminue de 9,8 % à 8,5%. Cette présentation est biaisée: pour les complémentaires santé, il n'y a pas égalité de traitement. Le coût varie en fonction du niveau de protection de l'âge et des ressources de l'assuré. Il est à noter que les retraités ne bénéficient pas d'une prise en charge partielle de la complémentaire santé.

Les discussions ouvertes au plan national sur la prise en charge à 100 % sur les soins dentaires et l'optique seront une avancée significative si elles sont financées par la sécurité sociale.

## **DEMOCRATIE SANITAIRE**

Le projet prévoit d'affirmer la place des usagers, de renforcer l'information sur leurs droits, de conforter la représentation des usagers dans les instances et les établissements de santé. Nous partageons ces objectifs.

Toutefois, nous nous interrogeons sur les canaux par lesquels remontent auprès de l'ARS puis du gouvernement les observations et avis émis par les usagers.

Si l'utilisation des nouvelles technologies peut permettre par le biais de forums, l'expression des usagers, cela ne détermine ni les moyens, ni les lieux d'élaboration et de débats des synthèses.

Il apparaît nécessaire de renforcer la représentation des usagers dans les EHPAD en ajoutant sur le modèle des Commissions Des Usagers, un représentant neutre venant de l'extérieur de la structure.

Ces points sont déterminants pour la mise en œuvre d'un projet de santé partant de l'utilisateur et des territoires.

## **PROGRAMME PERSONNES AGEES**

Si ces questions concernent l'ensemble de la population, elles deviennent plus prégnantes au fil du vieillissement, de la réduction progressive de l'autonomie.

Les orientations concernant les personnes âgées pour notre département visent à consolider le soutien à domicile, l'accueil temporaire et à reconfigurer les ressources gérontologiques dans les territoires. Ce programme semble devoir être réalisé à moyens constants. La mutualisation, les regroupements la redéfinition des secteurs d'intervention sont à l'ordre du jour. Dans le cadre des services à domicile, un diagnostic territorial commun avec le conseil départemental prenant en compte le secteur libéral est préconisé.

Au regard de l'évolution démographique prévisible de la population et des inégalités territoriales constatées, cela n'est ni satisfaisant, ni suffisant. Comment financer les investissements, solvabiliser les usagers dans le cadre du modèle de financement actuel et du niveau des retraites et pensions ?

Pour le maintien à domicile, la nécessité d'améliorer la coordination des intervenants, les difficultés engendrées par l'effet de noria et le turn-over des personnels est une dimension à mieux prendre en compte. Elle ne peut reposer seulement sur l'utilisateur ou sa famille.

La consolidation de l'offre temporaire doit être effectivement maintenue et développée.

Le développement d'un habitat intermédiaire pour les personnes ne pouvant rester seules chez elle mais n'ayant pas besoins de soins relevant de l'EHPAD sur le modèle du béguinage nordique ou de l'habitat communautaire avec maîtresse de maison sont des pistes à étudier et à développer.

Pour les EHPAD, nous rappelons que le plan grand âge prévoit un ratio d'un agent par résident alors que la moyenne est à ce jour de 0,6 par résident. La convergence des tarifs dépendance et soins n'est pas suffisant pour avancer dans cette direction.

La coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, entre le médical, le para médical, le médicosocial est indispensable. Dans ces dispositifs, qui a en charge la responsabilité de la continuité des soins, de la gestion des différents intervenants? Comme pour la coordination des aides et soins à domicile, elle ne peut reposer sur le seul patient ou sur sa famille.