

Pour la santé des jeunes et des personnes âgées en Rhône-Alpes

Rapporteur

M. Antoine QUADRINI

2^{ème} vice-président du CESER Rhône-Alpes
Président sortant de la commission n° 5 « Solidarités »

Contribution n° 2010-17

9 Novembre 2010



Le CESER en quelques mots...

Le CESER concourt à l'administration de la région aux côtés du Conseil régional et de son Président.

Il s'agit d'une assemblée consultative qui émet des **avis** (saisines) et **contributions** (autosaisines). Elle est représentative de la vie économique et sociale de la région.

Expression de la société civile dans toute sa diversité, les propositions du CESER éclairent les choix des décideurs régionaux.

Vous souhaitez suivre l'actualité du CESER Rhône-Alpes,
inscrivez-vous à la lettre@rhonealpes.fr
OU
retrouvez les informations sur
le site Internet de la Région Rhône-Alpes : www.rhonealpes.fr

Cette contribution a été adoptée à l'unanimité
par le Conseil économique, social et environnemental régional Rhône-Alpes
lors de son Assemblée plénière du 9 novembre 2010

Sommaire

	Pages
Introduction	5
I. Bref historique des politiques de santé de 1970 jusqu'à la loi HPST de 2009	
II. Eléments de contexte	
III. Problématique	
IV. Objectifs	
V. Méthodologie	
1. Le parcours de santé des jeunes rhônalpins : développer la prévention et faciliter l'accès aux soins	13
1.1. La prévention et l'information indispensables pour éviter la fragilité des jeunes face à la santé	14
1.1.1. La Protection maternelle infantile et la médecine scolaire	14
1.1.2. L'éducation à la santé	15
1.1.3. Le cas particulier de la santé mentale	17
1.1.4. L'accès aux droits	18
1.2. Les facteurs de précarisation	22
1.2.1. Les addictions et les conduites à risque	22
1.2.2. Les jeunes et leur environnement familial et sociétal	24
2. De la proximité et de l'accompagnement global pour répondre au vieillissement de la population rhônalpine	26
2.1. Répondre aux attentes de la population vieillissante rhônalpine, au plus près de son lieu de vie	27
2.1.1. Rechercher une qualité de vie dans un souci de proximité et de maintien du lien social	27
2.1.2. L'organisation de l'offre	33
2.2. Des politiques de prévention à développer	36
2.2.1. La prévention par l'information	36
2.2.2. La prévention par la santé au travail et le suivi post professionnel	37
2.3. Vers une éthique de l'accompagnement des personnes âgées	39
Préconisations	42
Conclusion	46
Annexes	I
Déclarations des groupes	

Introduction

« 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 »¹.

1) Qu'est-ce que la santé ?

La santé est une préoccupation individuelle et collective, avec un niveau d'intervention international², national, mais aussi régional et local. Elle constitue à la fois un objectif et un moyen du développement et de l'épanouissement des personnes.

La santé est une préoccupation de tous, des jeunes et des moins jeunes, des malades mais aussi des bien-portants, peut-être futurs bénéficiaires de soins.

C'est aussi un droit de valeur constitutionnelle. Selon l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946³:

« La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs », en ajoutant « Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ».

« La santé, c'est un esprit sain dans un corps sain », HOMERE

La santé, physique et mentale⁴, ne s'entend pas de manière restrictive mais s'étend au-delà du sanitaire au médico-social, aux problématiques d'accès aux soins⁵, des soins à domicile, d'environnement des personnes (logement, hygiène, conditions de vie...).

La santé étant un bien collectif et précieux, à préserver et à entretenir pour l'avenir d'une société, cela se concrétise au niveau des Etats par des politiques de santé, ainsi que par des systèmes d'assurances collectives codifiées par des lois et donnant des droits aux populations pour se soigner ou accéder à la prévention.

2) Pourquoi s'intéresser à la santé ?

Chaque pays s'est organisé un système de santé en fonction de son histoire, de ses caractéristiques politiques, morales et culturelles.

Partant de cet intérêt partagé par l'ensemble de la société, **il semble pertinent pour le CESER de s'intéresser à ce thème, et plus particulièrement à la santé des Rhônalpins.**

¹ Définition du préambule de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

² Selon l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille, notamment par l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les Services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans tous les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté ».

³ Le préambule de la Constitution de 1946 fait partie intégrante de celui de 1958, dont le Conseil constitutionnel a affirmé la valeur constitutionnelle dans sa décision « liberté d'association » du 16 juillet 1971.

⁴ Une bonne santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. Elle est déterminée par des facteurs socioéconomiques, environnementaux et personnels.

⁵ L'article 1411 du Code de santé publique définit le soin à travers la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi, l'administration de médicaments, l'orientation dans le système de soins et le système médico-social, l'éducation pour la santé.

Les politiques de santé publique en France n'ont eu de cesse d'évoluer jusqu'à la dernière réforme en date (loi HPST du 21 juillet 2009⁶) redéfinissant les compétences de l'échelon déconcentré régional notamment à travers la création des Agences régionales de la santé.

I. Bref historique des politiques de santé de 1970 jusqu'à la loi HPST de 2009

La loi du 31 décembre 1970 instaure la carte sanitaire (elle sera supprimée en 2007) et crée le Service public hospitalier⁷ (SPH) avec une prise en considération des **notions d'égalité d'accès, d'égalité de traitement et de continuité du service**. La loi du 30 juin 1975 vient compléter le dispositif en organisant **la prise en charge médicalisée des personnes âgées par les institutions sociales et médico-sociales**⁸.

A noter :

Le système de soins est dyarchique Etat/Assurance Maladie.
Ce bref historique n'aborde pas le volet Assurance Maladie.

La planification hospitalière des années 1990 prévoit notamment la **création des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)**, c'est le début de la déclinaison régionale des politiques de santé.

La réforme « Juppé » de 1996 voit la mise en place des mesures sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, et crée les **Agences régionales d'hospitalisation**⁹ (ARH). Il s'agit de maîtriser les dépenses de santé tout en assurant la meilleure qualité et sécurité de soins¹⁰.

La loi du 27 juillet 1999 crée la **Couverture médicale universelle (CMU)**, avec la prise en charge gratuite des soins par les régimes obligatoires de la Sécurité sociale pour les personnes justifiant de faibles revenus et résidant en France. Elle se compose d'un régime de base et d'une complémentaire santé.

Les années 2000 renforcent la place du malade au cœur du dispositif avec notamment **la loi du 4 mars 2002**¹¹, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

Lors de la canicule de 2003, le fort taux de mortalité chez les personnes âgées a mis en relief les carences du système, et notamment celles des urgences. Un plan « urgences » a alors suivi, avec entre autres le développement de **l'Hospitalisation à domicile (HAD)**.

La circulaire d'orientation du 5 mars 2004 définit trois démarches complémentaires en terme de territorialisation : des territoires de santé pour l'organisation de l'offre, des territoires pour la concertation avec les conférences sanitaires et des territoires de proximité pour l'accès aux soins. **La notion de territoires de santé** remplace celle de « secteur sanitaire ».

⁶ Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 21 juillet 2009, JO 22 juillet 2009.

⁷ L'hôpital moderne trouve ses prémices dans la loi du 21 décembre 1941, consacrant l'hôpital comme un établissement sanitaire et social mettant fin à l'hôpital hospice. Mais c'est la réforme initiée en 1958 par le Professeur Debré qui crée les centres hospitalo-universitaires (CHU), avec des directeurs d'hôpital aux pouvoirs renforcés.

⁸ La loi du 6 janvier 1986 a défini l'aide médicale d'urgence, en lien avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours.

⁹ Création par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁰ Les ARH ont pour attribution principale l'élaboration des SROS et de manière générale l'organisation de l'hospitalisation publique et privée. Ce sont aussi par exemple les ARH qui répartissent les enveloppes financières entre le secteur public et privé, etc...

¹¹ Article L1110-1 du code de la santé publique, Créé par la [Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 - art. 3 JORF 5 mars 2002](#), « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

La loi du 9 août 2004¹² énumère les plans et programmes obligatoires à mettre en œuvre au niveau régional pour atteindre les objectifs de santé. Elle définit les grandes orientations de santé publique et crée les conférences régionales de santé.

Quant à la dernière réforme en date, la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009¹³, elle a notamment pour objectif de **placer l'usager de santé au cœur du dispositif, prônant un égal accès à l'offre de soins, dans un souci de prévention et avec une meilleure coordination des acteurs de la santé pour répondre aux besoins de la population.**

La loi s'attache aussi à renforcer le volet prévention en matière sanitaire, notamment en axant les politiques publiques sur la lutte contre l'obésité, l'alcool et le tabac, autant de fléaux particulièrement présents chez les jeunes.

La gouvernance est remodelée avec un recentrage des compétences autour des nouvelles **Agences régionales de santé (ARS)**¹⁴ qui doivent mettre en place des **délégations territoriales** dans les départements. C'est le **Projet régional de santé (PRS)** qui définit les objectifs pluriannuels de l'ARS. Il est lui-même constitué d'un **plan stratégique régional de santé et de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale. Le plan stratégique régional prévoit des articulations avec la santé au travail, en milieu scolaire et les personnes en situation de précarité et d'exclusion.**

Auprès de chaque ARS, est constituée une **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)** (organisme consultatif) ainsi que des conférences de territoire et deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale¹⁵.

Les usagers sont représentés dans la nouvelle gouvernance aussi bien dans le CRSA, où leur est dédiée une commission du droit des usagers, que dans le Conseil de surveillance de l'ARS.

- Ce bref historique des politiques de santé doit être complété de certains éléments de contexte pour comprendre la problématique que veut traiter le CESER.

II. Eléments de contexte

Différentes études menées par des organismes (CRS, DRASS, URCAM, ORS, etc...) exposent quelques caractéristiques de la région Rhône-Alpes ; avec somme toute des chiffres souvent proches des moyennes nationales.

1) La population en Rhône-Alpes

La population augmente, mettant en évidence une jeunesse dynamique mais aussi une population vieillissante¹⁶.

¹² Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹³ La loi comporte quatre titres : modernisation des établissements de santé, accès de tous à des soins de qualité, prévention et santé publique et organisation territoriale du système de santé.

¹⁴ Sous un statut d'Établissement public administratif rattaché à l'Etat. Les ARS sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général (Denis MORIN, directeur ARS Rhône-Alpes, auditionné par la commission Solidarités du Conseil économique, social et environnemental régional Rhône-Alpes le 22 juin 2010).

¹⁵ La CRSA, le Conseil régional, les Conseils généraux, les communes, les groupements de commune représentés dans les conférences de territoire et le préfet de région doivent d'ailleurs rendre un avis sur le PRS.

¹⁶ Voir annexe 1 : la population estimée par tranche d'âge au 1^{er} janvier 2009.

En 2006, la région Rhône-Alpes compte 1 165 000 jeunes de 15 à 29 ans, soit **19,3 %** de sa population (Insee 2006).

Par une estimation prévisionnelle, l'Insee estime que les moins de 20 ans sont 1 560 992 dans la région Rhône-Alpes en 2008, sur une population de 6 113 000 habitants, soit **25,53 %** de la population.

Sur toute la France en 2007, à titre comparatif, **24,6 %** de la population française (15 930 184 jeunes) a moins de 20 ans. La région peut donc se prévaloir d'un taux de jeunesse relativement dynamique.

Avec l'allongement de l'espérance de vie en Rhône-Alpes (**85,2 ans** pour les femmes, **78,6 ans** pour les hommes en 2007), et une population vieillissante qui s'accroît, **la part de personnes de plus de 75 ans est de 7,4 % dans la région Rhône-Alpes**¹⁷. Cela favorise, par exemple, l'augmentation du nombre de patients en Affections chroniques de longue durée (ALD), ce qui aggrave les problèmes de démographie médicale et de prise en charge médico-sociale¹⁸.

La pyramide des âges de la région Rhône-alpes est concentrée dans une tranche allant de 40 à 65 ans (tranche la plus forte : 40 à 44 ans). Ce sont donc **plus de 2 millions de personnes qui se préparent à constituer le 3ème et le 4ème âge de la région en 2030**. Ils auront alors entre 60 et 95 ans.

En France, l'espérance de vie en bonne santé est de **63,1 ans**. En 2030, les femmes devraient atteindre 88,9 ans, les hommes 83,8 ans. Si le rythme se maintient, pourrait être passé le seuil des **71,9 ans** en bonne santé. Cette évolution aura un coût certain en terme de santé, de médico-social, et plus généralement d'organisation sociale.

D'après les études du cabinet Secafi¹⁹, pour la première fois en 2025, en Rhône-Alpes, le pourcentage des plus de 60 ans dépassera de deux points celui des 0-19 ans. D'ici 20 ans, 27,7 % des personnes auront plus de 60 ans (contre 22 % actuellement). C'est en Alsace et en Rhône-Alpes que la part des effectifs de plus de 80 ans progressera le plus. **En 2030, les flux des plus de 80 ans dépasseront ceux des plus de 60 ans**²⁰.

- Il existe d'ores et déjà des inégalités dans la répartition de l'offre sanitaire et médico-sociale, avec des problèmes de démographie médicale, même si l'ensemble des déterminants de santé est en cause, comme évoqué tout au long de cette étude²¹.

2) La démographie médicale

Les **déserts médicaux**²² sont une réalité en région Rhône-Alpes, les départements ruraux étant plus touchés que les départements urbains (même si l'utilisateur met parfois plus de temps pour se déplacer en transport en commun dans une grande ville et accéder au centre de soins qu'en voiture dans les campagnes).

¹⁷ Source INSEE.

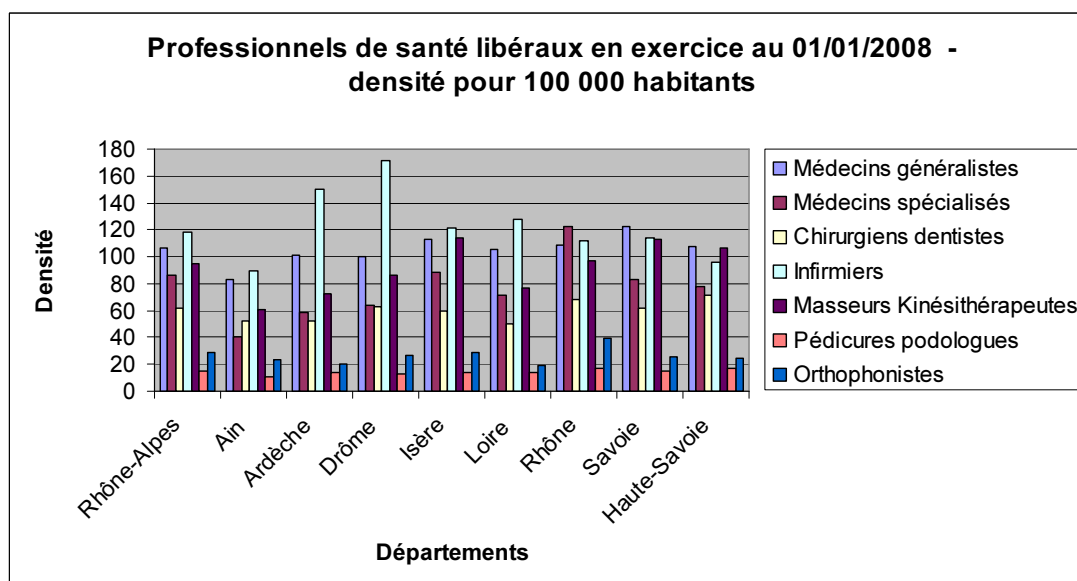
¹⁸ Pour plus de chiffres sur la démographie médicale, Conférence régionale de santé Rhône-Alpes. *Rapport 2008 sur le respect des droits des usagers*. Conférence régionale de santé Rhône-Alpes, novembre 2009, 142 p.

¹⁹ Caroline BELZE, auditionnée par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 22 juin 2010 - source : chiffres INSEE.

²⁰ Voir annexe 2 : des chiffres des personnes âgées par département.

²¹ L'ambition de cette contribution n'est pas de proposer un panorama chiffré et détaillé, de nombreuses études statistiques l'ont très bien présenté. Il s'agit simplement de rappeler quelques éléments pour une meilleure compréhension des problématiques rhônalpines constatées sur les territoires par le CESER et envisagés en partie 1 et 2 de ce rapport.

²² Terme d'usage, communément admis.



Source : tableau à partir des données DRESS

Ces statistiques démontrent quelques inégalités territoriales significatives.

Si l'Ain est le seul département à avoir une densité de professionnels largement inférieure à la moyenne de la région pour toutes les disciplines, force est de constater **que l'Ardèche, la Drôme et la Loire ont une densité inférieure pour la plupart des professions, sauf pour les infirmiers**. En revanche, **les autres départements plutôt mieux lotis que la moyenne** (Savoie, Haute-Savoie, Rhône et dans une moindre mesure l'Isère) ont une densité d'infirmiers très inférieure à la moyenne.

En ce qui concerne les médecins généralistes²³, si les effectifs augmentent dans tous les départements de Rhône-Alpes, de 2002 à 2007, en revanche, les densités, du fait de l'accroissement démographique, reculent également sur l'ensemble des départements avec des évolutions négatives qui vont de - 0.20 % **dans la Loire** à - 6.3 % **en Haute-Savoie**.

Une autre caractéristique dans la région Rhône-Alpes réside dans la **localisation de ses spécialistes, massivement dans le Rhône et l'Isère** (autour des grands CHU), alors que les autres départements sont plutôt en sous dotation, très flagrante dans l'Ain²⁴.

Enfin, on ne peut faire abstraction du fait que **dans tous les départements, plus d'un 1/3 des médecins ont plus de 55 ans**, la moyenne d'âge au 1^{er} janvier 2009 est de 50 ans²⁵ alors que les besoins sont de plus en plus nombreux face à l'augmentation du nombre de personnes âgées, très consommatrices de soins²⁶.

L'Ardèche et la Drôme seront particulièrement concernées avec une évolution exponentielle de leurs personnes âgées, qui ne sera pas en corrélation avec la démographie médicale, ces départements étant d'une manière générale sous dotés. Si **la Savoie** est aussi concernée par le nombre croissant de personnes âgées et de personnes dépendantes, l'équation sera moins difficile à résoudre du fait de la plus forte densité en personnel médical.

²³ Conférence régionale de santé Rhône-Alpes, déjà cité.

²⁴ Voir annexe n°3 : la répartition par département.

²⁵ Selon l'atlas régional de la démographie médicale de l'Ordre des médecins.

²⁶ Voir annexe n° 4 : photographie des médecins généralistes libéraux.

Devant ces constats très alarmants pour le département de l'Ain, **le Conseil général a mis en place une politique de démographie des professionnels de santé**²⁷, pour favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé et paramédicaux sur son territoire. Le département a commandé une étude à la Mutuelle sociale agricole (MSA) pour mettre en évidence les besoins de sa population, l'offre de soins existante avec une analyse ciblée pour les professionnels de plus de 55 ans, et une analyse auprès des écoles d'infirmiers et des étudiants en médecine²⁸.

- Des disparités existent sur les territoires, eux-mêmes correspondant à une notion variable et perfectible.

3) Les territoires

Le territoire est un bassin de vie avec un projet commun et une dynamique. **Le territoire idéal serait celui qui assure une certaine proximité des soins par rapport au lieu de vie, leur qualité, leur sécurité et leur accessibilité à la fois géographique et financière.**

Le maillage du territoire est essentiel pour assurer une proximité et une qualité de soins que ce soit par exemple par les réseaux²⁹ ou les maisons pluridisciplinaires³⁰. Celles-ci sont souvent présentées comme une solution de proximité, permettant une mutualisation des moyens et de l'offre.

Les Conseils généraux, et plus particulièrement celui de l'Ain auditionné au CESER, **sont plutôt dans un rôle d'accompagnement des communes pour la mise en place de ces maisons** (dans une collaboration élus, professionnels de santé, en intégrant la notion de bassin de vie dans une approche aménagement du territoire et prévention). **La Région s'inscrit quant à elle dans un rôle d'aide au financement** avec des critères spécifiques. Le département aide sur la réflexion, non sur l'investissement, même si par exemple le département de l'Ain finance 50 % du montant hors taxe d'une étude de faisabilité de 25 000 euros maximum (6 études sont financées chaque année).

Il n'y a pas toujours de cohérence entre les politiques régionales et départementales.

Par exemple, le Conseil général de l'Ain avait rendu un avis négatif sur l'aide à l'installation d'une maison de santé sur un territoire donné, Chazey-sur-Ain, car le projet ne répondait pas aux critères d'accompagnement qu'il a déterminés, mais la Région a soutenu financièrement le projet car la demande entrait dans ses propres critères.

Dans ce type de cas, le CESER ne peut que regretter **le manque de coordination** (même si les champs d'interventions sont différents : accompagnement pour le département, financement pour la Région), voire même **le manque de dialogue, de rencontre**. La Région se fait accompagner par l'Union régionale des médecins libéraux (URML) et l'assurance maladie. Cela pourrait être un lien de communication et coordination.

²⁷ Catherine BEGARD, responsable PMI Conseil général Ain, auditionnée par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 4 février 2010.

²⁸ Le Conseil général a développé plusieurs principes d'action : l'aide aux étudiants pour découvrir le département de l'Ain, le soutien de nouvelles formes d'organisation des soins sur un territoire, notamment les maisons pluridisciplinaires de santé, en favorisant la collaboration élus/professionnels, en valorisant le caractère pluridisciplinaire et en évoquant les bassins de vie, plus larges qu'une commune. Par exemple, le département soutient financièrement des étudiants en médecine, avec une aide de 200 à 600 euros par mois pendant 6 mois (38 étudiants aidés en 2009 pour environ 100 000 euros). Le programme est trop récent pour avoir un recul suffisant et analyser l'impact de cette politique de soutien sur la démographie médicale du département. D'après les constats du Conseil général de l'Ain, à propos des étudiants infirmiers, 85 % souhaitent être salariés au démarrage de leur vie professionnelle, 46 % sont prêts à s'installer en zone rurale, 54 % favorisent l'épanouissement personnel et celui de leur famille. Pour favoriser leur installation en zone sous médicalisée, ils ont besoin d'aides financières, de coordination locale avec les autres professionnels de santé et de la mise à disposition d'un local professionnel.

²⁹ Voir annexe 5 : les réseaux.

³⁰ Voir annexe 6 : les maisons pluridisciplinaires.

Le découpage du territoire doit permettre de prendre en considération « les oubliés » dans le but notamment de réduire les inégalités d'accès à la santé, la mortalité...

Mais le territoire peut aussi être envisagé d'un point de vue administratif³¹.

L'ARS Rhône-Alpes - selon son directeur, Denis MORIN - veut une présence forte de l'agence sur les territoires (50% des effectifs). Dans chaque agence territoriale, il y aura un pôle unique réunissant la médecine de ville, l'hôpital et le médico-social sans cloisonnement. La Direction régionale se veut porteuse de projets et souhaite lutter contre les cloisonnements. Le thème essentiel, pour le directeur de l'ARS, est la **lutte contre les inégalités** en matière de santé (inégalité de santé, inégalité d'accès à la santé).

La DRESS a établi des cartes significatives sur les bassins de vie renforçant l'idée de l'ancrage territorial car **les inégalités sont dans les cantons, dans les bourgs**. Il faut travailler sur les déserts médicaux liés en partie à l'évolution négative de la démographie médicale.

La région Rhône-Alpes se caractérise donc à la fois par une jeunesse plutôt dynamique mais confrontée à des enjeux de santé à ne pas négliger et par une population vieillissante, dont les besoins particuliers doivent être pris en considération.

La Région Rhône-Alpes a d'ailleurs développé une politique en faveur de la santé avec, entre autres comme axes prioritaires **la prévention en santé chez les jeunes, la réduction des inégalités et les besoins spécifiques de certains territoires**, à travers notamment le **soutien aux maisons de santé**.

III. Problématique

A partir des besoins repérés dans les populations cibles (jeunesse et personnes âgées), et plus particulièrement au sein des publics en difficulté, il s'agit pour le CESER de repérer quelques unes des conditions à réunir, quelques éléments facilitateurs, pour une bonne santé des Rhônalpins.

IV. Objectifs

En partant des parcours de santé (repérés par la commission 5 du CESER) tels qu'ils sont vécus sur les territoires, cette contribution s'attache à comprendre les besoins, à essayer de repérer les difficultés, à proposer des leviers et faire des propositions pour essayer de réduire les difficultés liées au secteur sanitaire et médico-social en région Rhône-Alpes.

De plus, à partir des bonnes pratiques dans les territoires et des différents éléments recueillis, cette étude permet au CESER de se mettre en position de contribuer à la définition des priorités qui seront retenues par le projet régional de santé de 2011 et les projets territoriaux de santé.

Enfin, en cette conjoncture économique particulièrement difficile, il convient aussi de se demander en quoi les facteurs de précarité influent sur la santé.

Pour essayer de répondre à l'ensemble de ces enjeux, la contribution s'intéresse à la santé dans son ensemble, de la santé psychique à la médecine du travail, la médecine scolaire... en allant au-delà **du seul aspect des soins médicaux pour tenir compte du médico-social**.

A partir des besoins repérés dans les populations cibles, et plus particulièrement des publics en difficulté, le CESER entend essayer de faire émerger des priorités et des préconisations.

³¹ Voir annexe 7 : audition de Denis MORIN, directeur de l'ARS Rhône-Alpes

V. Méthodologie

La commission 5 est partie des travaux déjà existants du CESER en matière de santé :

- Débat sur santé et aménagement du territoire - rapporteur : Jean-Pierre CLEMENT (AP 22 juin 1999).
- Avis à propos du Schéma régional de l'Organisation sanitaire Rhône-Alpes 1999-2004 - rapporteur : Jacqueline GUICHARD (AP 19 octobre 1999).
- Avant-projet de Schéma régional de l'Organisation sanitaire (SROS 3) pour la période 2006-2010 - rapporteur : Daniel JACQUIER (AP 8 novembre 2005).

Pour éviter l'éparpillement, devant les nombreuses études sur le thème, la commission 5 a fait le choix de recentrer le sujet en s'appuyant sur des exemples concrets en Rhône-Alpes repérés lors des journées d'études, des auditions ou des entretiens, pour apporter une réelle valeur ajoutée pratique aux divers travaux existants.

A l'occasion de journées d'études, la commission s'est rendue sur les territoires et a beaucoup appris sur les besoins et les problématiques en milieu rural.

La visite de **la station médicale Léopold Ollier dans la commune « Les Vans » en Ardèche** en juillet 2009 a par exemple mis l'accent sur les besoins de mutualisation et d'adaptation de l'offre de soins aux bassins de vie.

Il en est de même lors de la visite de **l'hôpital de Beaupaire en juin 2008** avec un intérêt particulier sur les formes de coopérations possibles dans un objectif de rapprocher au maximum le patient de son lieu de vie tout en intégrant les difficultés liées à la démographie médicale.

La commission a aussi souhaité auditionner des personnes clefs³² en matière de santé. Chacune de ces auditions a permis d'approcher l'état des lieux de la santé en Rhône-Alpes. **La contribution du CESER doit partir des usagers, des citoyens rhônalpins pour déterminer quels sont leurs besoins.** Elle s'adresse à tous les acteurs de la santé publique comme par exemple la Région Rhône-Alpes, mais aussi aux professionnels de santé, aux usagers, et à tous les décideurs.

- A partir des informations recueillies lors de ces visites et auditions, la contribution s'articule autour de deux parties :
 - **la trajectoire de santé des jeunes**
 - **l'accompagnement pour répondre au vieillissement de la population**

Ces constats amèneront à certains **enseignements et préconisations.**

³² Voir remerciements.

1. Le parcours de santé des jeunes rhônalpins : développer la prévention et faciliter l'accès aux soins

Avec les évolutions politiques, sociales, économiques des 30 dernières années, il est hasardeux d'enfermer la jeunesse dans une tranche d'âge, notamment du fait de l'allongement de la scolarité, d'une insertion plus tardive, d'une prise d'indépendance différée... La jeunesse est plurielle, ce sont des jeunesses dont il faut parler. Elles sont multiples, diversifiées, vivant des réalités très différentes et directement reliées à un environnement sociétal et familial complexe et en changement rapide et permanent (ce qui ne peut qu'influer sur une période de vie de pleine transformation—physiologique, psychologique, sociale...).

Quelques indicateurs pour la région Rhône-Alpes, chiffres 2006, selon Marie SANDOZ de l'Union régionale pour l'habitat des jeunes Rhône-Alpes (URHAJ) :

- 231 000 étudiants, 1/5 est étudiant,
- 39 000 sont apprentis,
- 106 000 utilisent les services des missions locales.

Cela induit aussi des comportements et modes de vie distincts selon les différents âges concernés, les lieux de vie, les situations dans lesquelles ces différentes jeunesses se trouvent placées. **Les jeunes ne doivent bien évidemment pas être considérés comme un problème mais**

bien comme une ressource globalement en bonne santé au XXI^{ème} siècle (santé bucco-dentaire, suivi psychiatrique ont largement progressé). Cependant, on voit s'accroître des pratiques et des consommations à risque, résultants d'un environnement social et économique difficile provoquant des situations de mal-être et de souffrance psychique qui peuvent avoir des conséquences néfastes. L'accès à la santé reste également un problème pour certains d'entre eux, comme l'a indiqué Marie SANDOZ³³. Les difficultés résident aussi, selon elle, dans **la carence de chiffres précis par département** sur les caractéristiques santé de la jeunesse.

Les politiques jeunesse³⁴ sont éclatées entre plusieurs secteurs (secteur temps libre, secteur sport, culture, santé, emploi) dans lesquels sont prises en compte - ou pas - les questions de jeunesse, mais la jeunesse est rarement envisagée de façon globale.

Les politiques jeunesse santé doivent être une aide à l'identification par les jeunes de la construction de leur parcours de santé : ils peuvent être des acteurs de leur santé, la santé pouvant faire partie de leur projet de vie. **Il s'agit plus de se donner les moyens de considérer les jeunes, de les accompagner, de les soutenir.**

La prévention doit commencer dès le plus jeune âge³⁵. Il ne faut pas occulter les comportements à risque, même des plus jeunes. Ceux-ci ont un réel impact sur leur santé.

³³ Marie SANDOZ, auditionnée par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 6 mai 2010.

³⁴ Jean-Claude RICHEZ, sociologue et chercheur à l'INJEP rappelle que la prise en compte de la jeunesse par le politique survient dans les années 1930, avec le front populaire, où arrive le temps des loisirs mais pas encore celui des politiques jeunesse car cela s'apparentait à un contrôle de la jeunesse (type Etat totalitaire ou communiste). Il faut attendre 10 ans, sous Vichy, pour que l'Etat élabore des projets liés aux problématiques de la jeunesse (agrément des associations). La IV^{ème} République délègue beaucoup aux associations qui sont puissantes à l'époque (Francas, MJC, Léo Lagrange). Avec la V^{ème} République, l'Etat reprend le contrôle à travers deux axes : équipements de structures de proximité (centres sociaux, MJC, club 1000) et création du FONJEP (un fonds de coopération soutenant l'emploi pour la professionnalisation des acteurs). Par la suite, la question de la jeunesse ne sera plus jamais aussi forte et on assistera alors à un déplacement vers des politiques d'insertion, des politiques de la ville.

³⁵ La médecine universitaire prend le relais pour les étudiants, la médecine du travail pour les jeunes entrés dans la vie active. Il reste le problème des jeunes sans travail et non étudiant qui, pour beaucoup, ne bénéficient plus que d'un suivi minimum.

1.1. La prévention et l'information indispensables pour éviter la fragilité des jeunes face à la santé

Les jeunes n'ont guère le souci de leur santé. Dans le cadre de leur éducation scolaire, on leur propose de l'éducation civique mais peu d'information sur la santé. Il faudrait **créer le lien entre éducation et santé**. Il faut sensibiliser les jeunes. Il existe plusieurs moyens, différents outils pour prévenir et informer.

1.1.1. La Protection maternelle infantile et la médecine scolaire

Elles permettent de suivre l'enfant de sa naissance à son entrée en primaire.

- La PMI

Le rôle des PMI³⁶ est primordial même si leur organisation ne permet pas de gérer les urgences après 16h - 17h (heure de fermeture). La gratuité des soins est relative, par exemple, les familles doivent acheter les vaccins non obligatoires. Les médecins de PMI n'ont théoriquement pas le droit de faire des prescriptions.

- La médecine scolaire

- Le système

Tous les enfants des écoles publiques doivent être vus dans leur 6^{ème} année, plutôt au premier trimestre. La prévention est donc importante. Les parents sont associés et orientés vers des spécialistes selon les besoins (orthophoniste, psychologue scolaire...). Les enfants des écoles privées ne sont donc pas automatiquement vus.

Après 6 ans, la LOLF et le Code du travail ne prévoient rien pour les mineurs, hormis ceux qui travaillent sur des machines dangereuses. Les enfants ne sont donc plus suivis à l'école, sauf selon la loi de 2005 sur les handicaps, pour les maladies chroniques. Or, après 6 ans, des troubles non détectés auparavant peuvent surgir.

On ne parle d'ailleurs plus de service de santé scolaire mais depuis 2001 de mission de santé scolaire avec les acteurs traditionnels que sont les assistantes sociales, les infirmières, les médecins, représentant 3 corps indépendants (par exemple, les infirmières sont sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement). **Il est alors difficile de faire une vraie politique de santé coordonnée, pourtant, l'articulation entre tout le corps médical est vraiment primordiale.**

- Les problématiques de santé et le recueil des informations

Dans le cadre scolaire, les médecins constatent que d'une manière générale, **la santé des jeunes s'est améliorée**, même l'hygiène bucco-dentaire qui reste cependant plus aléatoire. En terme de prévention, de formation et d'information, Jacqueline BOSLE, médecin généraliste à la Duchère, serait favorable par exemple au financement, par la collectivité, d'un dentifrice et d'une brosse à dents à l'école, pour se brosser les dents après la cantine.

Subsistent beaucoup de troubles de l'apprentissage, de troubles du langage, des problèmes d'obésité comme l'a fait remarquer Christophe GUIGNE³⁷. Chaque territoire a ses particularités : en Haute-Savoie par exemple, les accidents de circulation et de montagne sont importants.

³⁶ PMI, qui concerne l'action médicale infantile, est un système de protection de la mère et de l'enfant créé en France par une ordonnance du 2 novembre 1945. C'est une compétence obligatoire du département. Elle a un rôle de prévention médicale, psychologique, de suivi de la santé des moins de 6 ans.

³⁷ Christophe GUIGNE, médecin conseiller technique de l'Académie de Grenoble, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 6 mai 2010.

Les statistiques proviennent des inspections d'académie, avec beaucoup d'informations analysées et croisées (boursiers, taux d'absentéisme, taux d'échec...), tous les indicateurs sont utilisés. L'outil statistique est très complet avec création d'un tableau de bord, d'un classement d'établissements. C'est d'ailleurs en fonction de ces données que le personnel est affecté. Dans chaque établissement, un repérage des besoins est fait, suivi d'une amélioration de la prise en charge et enfin d'une évaluation.

Il est demandé aux enseignants de signaler les enfants qui vont bien, qui n'ont pas de difficultés. Pour eux, l'examen sera plus léger, avec un bilan standard par le service infirmier. Le temps dégagé sert au suivi des plus en difficulté. **Le rôle de la mission santé scolaire est de repérer, pas de remédier directement.**

En Haute-Savoie, 13 % des élèves sont vus par les assistantes sociales pour des difficultés matérielles ou administratives, des comportements scolaires, des difficultés familiales et des tentatives de suicide.

Mais le suivi des enfants reste difficile car il y a peu de médecins scolaires (concours + rémunération faible + un recrutement parfois hors de son département).

Il est parfois difficile de rencontrer les parents, le personnel médical de l'établissement n'hésite pas à aller les voir sur le parking à la sortie des classes.

L'infirmière a un rôle clé dans les écoles : elle **accueille, écoute et accompagne** les élèves pour quelque motif que ce soit dès lors qu'il y a incidence sur leur santé ou leur scolarité ; elle **organise** les urgences et les soins, elle **assure un suivi** infirmier de l'état de santé des élèves et contribue à la visite médicale des 5-6 ans, elle **développe une dynamique** d'éducation à la santé. Elle gère aussi la cellule d'urgence, elle favorise la scolarisation des enfants ayant des troubles de la santé sur une longue période, elle travaille sur l'hygiène, la sécurité, l'ergonomie.

L'assistante sociale s'occupera plus particulièrement de l'insertion scolaire et sociale, de l'intégration en milieu scolaire notamment pour les jeunes atteints de handicaps ou de maladies chroniques, de la protection des mineurs en danger ou susceptibles de l'être, de l'orientation vers la vie professionnelle et de l'élaboration de projets destinés à prévenir et à traiter les inadaptations.

- Au collège

Les enfants ne sont plus vus par un médecin. Seules une infirmière et une assistante sociale sont présentes. Quant aux actions collectives d'éducation pour la santé, elles sont relativement rares du fait d'un manque de personnel (en 6^{ème}, est prévue une action sur la prévention routière, puis en 5^{ème} sur la sexualité...). Sont plutôt privilégiés les élèves en difficulté.

Exemple d'expérience :

6 séances sur la violence en 6^{ème} et 5^{ème}, avec des mises en situation (je me suis fait piquer mon blouson, on m'a pris mon argent de poche...). 2 ans après, il y a toujours autant de bousculades, d'impolitesses, rien n'a changé et pourtant, lorsque les élèves sont questionnés, ils considèrent que cela va beaucoup mieux. Il y a un décalage entre la représentation de la violence et la réalité. Mais pour la santé mentale, ce qui compte, c'est le ressenti.

Les départements pourraient intervenir à travers un livret informatif, un agenda, un jeu de société informatif sur la santé.

- Au-delà de ce suivi organisé, la politique de formation et de prévention doit être renforcée, même si quelques outils existent.

1.1.2. L'éducation à la santé

Il est difficile d'obtenir des données territoriales sur la jeunesse et la santé, d'où l'intérêt de travailler en coordination avec les mutuelles, l'assurance maladie et l'ARS pour améliorer les ressources de chiffres. **Les données nationales proviennent des données régionales non publiées. Il faudrait trouver un moyen de les obtenir.**

Au-delà des statistiques, pour sensibiliser les jeunes à leur santé, il ne faut pas hésiter à les associer dans de réelles démarches de participation aux politiques qui les concernent.

Même s'il existe certaines circonstances pour faire un bilan sur la santé du jeune, une **professionnalisation d'un service d'information doit être développée.**

- La visite chez le généraliste

Au-delà de la médecine scolaire, une visite pour un certificat médical sportif est l'occasion de faire une visite médicale³⁸ avec un point sur les vaccins, les addictions, la contraception.

- Le médiateur santé

Dans ces domaines, il est important de recourir à des professionnels qualifiés. Le médiateur santé³⁹ peut être cet intermédiaire entre le jeune et sa santé. Le travail du médiateur santé doit faire prendre conscience de l'importance de la mutuelle, des droits, de la prévention... Il a un rôle d'information et d'orientation sur les structures ressources. Il doit même pouvoir assurer un accompagnement physique vers les structures si nécessaire, voire des évaluations des problématiques de santé si le médiateur en a la compétence. **Il a aussi un travail d'écoute et de soutien moral, de sensibilisation des plus jeunes publics.**

Selon le CESER, ce type de profession devrait être développé et soutenu par les collectivités, que ce soit par l'aide à la formation, le cofinancement de poste ou encore la communication sur la pertinence de ses missions.

- Les Maisons des adolescents (MDA)

Comme l'a expliqué Anne-Gwenhael DAUPHIN⁴⁰, les MDA sont nées dans une conjoncture sociétale particulière dans les années 80, qui connaît une augmentation significative du nombre de jeunes (12-25 ans) décédés de morts violentes. Le nombre de suicides effectifs passe de 300 dans les années 60 à 1 000 dans les années 80 sans comptabiliser les conduites à risques et les accidents de la route (1^{ère} cause de mortalité des 12-25 ans). **Le souhait est de travailler sur le repérage précoce des troubles de l'état de santé de l'adolescent et de développer l'accueil et le soin en amont de la psychiatrie et de la pédiatrie hospitalière.**

Quelques dates :

- 1996 : création du Relais Santé Jeunes de la Clinique Mutualiste du Rhône.
- 1997 : la 1^{ère} MDA est créée au Havre.
- 2005 : le programme national de soutien à la création des MDA est lancé suite à la Conférence interministérielle de la Famille de 2004.
- 2007 : le « Plan Santé Jeunes » prévoit la création de 1 MDA /département dans tous les territoires français.
- 2010 : 47 MDA sont ouvertes sur les 80 projets déposés.

Le souhait est de travailler sur le repérage précoce des troubles de l'état de santé de l'adolescent et de développer l'accueil et le soin en amont de la psychiatrie et de la pédiatrie hospitalière.

L'âge cible est 12-18 ans.

Leur objectif est de « prendre soin » des adolescents en leur apportant une réponse de santé globale, en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes. Elles ont des missions d'accueil et d'écoute, de soins (prise en charge médicale et suivi), d'accompagnement éducatif et social, de prévention et d'information, de formation auprès des professionnels de santé des jeunes.

La directrice de la MDA du Rhône a précisé que l'accueil est gratuit et anonyme si le jeune le souhaite. La MDA est ouverte au public (les adolescents, leur entourage, les professionnels) du lundi au vendredi de 13h30 à 19h et le mercredi de 9h à 19h. Elle est située dans le 3^{ème} arrondissement de Lyon.

Dans le Rhône, elle est soutenue par la mutualité, dans l'Isère il y a 3 antennes, et une vient d'ouvrir à Annemasse.

En Savoie, dans la Loire et la Drôme, elles sont rattachées à un hôpital psychiatrique.

³⁸ Théoriquement, la visite pour un simple certificat médical pour la pratique d'un sport n'est pas remboursée par la CPAM.

³⁹ BLANC Gwenaelle, PELOSS Lucie. Fédération Rhône-Alpes de l'éducation pour la santé (FRAES). La Médiation santé : un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête. FRAES, mars 2010, 22 p..

⁴⁰ Anne-Gwenhael DAUPHIN, directrice de la maison des adolescents du Rhône, auditionnée par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 1^{er} juillet 2010.

La Maison des adolescents du Rhône est un dispositif ambulatoire prenant soin des adolescents de 12 à 18 ans (extension possible jusqu'à 25 ans selon les problématiques).

En 2009, 872 adolescents ont pris contact, 783 sont venus à la MDA, 2 691 entretiens ont été réalisés, avec une augmentation par rapport à 2008. Les filles consultent plus que les garçons (56 %), pour un âge moyen de 16,6 ans.

C'est à 40 % la mère qui fait la démarche d'emmener son enfant. **La plupart viennent pour des problèmes de stress et d'anxiété (26 %), des soucis relationnels et familiaux (22 %)**. Les autres viennent pour des problématiques liées au scolaire (16 %), aux troubles alimentaires (10 %), à la dépendance : alcool, drogue, jeux..., (6 %), aux problèmes de santé physique (6 %), pour des troubles du comportement, violences (5 %) et enfin pour des grossesses (0,27 %). Cela reflète assez bien les problématiques de santé des jeunes de manière générale. Par conséquent, **les rendez-vous chez le psychologue et le psychiatre sont les plus importants (44 % des entretiens)**.

Comme la plupart des MDA, celle du Rhône manque de moyens financiers, ce qui a entre autre pour conséquence des listes d'attente de plus de deux mois pour la consultation des psychologues. Pour trouver des moyens, l'ARS compte faire dépendre une partie de ses subventions de la mutualisation des moyens avec les autres MDA de la région. Par exemple, est en projet l'achat d'un logiciel commun pour créer des dossiers médicaux personnalisés informatisés.

De surcroît, les conditions de travail sont difficiles car la MDA emploie beaucoup de temps partiels, peu propices au travail collectif et au suivi, alors que l'approche pluridisciplinaire (13 métiers⁴¹) nécessite une coordination optimale.

Toujours dans un souci de mutualisation, des partenariats se créent avec la médecine de ville, les collectivités locales, la justice, l'éducation nationale par exemple, mais il existe effectivement peu de lien avec l'éducation populaire, la maison des adolescents étant plus axée sur des problématiques de santé mentale. Pour autant, les MDA proposent des activités ludiques (théâtre, sport...). **L'idée d'un rapprochement avec le monde de l'éducation populaire est à approfondir.**

Dans le même sens, il n'y a pas de partenariat avec le monde professionnel car les jeunes de la MDA sont pour beaucoup encore dans le scolaire et pas dans des situations d'insertion professionnelle. Le rôle de ces maisons est de traiter la souffrance psychique. Mais on parle d'adolescents en malaise, en difficulté, pas d'adolescents malades.

1.1.3. Le cas particulier de la santé mentale

La santé mentale repose sur trois piliers⁴² :

- La société : en favorisant les valeurs de solidarité, en assurant la sécurité des soins accessibles équitablement et de qualité, en faisant la promotion des habitudes de vie favorables...
- La famille : c'est reconnaître les compétences et les limites, aborder positivement les défis de la vie, faire preuve de sens critique, développer une écoute active.
- Le travail : s'il est un lieu de réalisation de soi, s'il favorise la reconnaissance, et permet la participation à la vie de l'entreprise...

Les problèmes de santé mentale concernent toutes les catégories de la population mais plus particulièrement les jeunes.

Ils n'ont plus d'appétence pour l'école. Plus de la moitié des élèves en quatrième et troisième ne voient pas l'intérêt de venir au collège.

⁴¹ Psychiatre, psychologue, éducateur, médiateur santé, médecin généraliste, directeur d'activité, endocrinologue, secrétaire médicale, agent d'accueil, assistante administrative, psychodramatiste, artiste...

⁴² Claude VOLKMAR, directeur général CREAL, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 2 septembre 2010.

L'école n'est plus perçue comme un ascenseur social ou un moyen d'acquérir un métier. Quant aux élèves qui ont de bonnes notes, ils sont retenus par la peur de quitter leurs parents. Dans les hôpitaux et les établissements scolaires, se sont développés des Services d'assistance pédagogique à domicile (SAPAD) pour essayer d'aider les jeunes. Il est relevé de plus en plus de violence.

L'exemple de l'INSP au Québec :

Mesures :

- Cibles : familles vivant en contexte de vulnérabilité
- Interventions nutritionnelles
- Visites à domicile
- Interventions préscolaires
- Promotion de la santé mentale en milieu scolaire

La Haute-Savoie, comme d'autres départements de la région Rhône-Alpes, se caractérise par un déficit en pédopsychiatres ou même en psychologues qui renvoient à deux difficultés : celle d'accès aux soins et celle du coût économique.

- L'information doit permettre aux usagers de connaître et d'accéder à leurs droits.

1.1.4. L'accès aux droits

La problématique de l'accès aux droits concerne tous les publics et particulièrement les jeunes, que ce soit de l'accès financier, de l'aspect prévention ou tout simplement de la volonté de prendre soin de sa santé et de se soigner. Du fait entre autres de ces multi facteurs, le jeune peut très vite se retrouver en situation d'exclusion. Pour l'accès aux soins, il est donc important de simplifier les démarches et de sécuriser les bénéficiaires⁴³.

Quelques définitions selon le docteur de GOER

- **La précarité** est le risque de perdre quelque chose, une sécurité de vie (logement, emploi...). On peut considérer que 30 à 50 % des français sont en situation de précarité et la majeure partie a la crainte de tomber dans la pauvreté puis l'exclusion.
- **La pauvreté**, la misère, sont le fait de vivre au dessous du seuil de pauvreté, ce sont des notions économiques qui renvoient aux ressources. C'est une accumulation de problèmes dans tous les domaines de l'existence. C'est une situation qui dure dans le temps.
- **L'exclusion renvoie à la question de l'inutilité sociale.** La société fait savoir aux exclus qu'ils sont inutiles. Un système d'auto-exclusion se met en place, avec une « anesthésie psychique ». La personne n'est plus un sujet mais un objet qui lutte pour garder sa dignité.

- Les personnes en situation d'exclusion

*«L'exclusion sociale est l'affaire de tous... ».
« Apprendre de ceux qui sont « en dessous » donne un angle de vue différent mais aussi fondamental que nous qui voyons « de haut » » d'après le docteur de GOER.*

L'exclusion est présente chez les jeunes mais pas seulement, toutes les catégories de la population peuvent être concernées⁴⁴. Le personnel sanitaire et médico-social doit être formé à l'exclusion sociale par et avec les personnes qui vivent des situations d'exclusion Une formation faite par des universitaires, des praticiens et des personnes qui vivent l'exclusion sera complémentaire et efficace, tout comme prendre en compte et organiser les savoirs issus de l'expérience vécue. Le respect est l'antidote au syndrome d'auto-exclusion.

⁴³ Bruno de GOER, médecin, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 15 mars 2010.

⁴⁴ Même si l'on constate que les personnes les plus exclues comme les SDF ont une espérance de vie deux fois moins élevée que les autres.

Se pose à la société la question de ne pas voir l'exclusion (ex : on remplace les bancs par des sièges avec accoudoir dans les gares).

La personne doit se sentir digne d'exister. Plus on en rajoute, plus on la persuade que c'est vrai, et plus elle va nous le prouver.

Les procédures administratives elles-mêmes sont parfois génératrices d'exclusion et de fatigue des acteurs de terrain, ce qui contribue à diminuer les marges de manoeuvre. Les bonnes volontés du personnel soignant sont parfois confrontées aux réalités administratives.

Exemples de réalités administratives :

- Des infirmières qui ne peuvent soigner à titre bénévole des personnes sans droits ouverts car l'administration hospitalière leur refuse au nom des problèmes d'assurance.
- On ne peut plus faire don de médicaments.
- Le temps de délai pour obtenir la CMU est passé de 15 jours en 2000 à plus de trois mois en 2010.

En médecine libérale généraliste, comme le relève le docteur Jacqueline BOSLE⁴⁵ **l'existence de la CMU complémentaire devrait permettre à toutes les personnes de se faire soigner.** Pour autant, les personnes en difficulté ne connaissent pas toujours leurs droits en matière d'accès à la santé. Par exemple, un médecin ne peut refuser de prendre une personne couverte par la CMU, même si la pratique est parfois différente.

En revanche, ceux qui n'ont pas de droits ouverts à la CMU parce que leurs ressources se situent juste quelques euros au dessus du plafond renoncent souvent à se faire soigner (problèmes particuliers pour les lunettes et les dents). **Ils n'en ont pas les moyens financiers, ils n'ont pas de complémentaire santé,** malgré le dispositif de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) qui peut bénéficier à ceux dont les revenus dépassent jusqu'à 20 % le plafond CMU. Ce qui pose le problème du plafond CMU qui serait sans doute à revoir ainsi que les conditions d'accès au dispositif.

Doit être pris en considération le problème des dépassements d'honoraires. Il y a peu de spécialistes qui n'en prennent pas. La croissance du reste à charge pour les usagers contribue aussi à surcharger les services des hôpitaux publics et plus particulièrement les urgences hospitalières puisque leurs tarifications se pratiquent encore en tiers payant et au tarif conventionnel.

- L'information

L'information de la personne est primordiale et pourtant, elle n'est pas toujours optimum.

- Une meilleure lisibilité des documents

L'accès aux droits et à l'information passe par une meilleure lisibilité des documents administratifs. **Il serait utile notamment que les CPAM travaillent sur une meilleure compréhension de leurs documents en vue d'une meilleure information des patients.**

Il faudrait faire des efforts de communication. Les patients ne peuvent comprendre des courriers évoquant les franchises, les participations forfaitaires, les soins hors parcours de soins, les dépassements d'honoraires non pris en charge...

- Le problème de l'ouverture de droits

Les difficultés se situent aussi beaucoup à l'ouverture de droits⁴⁶. Le problème majeur est celui de leur connaissance car un nombre certain de personnes en situation précaire n'ont pas, au moment des soins, de droits ouverts (problèmes administratifs, rupture dans le parcours de vie...) alors qu'ils pourraient réactiver leurs droits ou bénéficier de la CMU.

⁴⁵ Jacqueline BOSLE, médecin, auditionnée par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 15 mars 2010.

⁴⁶ Exemple : les dispositifs d'Etat se retirent de la prise en charge des droits des demandeurs d'asile, ces personnes seront prises en charge seulement par les associations.

- Le rôle des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

La démarche des PASS⁴⁷ est pluridisciplinaire ; sanitaire et médico-sociale. L'objectif est de réinsérer les personnes dès que possible dans le système de droit commun. Les PASS sont la plupart du temps rattachées à un centre hospitalier (qui lui-même n'a plus une politique d'accueil large au public dans l'évolution des missions de l'hôpital) pour des raisons financières ou à des établissements psychiatriques. L'exemple de la PASS Saint-Etienne est intéressant car a été mise en place une unité mobile psychiatrique. **Mais les PASS pourraient aussi tout à fait s'intégrer et se fondre dans un système de maison médicale⁴⁸.**

La mission des PASS repose sur trois piliers : les consultations médicales hospitalières, la délivrance de médicaments par la pharmacie hospitalière et l'accès au plateau technique de l'hôpital pour les examens complémentaires.

Un professionnel référent coordonne les actions, la plupart du temps un assistant social ou encore un éducateur, un conseiller en économie sociale et familiale, une infirmière ou un médecin.

A noter : on retrouve peu de personnes âgées dans les PASS, une des raisons est l'espérance de vie moins importante des populations précaires. Les personnes âgées se dirigent plutôt vers les CCAS.

La PASS au quotidien :

- l'accueil des personnes sans rendez-vous,
- le bilan de leur situation et des droits à faire valoir,
- l'orientation auprès des services ressource de soins et d'accompagnement social,
- la coordination entre les prises en charge médicales (hospitalières) et les mesures sociales.

La problématique principale est le manque de temps médical consacré à la PASS.

Les PASS devraient prendre leur place dans un véritable projet global (prévention, soins médicaux, traitement social...) de santé publique en région Rhône-Alpes.

- Le Centre technique d'appui et de formation (CETAF) et les Centres d'examen de santé

Ils ont un rôle d'observatoire, ils permettent d'avoir une vision de l'état de santé des français. Il y en a 6 en région Rhône-Alpes.

Dans le Rhône, plus de 55 % des personnes en situation de précarité avérée (grâce à des indicateurs, et non pas un simple statut administratif), consultent au centre d'examen⁴⁹.

L'un des objectifs de ces centres est l'éducation thérapeutique du patient pour que les gens deviennent autonomes sur leur parcours de santé.

L'idée est de rapprocher du soin les plus éloignés, notamment les femmes qui ne voient pas de médecins si elles ne travaillent pas, une réelle inégalité ressort.

« Les centres d'examen de santé sont les enfants naturels de l'assurance maladie mais comme les enfants naturels, ils manquent de reconnaissance », Docteur FANTINO, lors de son audition au CESER.

Il s'agit aussi de faire le bon examen à la bonne personne, selon les signes avérés. Les centres essayent de faire le lien avec le médecin traitant, même s'il faut relever des problèmes de périmètre de compétence de la médecine générale, et une inéquité dans l'accès aux soins. Toutes les informations concernant la santé du patient sont transmises au médecin référent. Les examens des centres de santé sont complémentaires par rapport à ceux du généraliste. Ils sont plus approfondis, ce que ne peut pas faire le médecin généraliste notamment à cause du paiement à l'acte (inadapté pour les maladies chroniques) car les examens complémentaires demandent du temps et du fait d'une formation du médecin généraliste pas toujours adaptée. **Les centres d'examen de santé devraient pouvoir s'inscrire dans une médecine ayant les moyens et du temps.**

⁴⁷ Elisabeth RIVOLLIER, médecin, auditionnée par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 1^{er} avril 2010.

⁴⁸ Voir annexe 8 : les PASS en Rhône-Alpes.

⁴⁹ Selon les statistiques du docteur Bruno FANTINO, médecin au Centre d'examen de santé de la CPAM Lyon, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 27 mai 2010.

- La protection sociale et la complémentaire santé.

Jusqu'à 20 ans, la plupart des jeunes sont ayants droits de leurs parents (sauf les étudiants et apprentis qui accèdent plus vite à l'autonomie et au statut d'assuré social). Après 20 ans, certains ne souscrivent pas de complémentaire. Malgré l'existence de la CmuC et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS), l'absence de complémentaire est surtout corrélée au faible niveau de revenu. Les jeunes connaissant mal leurs droits, peu choisissent un médecin traitant, beaucoup renoncent aux soins ou les reportent (23 % d'après l'Observatoire de la vie étudiante), particulièrement pour les soins bucco-dentaires, l'optique et les spécialistes. La principale raison est l'absence de complémentaire.

Il faudrait sans doute revoir à la hausse le plafond de la CMU, pour prendre en considération les effets de seuil, et plus communiquer sur le dispositif de l'ACS. La Région Rhône-Alpes et la Mutualité française ont organisé une journée d'échanges interprofessionnelle le 17 novembre 2009 « L'accès des jeunes à la santé : un enjeu pour l'avenir, des partenariats pour agir » dans le but d'améliorer la communication et la diffusion des outils « santé des jeunes ». Le label santé jeune⁵⁰ est à ce propos un outil pertinent pour améliorer l'accès des jeunes à une complémentaire santé.

Le label santé jeunes

Le label santé jeunes de la Mutualité française Rhône-Alpes (Mfra) peut être utilisé par toute mutuelle affiliée à la Mutualité française et ayant adhéré à Priorité santé mutualiste, à partir du moment où elle signe la charte garantissant aux jeunes de 16 à 30 ans en cours d'insertion :

- Une prise en charge immédiate par la mutuelle, sans stage ;
- Une cotisation à un prix abordable ;
- Une attention particulière des agents d'accueil et la vigilance d'une personne référente au sein de la mutuelle, interlocutrice privilégiée des éducateurs, animateurs et référents santé des organismes d'insertion des jeunes, en particulier en cas de retard de cotisation, de difficultés financières ou d'orientation vers des professionnels de santé sans dépassement d'honoraires ;
- L'accès au tiers payant dans les pharmacies, dans les services de soins et d'accompagnement mutualistes et chez tout professionnel de santé conventionné avec la mutuelle ;
- Un remboursement des soins préventifs, médicaux, paramédicaux, dentaires et hospitaliers sur la base ticket modérateur ou contrat responsable, la mutuelle restant libre de proposer des prestations complémentaires (prévention, contraception, optique, etc.) selon les besoins des jeunes qui s'adressent à elle ;
- *L'accès sans dépassement d'honoraires aux services de soins et d'accompagnement mutualistes et aux réseaux de santé partenaires de la Mutualité, dont la Mfra publiera la liste et les caractéristiques actualisées et qu'elle sollicitera pour valoriser ou susciter leur offre de prestations adaptées à ce public.

Dans ce même sens, la Conférence des présidents d'université (CPU) et les mutuelles étudiantes ont signé un protocole d'accord le 1^{er} juillet 2010 dans le but de rendre plus efficient le système de protection sociale étudiant. Des discussions doivent avoir lieu entre les mutuelles et l'université leur assurant une présence visible au moment des inscriptions. Les mutuelles s'engagent à informer les universités sur leur campagne de prévention.

- Malgré l'importance de ce travail de prévention, il existe quand même **des facteurs de précarisation**.

⁵⁰ Initié par la MFRA (Mutualité française Rhône-Alpes).

1.2. Les facteurs de précarisation

La recherche et la prise de risque sont des caractéristiques de cette période de la vie. Elles représentent la possibilité de se confronter à soi, aux autres, aux possibles et aux limites. Dans une construction identitaire autonome, les adolescents tendent à ces conduites à risques.

1.2.1. Les addictions et les conduites à risque

Quatre problématiques récurrentes de santé des jeunes peuvent être recensées :

- Le mal-être et la souffrance psychique

Les tentatives de suicide augmentent, notamment dans les milieux défavorisés, avec une évolution du passage à l'acte plus rapide que les simples idées suicidaires. Les filles sont plus exposées.

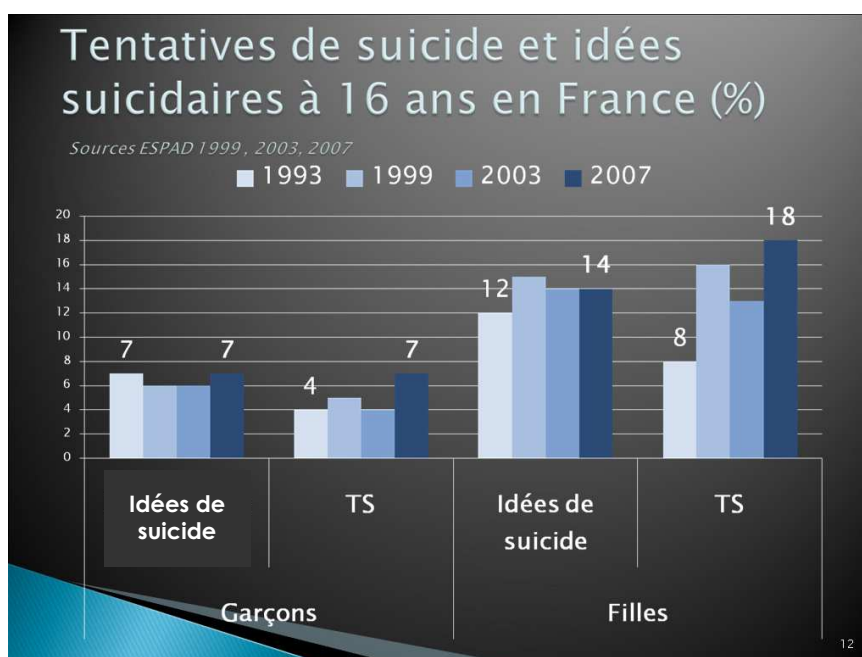


Tableau proposé par Marie SANDOZ, URHAJ

Différents facteurs favorisent la souffrance psychique comme la solitude et l'isolement, les difficultés de gestion du stress, les études, l'emploi et plus généralement la perception négative de l'avenir, ou encore les discriminations et violences subies et les conditions difficiles de vie.

Cette souffrance favorise d'autres problématiques de santé comme la perte de sommeil et d'appétit, la sur consommation de médicaments, de cigarettes, d'alcool, de cannabis.

- La consommation de substances psychoactives, d'alcool et de tabac

La France est mauvaise élève européenne en terme de consommation d'alcool ou de drogue, probablement car le pays est moins axé vers la prévention que d'autres.

La consommation d'alcool est très fréquente chez les jeunes puisqu'elle concerne **75 % des filles et 82 % des garçons à l'âge de 17 ans**⁵¹.

Le phénomène de binge-drinking ou biture-express (consommation excessive d'alcool qui n'a d'autre but que l'ivresse) est très répandu chez les jeunes (étudiants, apprentis...) et peut évidemment entraîner des conséquences graves. Une problématique se pose : celle de l'alcool quasi gratuit dans les soirées étudiantes.

⁵¹ Les données sont issues des différentes enquêtes citées et sont nationales. Il n'existe pas vraiment de données de ce type au niveau régional.

Selon l'Observatoire santé en foyer de jeunes travailleurs⁵², 8 % des jeunes accueillis disent boire de l'alcool tous les jours (en moyenne 3 verres de vin + 3 bières + 5 verres d'alcool fort / jour), avec une majorité chez des garçons de moins de 18 ans, identifiés comme apprentis.

Différentes raisons entraînent les jeunes à consommer : pour faire la fête mais aussi pour 10 % des jeunes accueillis en foyer, pour oublier ou pour avoir confiance en soi.

Le cannabis est consommé par 12,2 % des étudiants (14,2 % dans le Sud-Est) parmi lesquels, le quart a une consommation importante voire excessive.

Les autres drogues illicites sont l'ecstasy, la cocaïne, les champignons hallucinogènes, le poppers, les produits dopants et les autres drogues telles que le LSD et l'héroïne. Peuvent être cités aussi comme diffusion préoccupante la cocaïne (démocratisation), des amphétamines, du crack, de l'héroïne et du GHB.

Les programmes d'échanges de seringues sont aujourd'hui reconnus comme un outil de réduction des risques importants tant pour ce qui concerne les contaminations (VIH et Hépatites) que les overdoses. Ces programmes ont besoin d'être soutenus et leurs acteurs (pharmaciens, associations porteuses, Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (Carrud) etc.) reconnus comme acteurs de santé publique. La question des salles de consommation supervisées pour usager de drogue doit faire l'objet d'une réflexion poussée et sans préjugés.

- Les troubles de l'alimentation et l'hygiène de vie

Selon différentes enquêtes, 30 % des jeunes de 16 à 25 ans ne prennent pas de petit déjeuner quotidien, 20 % des jeunes accueillis en Foyer de jeunes travailleurs ne prennent qu'un seul repas par jour, en général le dîner⁵³. Le grignotage est permanent (55 % des jeunes en foyer, ce qui engendre (entre autres raisons) du surpoids et de l'obésité : 14 % pour les actifs occupés, 16,5 % pour les chômeurs et les inactifs contre 10 % chez les étudiants.

Les garçons sont globalement en meilleure santé que les filles du fait de la pratique d'une activité sportive (57 % des garçons déclarent pratiquer une activité sportive au moins une fois par semaine contre 38 % des filles)⁵⁴.

A titre d'exemples d'actions données par l'Union mutualiste pour l'habitat et l'insertion des Jeunes, nous pouvons citer la manifestation régionale « sportez vous bien » organisée en 2008, qui a réuni de nombreux résidents de foyers de toute la région Rhône-Alpes autour des thématiques sport santé/dopage/alimentation. Depuis 2008, des ateliers « cuisine » se déroulent dans certains foyers pour sensibiliser les résidents sur le « bien manger avec un petit budget », il existe aussi des activités sportives.

- La sexualité, la contraception, la maternité

La pilule arrive en tête des méthodes de contraception chez les jeunes mais du fait d'un manque d'informations ou d'informations non intégrées, une grossesse sur trois est encore non prévue. Le taux de recours à l'avortement, stable depuis trente ans, augmente chez les mineures... Un jeune de 16 à 25 ans sur dix n'est pas conscient que la pilule ne protège pas des infections sexuellement transmissibles.

Quelques chiffres (selon les études des Foyers des jeunes travailleurs)

- 14 % des résidents interrogés disent n'utiliser que de temps en temps le préservatif, en majorité pour le côté inconfortable et 4 % disent avoir oublié d'utiliser le préservatif la dernière fois.
- 29 % des résidents interrogés disent avoir déjà eu recours (ou leur partenaire) à la pilule du lendemain.
- 11 % des résidents interrogés disent avoir déjà eu recours (ou leur partenaire) à une IVG.
- 6 % des étudiantes déclarent avoir eu recours à une IVG (2^{ème} enquête nationale santé des étudiants).

- L'accès aux soins n'est qu'une petite partie de la santé, l'environnement est primordial.

⁵² OS DGS / UNHAJ 2009.

⁵³ Observatoire santé novembre 2009 UNHAJ / DGS.

⁵⁴ Tous les chiffres proviennent du rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Conférence biennale sur la santé des jeunes. DRESS, octobre 2009, 36 p.

1.2.2. Les jeunes et leur environnement familial et sociétal

L'environnement sociétal (emploi, logement, études, structure familiale changeante, produits toxiques...) est déterminant. C'est le cas plus particulièrement des étrangers et des jeunes ; en réglant les problèmes d'hébergement, on soigne de nombreuses pathologies liées à l'environnement.

Les jeunes rencontrent des difficultés à s'inscrire dans une vie sociale et professionnelle que ce soit dû à une situation critique du marché de l'emploi, à une sous qualification, voire une surqualification ou encore à un manque de confiance en soi, autant de facteurs qui favorisent la précarité.

Le contexte familial est primordial.

L'adolescent ne va jamais mal seul, souvent, la famille va mal, selon le docteur NASSIKAS⁵⁵. Plus les relations sont tendues avec la famille, plus l'hygiène de vie est malmenée, entraînant une surconsommation de somnifères, d'anxiolytiques ou de tranquillisants. Au cours des douze derniers mois, 12 % des filles déclarent avoir pris des anxiolytiques, près de 8 % des somnifères et 5 % des antidépresseurs⁵⁶.

Dans les Maisons des adolescents (MDA), les collégiens viennent avec leurs parents, les lycéens plutôt seuls.

Les jeunes de familles modestes sont en moins bonne santé car ils ont moins de moyens et parfois font le choix de moins investir sur certains aspects comme l'alimentation, les conditions matérielles de vie... Les enfants des familles aisées vont plus souvent chez le médecin par simple prévention. **L'inégalité est bien réelle selon le milieu social de provenance des enfants.** Les comportements à risque des parents, leur niveau d'éducation et les conditions matérielles conditionnent les modes de vie des enfants⁵⁷.

Quelques initiatives locales, selon le réseau des centres sociaux

« Amour, sexualité et maladie », Centre social Louis Aragon (Ain)
Le centre social a mené une action de prévention avec le collège de Reyrieux. Les adolescents de la commune de Trévoux ont été sensibilisés à la problématique du SIDA par l'intermédiaire du théâtre forum et d'une exposition ambulante. Cette action a permis à la fois d'informer sur les risques de cette maladie mais aussi d'inciter à débattre de cette problématique au sein du foyer avec les parents. Le partenariat avec le collège a permis de toucher un public assez important.

« Le festival ciné-santé », Centre social de St Symphorien sur Coise (Rhône)

Projection dans de nombreuses communes des Monts du Lyonnais d'une quinzaine de films permettant d'instaurer le dialogue autour de la santé et du bien être. Les projections permettront aux centres sociaux d'organiser des ateliers de dessins, de photos et de journalisme amateur. A Chazelles par exemple, le thème de l'alcool sera abordé à partir d'une exposition (en lien avec une association spécialisée) et une conférence.

Les jeunes précaires ont la crainte d'être expulsés du système scolaire. Cela peut aussi engendrer des troubles à conséquences différées comme de la dépendance ou de la violence.

Le trouble principal pour les plus jeunes adolescents est l'absentéisme, qui peut mener à la désinsertion sociale.

Pour les plus âgés, le tabac est un trouble aussi important que la dépression. Malgré le coût du tabac, le tabagisme est un indicateur de difficultés, de précarité tout à fait intéressant. Des jeunes

préféreront se priver de repas, de soins pour s'acheter des cigarettes, de l'alcool ou même un téléphone portable avec connexion Internet.

⁵⁵ Kotos NASSIKAS, médecin responsable à la MDA du Rhône, auditionné par la commission Solidarités, le 1^{er} juillet 2010.

⁵⁶ Enquête USEM 2009.

⁵⁷ BRICARD Damien, JOSOT Florence, TUBEUF Sandy ; « Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? » Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Dans *Questions d'économie de la santé*, IRDES, mai 2010, n° 154.

Il est intéressant de noter aussi que contrairement à certaines idées reçues, le jeune consulte le médecin généraliste, beaucoup plus qu'il y a 10 ans, pour la plupart, après prise de rendez-vous par les parents. Les médecins devraient d'ailleurs aller plus facilement vers les parents lorsqu'ils ont en face d'eux un jeune avec des troubles de santé.

La santé des jeunes doit être une préoccupation de tous les partenaires. En ce sens, la Région Rhône-Alpes et la Mutualité française ont créé un comité technique santé des jeunes regroupant plusieurs partenaires : Missions locales, URHAJ, LMDE, Forum réfugiés, FRAES, Médecin libéral, MFRA...

Les objectifs de ce comité sont d'affiner l'état des lieux sur les difficultés d'accès à la santé, de prendre en compte la diversité des publics jeunes (jeunes précaires ou en insertion, étudiants, migrants, saisonniers), de recenser les dispositifs et expériences existants (forces, faiblesses)...

Il faut faire participer activement les jeunes, développer des actions ludiques de prévention et de promotion de la santé avec l'édition de guides, d'agendas...

Il faut développer la médiation santé avec un accompagnement spécifique autour d'une approche globale de la santé. Dans le même sens, il faut renforcer la formation initiale et continue des acteurs de santé des jeunes (professionnels médicaux, mais aussi professionnels socio-éducatifs) et notamment en intégrant la notion de précarité / santé.

Il faudrait aussi soutenir et développer les expérimentations qui sont mises en place pour améliorer la prévention santé et l'accès aux droits et aux soins.

Enfin, il est regrettable que peu de données chiffrées soient disponibles que ce soit au niveau régional ou départemental.

- **Les jeunes, malgré des facteurs de risques spécifiques, sont malgré tout globalement en bonne santé, la problématique principale est liée à la préservation de leur capital santé.**
Chez les personnes âgées, les données sont un peu différentes car pour beaucoup, elles sont déjà immergées dans les problèmes de santé.

2. De la proximité et de l'accompagnement global pour répondre au vieillissement de la population rhônalpine

La vieillesse et la dépendance peuvent être des notions très relatives. Des personnes de 40 ans vivent dans la rue, ont 10 ans d'espérance de vie, alors que les autres du même âge ont 40 ans d'espérance de vie. Cela explique en partie pourquoi il y a moins de personnes âgées qui vivent en situation d'exclusion.

Quelques indicateurs en région Rhône-Alpes (source DESB 2009) :

- **1 078 995 millions de retraités** (Ain : 90 375, Ardèche : 64 956, Drôme : 90 692, Haute-Savoie : 108 728, Isère : 201 576, Loire : 160 227, Rhône : 289 222, Savoie : 73 219), soit environ 10% des retraités résidant en métropole, pour un âge moyen de 72,73 ans.
- **7,4 % de plus de 75 ans.**

Selon les études, les cultures, les époques, l'âge de la vieillesse diffère. Pour certains, c'est 50 ans, pour d'autres, 60 ans et enfin, selon la définition qui tend à faire l'unanimité, la vieillesse commence lorsque la personne n'a plus que 10 ans à vivre.

La CRAM, devenue CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) par la réforme

de juillet 2009, développe son action en faveur des retraités autour de 4 principes directeurs⁵⁸ :

- **Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées** fragilisées dans leur vie quotidienne en offrant une réponse personnalisée à leurs besoins.
- **Favoriser les accueils intermédiaires entre le domicile et l'hébergement collectif**, ainsi que la vie sociale et le bien être des retraités.
- **Développer des actions de prévention pour favoriser le bien vieillir.**
- **Renforcer le partenariat et la qualité de l'offre de services.**

L'aide à domicile représente le plus gros des aides apportées. Dans le même temps, l'ensemble des protagonistes acteurs des dispositifs et l'évolution actuelle sont plutôt favorables au maintien des personnes (ayant besoin de soins ou non) à leur domicile.

Quant à la dépendance des personnes âgées (située vers 75 ans⁵⁹), l'idée partagée par tous les acteurs est de faire reculer la perte d'autonomie.

L'approche la plus large de la dépendance consiste à examiner le nombre de personnes souffrant de déficiences sensorielles ou physiques. Trois personnes âgées de plus de 60 ans sur quatre subissent en effet une déficience⁶⁰. Parmi elles, une sur trois a besoin d'une aide technique et presque autant d'une aide humaine. La moitié de ces personnes sont aidées uniquement par leur entourage, 8 fois sur 10 pour l'exécution de tâches ménagères.

La dépendance se définit à travers **l'incapacité d'accomplir seul au moins 3 actes de la vie courante** (se lever, se coucher, se déplacer, se laver, se vêtir, s'alimenter), ou encore par la nécessité de transférer vers autrui des actes nécessaires pour assumer les tâches de la vie courante. L'outil national indicateur utilisé est AGGIR. Trois aspects de la dépendance peuvent être relevés selon M. DADON :

- **la déficience**, qui est l'altération d'une structure physique ou psychique,
- **l'incapacité**, à savoir la répercussion fonctionnelle de cette déficience,
- **le désavantage**, à travers la répercussion sociale de l'incapacité.

⁵⁸ Richard LOYNET, président CRAM-CARSAT, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 1^{er} octobre 2009.

⁵⁹ GILLEROT Hélène. Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix. Ministère de la Sécurité sociale, des personnes âgées, des personnes handicapées et de la famille, mars 2007, 182 p.

⁶⁰ Selon M. DADON, directeur d'EHPAD, pré-cité.

Le niveau de vieillissement n'est pas corrélé avec le niveau de dépendance⁶¹ (nombre de bénéficiaires APA). Les départements qui paieront le plus lourd tribut à la dépendance sont l'Isère, la Savoie et l'Ain. Toutefois, compte tenu de la vitesse de vieillissement propre à la région, et du nombre de personnes concernées, tous les départements seront affectés dans de grandes proportions.

- Que l'on vive âgé en bonne santé ou non, le souhait partagé est de vivre au plus près de son environnement quand il n'est pas possible de vivre dans son environnement.

2.1. Répondre aux attentes de la population vieillissante rhônalpine, au plus près de son lieu de vie

Il existe de nombreuses statistiques ou études sur la santé des personnes âgées en France⁶². La population vieillissante croît de plus en plus et recherche la meilleure qualité de vie possible. Ce résultat à atteindre doit être anticipé par des politiques de prévention plus développées.

2.1.1. Rechercher une qualité de vie dans un souci de proximité et de maintien du lien social

La proximité avec le lieu de vie des personnes âgées et de la famille doit être privilégiée. Les grandes infrastructures doivent veiller à ne pas rompre le lien social et la qualité des soins (nombre de douches par semaine, qualité du repas...). **Il s'agit de se demander s'il faut continuer à construire des maisons de retraite à grande capacité ou si d'autres formes de structures peuvent être plus pertinentes**⁶³.

- Les structures d'accueil

Le nombre d'établissements hébergeant des personnes âgées augmente fortement depuis les années 70. En 2010, les EHPAD concernent 80 % des établissements, le logement en foyers environ 20 %⁶⁴.

En terme **d'équipement pour l'accueil des personnes âgées, l'Ain, l'Ardèche et la Loire ont des taux largement supérieurs à la moyenne rhônalpine**. En revanche, la Drôme ne se démarque pas non plus dans ces domaines, avec des moyennes là encore inférieures à celle de la région, tout comme les deux Savoies, l'Isère et dans une moindre mesure le Rhône.

L'accueil temporaire est très faiblement représenté, sauf dans la Haute-Savoie et la Drôme (4 et 3 %).

Accueil des personnes âgées pour 1 000 habitants, (source DRESS) au 01/01/2009

- Nombre de lits médicalisés : **115,2** lits médicalisés en Rhône-Alpes, **146,9** dans l'Ain, **190,8** en Ardèche, **153,7** dans la Loire.

- Structures d'hébergement : **129,7** en RA, **147,7** dans l'Ain, **187,4** dans l'Ardèche, **138,3** dans la Loire.

⁶¹ Voir annexe 10 le schéma des personnes dépendantes en institution.

⁶² Le **PRIAC** (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) dresse chaque année les priorités régionales prévisionnelles par département du financement de créations ou transformations d'établissements et de services. **L'INSEE**, grâce à son outil de prévision **Omphale**, propose un ensemble complet de données statistiques sur la population à Horizon 20 ou 30 ans, **STATISS** (STATistiques des Indicateurs de la Santé et du Social), mais également les bases Eco-Santé proposent des données actualisées par département et région, le fichier **FINESS**, Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux quant à lui, recense les établissements du secteur...

⁶³ Voir annexe 9 - l'accueil des personnes âgées.

⁶⁴ Selon les données du Cabinet Secafi, source des données FINESS.

- L'Établissement d'hébergement et d'accueil de personnes dépendantes (EHPAD)
En région Rhône-Alpes, on compte plus de 50 000 places mais toutes ne sont pas pourvues pour entre autres, des raisons financières (part financière importante restant à la charge de l'utilisateur ou de sa famille). En Rhône-Alpes, la moyenne se situe à 52,7 lits par établissement, avec de « gros établissements » sur le Rhône, la Loire et l'Ardèche (60 à 73 lits par établissement). La Drôme se détache par le nombre de ses petites structures : une moyenne de 39 lits par établissement. En ce qui concerne le taux d'équipement, 3 départements présentent des taux supérieurs au taux moyen de la région : l'Ain, la Loire et l'Ardèche (qui surpassent tous les autres départements). Les 2 départements ayant les taux d'équipement les plus bas sont l'Isère et la Haute-Savoie⁶⁵.

Entre 67 et 90 % des personnes accueillies sont plus ou moins dépendantes.
Avec un taux plus faible dans le Rhône : 67 %.

. Le coût

Force est de constater une rupture d'égalité : les tarifs sont différents selon les centres d'accueil, au sein d'un même département, voire d'une même commune. Se posent aussi les problèmes de l'inadéquation de l'offre à la demande, avec un risque de sélection par la solvabilité, de la qualité de l'établissement et de son accessibilité géographique. Dans un établissement comme celui de Saint-Etienne⁶⁶, le coût à la charge de la personne ou de la famille est de 1 500 euros par mois, pour un coût total de 3 000 euros (1 500 euros pris en charge par l'assurance maladie). **Le coût moyen de la vie dans les EHPAD est de 1 300 euros par mois.**

La grille PATHOS a permis à certaines maisons de retraite de retrouver un équilibre de fonctionnement. Contrairement à la grille AGGIR qui ne vise qu'à évaluer le niveau de dépendance des personnes âgées, PATHOS est un dispositif qui permet d'évaluer les soins médico-techniques nécessaires pour assumer la prise en charge des pathologies des résidents en maisons de retraite. L'évaluation est accomplie par un médecin avec l'analyse du dossier médical du patient et le listage de l'ensemble des aides qui lui sont apportées. Les différentes informations individualisées recueillies sont traitées par un logiciel pour une évaluation du Pathos Moyen Pondéré (PMP). Cette grille permet ainsi de déterminer, pour un patient donné, un indicateur de niveau de soins à mobiliser.

Selon Charles DADON, directeur d'EHPAD à Saint-Etienne, les maisons de retraite de 80 lits semblent constituer un minimum de fonctionnement pertinent : par rapport au coût, aux difficultés de pallier les absences de titulaires et de recruter des paramédicaux spécialisés (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens,...), en raison des difficultés de pourvoir rapidement aux soins dentaires et ophtalmiques, des difficultés de se substituer aux familles pour transporter les résidents aux consultations de spécialistes, mais aussi du fait du vieillissement des médecins coordonnateurs avec une échéance butoir de 2012 pour la formation professionnelle de renouvellement de cette catégorie.

. L'admission

A titre d'exemple, l'établissement de Saint-Etienne privilégie pour l'admission, les personnes âgées (ou leur ayants-droit) domiciliées à proximité. Le but est de favoriser l'admission des habitants du département de la Loire, et notamment privilégier l'accès des personnes démunies assistées grâce à l'Aide sociale. Cette discrimination géographique a un sens ; **elle a pour but d'éviter l'isolement dans les établissements des personnes dépendantes.** L'EHPAD de Beaurepaire a la même démarche pour les admissions, comme l'a précisé Serge GADOUD⁶⁷, lors de la journée d'études de la commission à l'Hôpital de Beaurepaire.

Dans le Rhône, il n'y a pas de liste d'attente plus grande qu'il y a 5 ans. L'âge moyen des personnes entrant en EHPAD a reculé à 85 ans mais les personnes y entrent avec des

⁶⁵Les chiffres de ce paragraphe viennent des études du Cabinet Secafi.

⁶⁶ Charles DADON, directeur d'EHPAD, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 4 mars 2010.

⁶⁷ Serge GADOUD, directeur de l'hôpital de Beaurepaire.

pathologies plus importantes. Les familles font des inscriptions de précaution ce qui génère des listes d'attente.

A Saint-Etienne, les inscriptions restent valables trois mois. Si au bout de trois mois la personne n'est toujours pas entrée faute de volonté de la famille, la personne âgée est rayée de la liste, sauf demande expresse de la famille. Cela permet de réactualiser les listes d'attente, ce que ne font pas systématiquement toutes les maisons de retraite, d'où des listes d'attente qui semblent durer parfois plusieurs années. La moyenne est de 20 personnes sur liste d'attente. 1/3 des personnes est renouvelé par an.

L'exemple de l'Ain est significatif en terme de taux d'équipement.

Le taux d'équipement dans le département de l'Ain, la région et la France pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

	Ain	Rhône-Alpes	France
Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées (lits de maisons de retraite, dont EHPAD, logements-foyers et places d'hébergement temporaire)	162	140	130,4
Taux d'équipement en places de services de soins à domicile	17	16	15,8
Taux d'équipement en lits médicalisés (lits de section de cure médicale en maison de retraite et logements-foyers, lits d'EDPAD, lits de soins de longue durée)	129	101	73,2

Conseil général de l'Ain, lors de son audition

La part de la population dans le département de l'Ain, la région et la France pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus

	Ain	Rhône-Alpes	France
Population 1999			
Part de la population âgée de 60 ans et + en %	18,9	16,02	23,3
Part de la population âgée de 75 ans et + en %	6,7	6,9	7,7

Conseil général de l'Ain, lors de son audition

Il faut renforcer l'aide à la coordination des structures avec la mise en ligne de toutes les informations utiles sur les EHPAD, en proposant un dossier unique d'inscription. Chaque structure est libre de mettre ou non de l'information, selon le principe de liberté d'adhésion des établissements.

M. DADON, directeur du plus grand établissement de la Loire, préconise de promouvoir le regroupement par agrégation et non par fusion des maisons de retraite d'environ 80 lits « avec ou autour » d'un centre hospitalier dans une conception de centre gériatrique de santé : polyvalence entre soins « de santé » et soins « d'accompagnement de la dépendance », par partage des ressources humaines et des bâtiments ; avec un rayon d'actions coopératives d'environ 20 km à partir d'un centre hospitalier référent.

- Les Maisons d'accueil rural pour personnes âgées (MARPA) et les Petites unités de vie (PUV)

Certaines personnes âgées recherchent des appartements multiservices avec des prestations occasionnelles de soins et/ou font appel aux SSIAD pour recevoir des soins à leur domicile.

Le Conseil général de l'Ain a développé le concept de PUV mais qui contrairement aux EPHAD ne sont pas habilitées à l'aide sociale dans le département. Il faut quatre équivalents temps plein dans une petite unité de vie. La coordination est forte avec le réseau sanitaire constitué. La PUV est l'intermédiaire avant de rejoindre l'EPHAD. C'est un relais pour les personnes en voie de devenir dépendantes.

Ces PUV se caractérisent par des petites structures de 24 logements privatifs adaptés, organisés autour d'un pôle de services : restauration, services ménagers, animation, sécurité.

Pour ces structures, le département a passé une convention avec la Mutualité sociale agricole (MSA) avec pour objectif une couverture équilibrée du département de l'Ain, la création de MARPA en milieu rural et de PUV en milieu périurbain. **Ce type de structure semble plus adapté aux besoins socio-économiques du monde rural, plus souple, plus respectueux de la personne âgée.**

Si l'Ain a développé ces petites structures, l'offre d'accueil familial reste très limitée.

- L'accueil familial

C'est la situation où une personne dépendante (adulte handicapé, personne âgée) est "nourrie, logée, blanchie" et accompagnée quotidiennement au domicile d'un accueillant familial agréé par le Conseil général. L'accueillant est rémunéré pour s'occuper de la personne dépendante. Il peut s'agir d'une solution alternative au placement en établissement ou pour une personne dont le retour au domicile est devenu impossible, suite à une hospitalisation par exemple. Le séjour peut être temporaire, le temps de laisser la famille proche se reposer un temps.

L'accueil familial devrait être plus développé et aidé. Il doit se professionnaliser avec un contrôle qualité renforcé.

- Le maintien à domicile

Si les conditions médicales le permettent, le maintien à domicile reste la solution idéale pour la personne âgée qui préfère la plupart du temps rester dans son environnement. Il s'agit au maximum de laisser les personnes dans une proximité de leur milieu de vie avec une aide à l'aménagement du logement en lien avec le CALPAC (exemple de l'Ain).

Les métiers du service à la personne⁶⁸ et plus particulièrement l'aide à domicile des personnes âgées trouvent alors tout leur sens. Leur développement est un véritable enjeu de société eu égard au vieillissement de la population, pour autant les difficultés demeurent. Les professionnels du secteur trouvent regrettable que le plan Borloo ait confondu l'aide à domicile et les services à la personne incluant l'aide aux devoirs, la garde d'enfants..., car, **l'aide à domicile a de plus en plus une composante médico-sociale.** Le travail consiste à aider pour la toilette, le lever, le coucher, la prise de repas, l'accompagnement à l'extérieur du domicile, et parfois les premiers soins (pansements...).

- La précarité du secteur

Les associations ou entreprises dans le domaine de l'aide à domicile se concentrent plutôt en milieu urbain pour des raisons de surcoût (trajets, accessibilité, frais kilométriques...). Il n'est pas prévu par les décrets qu'elles soient représentées en tant que telles dans les conférences de territoire alors que 80 % des plus de 75 ans vivent à domicile.

« Tout le monde souhaite de la coordination mais personne ne souhaite être coordonné » (Danièle DUMAS, ADMR).

Les associations d'aide à domicile ont besoin **d'accompagnement en terme de financement**⁶⁹.

Elles ont aussi besoin de **mutualisation**. Dans ce sens, il faut cependant souligner l'initiative de l'UNA avec l'UNCCAS et la Mutualité française de créer **France domicile, un portail d'information sur les différents prestataires dans les territoires.**

Pour autant, les associations d'aide à domicile ont une véritable culture du service public avec intégration de la notion de continuité du service 7/7 jours et 24/24h⁷⁰.

⁶⁸ Voir la lettre de la DIRECCTE de mai 2010 sur les services à la personne en Rhône-Alpes.

⁶⁹ Danièle DUMAS, ADMR Rhône-Alpes et Jean-Pierre GALLAIRE, UNA, auditionnés par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 7 janvier 2010.

⁷⁰ Les services d'aide à domicile ont été inclus dans le secteur social et médico-social par une loi de 2002 renforcée par une ordonnance du 1 décembre 2005.

L'ADMR a donné l'exemple de la Drôme qui se caractérise entre autres par l'isolement géographique de certaines personnes âgées, par des familles en grande détresse qui font la démarche de se tourner vers l'aide à domicile mais qui sont insolvables.

- La précarité des intervenants

Le secteur social et médico-social est l'un des principaux « pourvoyeurs » d'emplois en région Rhône-Alpes. Pourtant, la précarité est souvent de mise.

Le temps partiel peut-être plutôt subi que choisi dans le domaine de l'aide à domicile. La précarité se définit à travers la multiplication des CDD (très courts avec liste de nombreuses personnes en réserve), le niveau des revenus, l'absence de qualification et de formation, le turn-over, les conditions de travail... Se pose le problème de la qualification ; les exigences et les besoins des usagers sont de plus en plus importants, ce qui renvoie au coût et à la rémunération, ainsi qu'au temps de déplacement pertinent en milieu rural.

En zone rurale, il peut aussi être évoqué les problèmes de recrutement, notamment dans les territoires de montagne comme l'Isère, la Savoie ou la Haute-Savoie. Les **besoins en terme de formation** des employés sont significatifs, il ne s'agit plus seulement de « petits boulots » mais d'accompagner des personnes fragiles, l'action des intervenants se fait de plus en plus souvent à la limite des soins. **Est constaté un glissement des tâches entre l'auxiliaire de vie sociale, l'aide soignante et l'infirmière.**

A noter : en Savoie, une expérimentation de garde itinérante de nuit est en cours par l'ADMR.

- Les constats relatifs à la population âgée à domicile

Les personnes faisant appel aux services de l'UNA⁷¹ sont majoritairement âgées de plus de 75 ans. L'élément déclenchant du recours à ces services est la plupart du temps lié à un incident de santé (maladie, hospitalisation, chute) qui limite les capacités de la personne lors de son retour à domicile. Elles sont de plus en plus âgées et dépendantes. Le nombre d'intervenants à domicile pour une même personne est en croissance, posant le problème de leur coordination. Selon M. GALLAIRE, l'insuffisance du nombre de places d'HAD et de SSIAD entraîne un transfert sur les services d'accompagnement d'activités relevant de ces services. Le ralentissement de la création de places en EHPAD entraîne le maintien à domicile de personnes relevant d'une surveillance et d'une assistance permanente au mépris de la sécurité et de la bienveillance des personnes. Le suivi médical des personnes repose sur la vigilance des personnels d'intervention à domicile qui ont souvent des difficultés pour mobiliser les professionnels libéraux de proximité et n'ont pas toujours la formation adéquate.

La prévention est quasi inexistante vis-à-vis des populations âgées à domicile. Les pathologies qui les concernent le plus comme les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires, les déficiences visuelles et auditives et les troubles cognitifs devraient faire l'objet de programmes de prévention adaptés mettant en jeu leurs interlocuteurs les plus fréquents : aides à domicile, aides soignants et infirmiers. Des prestations d'accompagnement chez les médecins spécialistes permettraient d'en améliorer l'accès aux personnes âgées dans le cadre de projets de soins gérés par les médecins généralistes traitants, comme l'a expliqué M. GALLAIRE lors de son audition au CESER.

Quelques chiffres pour le secteur de l'aide à domicile :

- Un taux de survie des entreprises à 5 ans de 43 %, contre 61 % dans les autres secteurs.
- Un taux de création annuel en 2006 égal à 4 fois celui des autres entreprises.
- Une part des entreprises de moins de 5 ans dans l'activité considérée de 60 %, contre 32 % dans les autres secteurs.
- La féminisation : 97,7 % de femmes en 2007, contre 42,9 % dans les autres secteurs.
- En 2005, le salaire moyen annuel brut était de : 19 426 €, contre 29 761 € pour les autres secteurs.
- En 2007, 38 % des salariés n'ont aucun diplôme, contre 27 % dans les autres secteurs.

CEREQ, « Portraits statistiques de branche, secteur aide à domicile », novembre 2008.

⁷¹ Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles : un réseau de prestataires de services à domicile et à la personne.

- Le manque de transparence de l'information

Pour les usagers, il n'existe aucune information claire sur les tarifs des différents prestataires, sur la nature de leurs prestations, sur les aides au financement. Une carence dans l'information au public est à soulever, celui-ci n'est pas en mesure de se mettre en situation de choisir un prestataire en pouvant comparer les propositions.

Un organisme de niveau régional ou départemental pourrait avoir en charge ce travail de rescensement-information. Il existe certes, un fichier - **FINESS**⁷² - peu connu du grand public, avec accès à une information sur les établissements, information actualisée au quotidien en fonction des modifications recensées au niveau territorial (ARS, DRJSCS). Le grand public trouvera des informations générales, des adresses mais **pas d'informations concrètes pouvant correspondre aux besoins des Rhônalpins.**

Effectivement, à moins d'effectuer de multiples recherches, **il est quasiment impossible de comparer les tarifs pratiqués pas les établissements d'un même territoire. Il n'existe pas de liste commune d'attente par département ou territoire. De même, il est impossible de pouvoir comparer un ensemble d'établissements sur la dépendance moyenne des résidents accueillis, les modalités d'accueil, les activités...**

- Le logement

Il ne faut pas occulter les besoins d'aménagement du logement (inadapté, voir insalubre) qui font l'objet d'une évaluation des conditions de maintien à domicile. Devant la difficulté d'obtenir des aides, il est nécessaire de créer **un guichet unique**, comme l'a expérimenté le Conseil général de la Loire, pour améliorer les conditions d'accès aux aides, qui est un véritable parcours du combattant.

Les dossiers sont difficiles à monter et beaucoup de personnes de plus de 80 ans abandonnent. Il s'agit d'enjeux de société, d'enjeux économiques et éthiques. **Retarder l'institutionnalisation doit être pris en considération par les décideurs des politiques de santé, ainsi que travailler sur un protocole de fin de vie chez soi. Tout doit être fait pour maintenir les personnes à domicile.**

Développer l'hospitalisation à domicile⁷³ doit se faire en corrélation avec l'augmentation du nombre de lits de répit ce qui permettrait à l'aidant de lui accorder un moment de répit (la personne âgée est alors admise en établissement quelques temps...). Le soutien aux aidants est primordial.

Il faut développer l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les places dédiées Alzheimer, encore insuffisantes dans la plupart des départements de Rhône-Alpes. Il faut aussi développer les structures d'urgence en cas de défaillance de l'aidant car leur absence oblige à un hébergement ou voir même à une hospitalisation.

⁷² FINESS assure l'immatriculation des établissements et entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément, apporte de l'information sur trois domaines : le sanitaire et médico-social, le social, l'enseignement des personnels en santé et en social.

⁷³ La politique d'action sociale de la CNAV va dans ce sens en proposant des aides individuelles tendant à favoriser le maintien à domicile avec des PAP (Plans d'actions personnalisées) ; aide ménagère, accompagnement à la sortie d'hospitalisation, aide au réaménagement de l'habitat, secours exceptionnels, soutien aux aidants, mais elle ne s'adresse pas aux personnes âgées dépendantes.

- Le financement par la CARSAT

La CARSAT participe financièrement⁷⁴ à cette recherche de qualité de vie⁷⁵.

Elle aide les structures souhaitant développer des actions en vue d'améliorer la vie sociale des personnes âgées. Elle favorise la diversification des projets immobiliers permettant des modes d'accueil intermédiaires entre le domicile et l'hébergement collectif, elle aide les structures d'hébergement permanent à développer un cadre bâti de qualité permettant aux personnes encore autonomes de vieillir dans les meilleures conditions avec un projet de vie prévoyant les modalités d'accompagnement médico-social répondant aux besoins des résidents⁷⁶.

La CARSAT entend aussi co-financer des projets innovants favorisant l'hébergement intermédiaire et la vie sociale en institution (portage de repas à domicile, transport accompagné...).

- En théorie, l'organisation de l'offre va dans ce sens de lien de proximité.

2.1.2. L'organisation de l'offre

Le contexte institutionnel, législatif et réglementaire est en constante évolution.

La mise en place de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) en 2001⁷⁷ a marqué un nouveau tournant en créant un barème national, avec modulation du montant de l'aide en fonction du revenu.

Les Conseils généraux, depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, sont chargés de mettre en œuvre la politique d'action sociale « *en tenant compte des compétences confiées aux autres organismes* ». Le département devient le coordonnateur de l'action gériatrique. Les Conseils généraux ont donc pleine compétence en matière d'action sociale, avec un rôle de pilotage et de coordination à jouer. Quant aux organismes de retraite, ils ont conservé toute latitude pour développer des actions en direction de leurs usagers⁷⁸.

Dans les faits, les Conseils généraux ont pris en charge les personnes les plus dépendantes (GIR 1 à 4) et les régimes de retraite, les personnes les plus autonomes (GIR 5 et 6). Ces évolutions ont été accompagnées par la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en 2004.

Les aides de la CARSAT en chiffres :

- En 2009, 24 905 Plans d'actions personnalisées ont été financés.
- PAP provisoire pour une durée de 4 mois après le retour à domicile, pour un montant maximum de 1 800 euros non cumulable avec une autre prestation d'action sociale, tarif horaire : 18 euros 46 pour un bénéficiaire relevant d'un GIR 5 et 6.
- Pour le logement : 1 700 euros maximum pour une durée de prise en charge d'un an (une fois tous les 5 ans).
- Les secours exceptionnels : 690 euros maximum, une fois tous les trois ans (dettes de loyer ou chauffage, dégâts des eaux, vols...).

⁷⁴ Il s'agit de financements accordés au titre de la branche retraite pour la construction, l'humanisation ou l'équipement d'établissements accueillant des personnes âgées.

⁷⁵ Circulaire CNAV du 26 février 2007 relative aux lieux de vie collectifs et aux modalités d'attribution d'aides financières.

⁷⁶ Ces financements peuvent être alloués sous forme de prêts sans intérêt ou de subventions, si l'aide est inférieure à 15 000 €. En 2009, 8 subventions ont été accordées pour un montant de 60 771 €. Par ailleurs, 7 219 682 € ont permis de financer en 2009 l'humanisation ou la création de structures d'accueil pour personnes âgées. La participation maximale est de 50 % du budget dans une limite de 6 680 euros.

⁷⁷ Loi du 20 juillet 2001 qui crée l'APA, prestation pour les plus dépendants.

⁷⁸ Richard LOYNET, président de la CARSAT Rhône-Alpes, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes.

En Rhône-Alpes, une démarche active de partenariat entre la CARSAT et les Conseils généraux⁷⁹ a été engagée depuis la mise en place de l'APA, avec la volonté de formaliser avec chaque département des conventions de coordination gérontologique prenant en compte toutes les actions mises en place autour du retraité tant en matière de maintien à domicile, de soutien aux projets et aux structures que sur les aspects de prévention, de soutien des aidants familiaux⁸⁰.

- Mais les départements et la CARSAT ne sont pas les seuls à agir en faveur des personnes âgées, dépendantes ou non.

- Le SROS

Le SROS « vieillissement de la population » concerne les plus de 75 ans, dans un objectif de

Les Plans ministériels

Le plan solidarité Grand Age 2007-2012

- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.
- Proposer une consultation gratuite de prévention pour toutes les personnes âgées de + de 70 ans.

Le programme national Bien Vieillir 2007-2009

- Dépister et prévenir lors du départ à la retraite les facteurs de risques du vieillissement.
- Promouvoir l'activité physique et une alimentation équilibrée.
- Porter des programmes de prévention multi thématiques.

Le plan Alzheimer 2008-2012

- La recherche : un objectif national.
- Parcours de soins : garantie de la qualité.
- Une réponse personnalisée et évolutive.
- Le choix du lieu de vie.
- Le soutien des aidants.

fluidité dans le parcours de la personne âgée pour une trajectoire adaptée à sa situation. La notion d'inter filière va répondre aux besoins spécifiques des filières sanitaires et médico-sociales.

En terme de prévention, l'objectif avoué est de repérer les populations fragiles, avec le développement d'un service qualité efficace, et inscription dans le contrat d'une démarche qualité (ex : accès aux médicaments, bien-traitance...).

Le SROS n'est pas directif, il n'impose pas une façon de faire, mais aide à trouver des solutions, à travers les comités de filière, le benchmarking.

Il s'agit de filières prenant en compte le sanitaire et le médico-social, avec présence des usagers⁸¹.

Le rôle de l'animateur filière est primordial pour orienter les personnes vers les structures adéquates. Il est désigné directement par les acteurs ; l'ARH-ARS fournit le cadre, organise la réunion préparatoire puis les professionnels se mettent d'accord entre eux sur leur animation. Il s'agit souvent d'un référent hospitalier pour des questions de moyens mais cela pourrait être aussi un établissement.

Il doit établir le lien avec les professions libérales, avec les intervenants sociaux, chaque réseau concourant à la prise en charge globale ou spécifique des personnes âgées en créant une interface dynamique.

Il doit aussi faire le lien entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

- Les CLIC

Les CLIC ont un rôle essentiel en gériatrie. La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux Conseils généraux le dispositif CLIC copiloté à l'origine

⁷⁹ Conventions signées avec l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie. Démarches en cours en Isère.

⁸⁰ Ces conventions se déclinent autour des échanges d'informations sur les prestations d'aide aux personnes et le principe de reconnaissance des évaluations et des plans d'aide, la coordination de l'action gérontologique, les relations avec les services de maintien à domicile. Des conventions sont aussi signées entre la RAM et la MSA (sur la prévention des chutes, les actions de prévention en MARPA...) ainsi qu'avec la RSI pour le contrôle des structures d'aides à domicile.

⁸¹ L'ensemble des acteurs se retrouve au sein du comité de filière avec l'ambition de produire une charte d'engagement. Les acteurs ne sont pas obligés de faire partie de la filière mais souvent le demandent après-coup. La filière gériatrique est organisée de façon à fonctionner 24h/24, 7jours sur 7.

par le Département et l'Etat. **Ses missions principales sont l'orientation et l'information⁸², la prévention⁸³, la concertation⁸⁴ et l'observation⁸⁵.**

A noter : seuls les CLIC autonomes (non portés par le Conseil général) ouvrent droit à l'aide forfaitaire au fonctionnement et à l'aide au démarrage alloué par la CARSAT (d'un montant pouvant aller jusqu'à 50 % du budget prévisionnel du CLIC).

Il faut encore plus développer le système d'information qui doit servir à une meilleure prise en charge des personnes (ex : dossier médico-social en phase d'expérimentation sur le réseau).
Il faut aussi approfondir l'aide aux aidants.

Le choc démographique, dont l'apogée devrait se situer en 2030 selon le cabinet Secafi, pose la question des moyens à affecter à la montée en charge du vieillissement et à la dépendance. Les acteurs et particulièrement les départements en fonction de la répartition des compétences territoriales seront affectés. Il faudra créer des lits et des places.

De surcroît, les principales variables de la prise en charge sont déjà marquées par l'érosion des moyens humains (domicile/établissement), voire patrimoniaux (établissement). Cet état préfigure les difficultés à venir d'autant plus que le dispositif APA n'est pas pérennisé à moyen terme⁸⁶. Il faut réfléchir dès maintenant à la façon de sécuriser le secteur tant en terme de quantité que de qualité.

Pour renforcer l'efficacité des EHPAD, il faudrait que chacun ait un établissement hospitalier gériatrique référent, ce qui éviterait par exemple d'envoyer les personnes âgées dans les services d'urgence déjà saturés et peu disponibles pour une personne déjà fragile.

Il faudrait une organisation, une régulation des flux sur les territoires pour les structures d'aide à la personne et d'hébergement. La régulation peut être passive avec un simple système de consultation et de déclaration pour les nouveaux services permettant de recueillir des données, ou active avec la mise en place de réseaux, voire de péréquation.

D'un point de vue général sur le soutien financier de ces secteurs, peut être faut-il privilégier la formalisation des données financières, encourager des dispositifs intégrés santé médico-social pour une prise en charge globale de la personne et mettre en place des contrats pluriannuels de financement. L'un des critères de subventionnement peut être aussi la garantie d'un contrôle du respect de l'éthique et plus précisément de la non maltraitance à domicile.

En complément, se pose la question des infrastructures et la nécessité d'une information fluide et lisible auprès des personnes âgées, des futurs bénéficiaires et des familles.

Un site régional avec des entrées par département pour informer de manière croisée sur la localisation des services, les tarifs, les lits disponibles, les particularités des structures et les solutions les plus adaptées à la personne entre l'hébergement à domicile ou en centre d'accueil serait pertinent. L'utilisateur en fragilité a besoin de voir ses démarches facilitées et son information claire.

Sur ces thématiques, un groupe de travail composé des différents partenaires : collectivités territoriales, employeurs, salariés, établissements, financeurs pourrait être créé.

Il faut développer les services à domicile professionnalisés, le maintien à domicile, aider à la recherche de nouvelles technologies gérontologues.

- Pour faire reculer la dépendance qui a un coût certain, à la fois humain et financier, il faut renforcer **les politiques de prévention**, nécessaires à tout âge.

⁸² Le CLIC doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles offrir une aide au remplissage des dossiers de demande nécessaires à leur obtention et à l'orientation de la personne âgée ou handicapée vers le dispositif d'offre de services approprié. Le CLIC oriente vers les associations et services compétents.

⁸³ Le CLIC participe au développement d'actions spécifiques préventives (sorties d'hôpital, commissions d'études techniques contre la maltraitance ...). Il contribue à détecter les situations de crise et de rupture et à les anticiper.

⁸⁴ Face à des situations complexes qui demandent une prise en charge particulière, le CLIC organisera des réunions de concertation et de synthèse regroupant tous les acteurs concernés dans la prise en charge de la personne. Il sera l'initiative de ces réunions pour les situations dont il a la connaissance, dans les autres cas, il pourra être sollicité par les partenaires pour la tenue de ces réunions.

⁸⁵ Il identifie et recense les besoins individuels ou collectifs et les offres disponibles sur le plan local.

⁸⁶ Cf. rapport Cour des Comptes 2008.

2.2. Des politiques de prévention à développer

La prévention est quasi-inexistante auprès des personnes âgées, elle est pourtant nécessaire et permettrait entre autres de faire accepter l'idée d'être soigné s'il y a des contacts en amont. Il faut distinguer 2 concepts : la médecine préventive (difficile quand il n'y a pas de signaux d'appel) et la médecine du risque. Le carnet de santé peut être alors un bon outil de correspondance.

2.2.1. La prévention par l'information

D'un point de vue strictement médical, l'information n'est pas toujours facile à donner. Même lorsque le profil des malades est connu, il reste difficile de mettre en place des protocoles de prévention médicalisée. Même informées, les personnes âgées ont parfois des difficultés à faire les démarches pour aller vers un professionnel de santé.

Les femmes de plus de 75 ans en milieu rural sont celles qui téléphonent le plus tard aux urgences.

Souvent en milieu rural, un grand nombre de personnes âgées vivent chez elles en consultant rarement leur médecin traitant, en n'allant jamais voir les spécialistes et en

vivant dans des conditions d'hygiène déplorables.

Pour informer, il faut connaître les pathologies récurrentes de la population vieillissante.

- Les caractéristiques santé de la population vieillissante

La fragilité est une notion très en amont. **Les signes de fragilité des personnes permettent une certaine prévention : la perte de poids involontaire, la perte musculaire, la dépression, les troubles cognitifs, les problèmes nutritionnels...**

Il y a aussi des trajectoires qui font que l'on sera dépendant ou pas (facteurs comme le bas niveau scolaire, la mauvaise alimentation, la naissance prématurée), ce sont des déterminismes à prendre en considération.

Se développent de plus en plus des maladies chroniques, des affections de longue durée, type Alzheimer, avec des personnes souvent dans le déni ou à l'inverse dans l'anxiété inutile.

L'ADMR constate un nombre croissant de personnes entre 35 et 60 ans atteintes de maladies graves (cancer entre autres) pour lesquelles il existe très peu d'aides financières possibles pour faire appel à ses services.

Sont constatées beaucoup de chutes chez la personne vieillissante⁸⁷ (première cause de mortalité accidentelle) avec une inégalité hommes femmes (2/3 chez les femmes, 1/3 chez les hommes).

Le programme ATOO de la CARSAT

Le programme ATOO s'inscrit dans une démarche de valorisation de ce nouveau temps de vie qu'est la retraite. Elle va au-delà d'une action curative de la personne âgée en situation de fragilité pour agir en amont, avant même que la fragilité n'apparaisse. D'où la création du programme « Atoo, la dynamique senior » en proposant au retraité un accompagnement sur le long terme (1 an à 18 mois). Cette nouvelle approche du vieillissement se centre autour des six facteurs prédictifs du Bien Vieillir dans trois sites (Bourg-en-Bresse, Valence et Lyon) :

La santé physique et les modes de vie : ce thème concerne la nutrition, l'activité physique de loisir ou sportive, les habitudes de vie.

La planification de l'avenir concerne les revenus-dépenses, la gestion de son temps, les préoccupations personnelles.

La santé émotionnelle ou affective concerne l'estime de soi, les émotions, l'identité et la capacité à faire face aux changements.

Le réseau social concerne le réseau personnel ; les soutiens formels et informels ainsi que les activités sociales.

Les activités cognitives concernent la mémoire, la résolution de problème, l'apprentissage.

La quête de sens concerne la philosophie de vie, les valeurs, la religion, la spiritualité.

⁸⁷ 84 % des accidents de la vie courante chez les plus de 65 ans.

Selon les études menées par le CETAF de la zone lyonnaise⁸⁸, les chutes occasionnent 9 300 décès par an, 30 % d'hospitalisation, 50 % des chutes le sont à répétition, le coût moyen d'une chute est de 13 000 euros. 70 % des chutes sont le fait de personnes âgées en bonne santé pour des raisons de perte d'équilibre, de malaise, de pathologies chroniques, les dangers liés au domicile, à l'environnement extérieur, les médicaments, les activités quotidiennes, la peur de chuter, la sédentarité, la dénutrition chronique, la consommation d'alcool.

Une fois le risque de chute repéré, il faut ensuite proposer une réponse. Au niveau des centres d'examen des CETAF, sont mis en place des ateliers qui associent des infirmières et la Fédération française de gymnastique pour travailler sur la prévention des chutes. Il existe une consultation dédiée avec un contenu spécifique et approfondi pour les plus de 65 ans.

Le réseau RESCUE développe aussi toute une action gériatrique axée sur les chutes.

- Les politiques de prévention

Il est important de rechercher des actions qui ont un réel bénéfice pour les patients.

Il existe des différences entre le milieu urbain et rural (difficultés d'accès aux spécialistes, isolement, anonymat...).

La prévention se situe nécessairement en amont du soin, donc la prévention impose un travail en réseau.

L'accent doit être mis sur la prévention et l'optimisation des moyens qui doivent résulter d'une meilleure information et coordination des dispositifs.

- La prévention des personnes âgées doit s'envisager en amont, dès l'insertion dans le monde professionnel.

2.2.2. La prévention par la santé au travail et le suivi post professionnel

La médecine du travail a été créée par les lois de la Sécurité sociale de 1946.

L'objectif des services de santé au travail est de prévenir les atteintes à la santé des travailleurs.

Elle intervient à différents stades : pour évaluer les dangers des conditions de travail pouvant être nocives (risque toxique, gestes répétitifs, postures, stress...) ou plus généralement les contraintes physiques et mentales que la personne pourrait subir. Le deuxième temps concerne la surveillance des personnes au travail (visite d'embauche, arrêt de travail...). La surveillance médicale est renforcée en cas d'exposition à des risques particuliers. Le rôle du médecin du travail n'est pas uniquement préventif⁸⁹ : il ne peut prescrire, mais a la possibilité, en cas de besoin, de proposer des aménagements de poste, des mutations...

Un état de santé déficient

Enquête SVP50 : 12 313 salariés de plus de 50 ans, (Groupe épidémiologique du CISME – CREAPT), selon P. DAVEZIES, chercheur spécialiste de la médecine du travail

Parmi les salariés entre 50 et 60 ans,

- 22 % des hommes et 26 % des femmes présentent des pathologies rhumatologiques
- 17 % des hommes et 12 % des femmes présentent des pathologies cardiovasculaires
- 32 % des hommes et 38 % des femmes éprouvent des difficultés à effectuer certains gestes ou mouvements.

⁸⁸ Bruno FANTINO, CETAF Rhône, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 27 mai 2010.

⁸⁹ Aspect préventif renforcé par la Directive européenne 89/391/CEE du 12/06/1988.

L'impact des conditions de travail est important. Elles interviennent sur la santé des seniors à la retraite, leur rôle est primordial en terme de prévention, avant que ne se déclare la maladie ou l'accident. La prévention permet d'agir en amont pour diminuer les risques identifiés⁹⁰.

La santé au travail concerne plus particulièrement les personnes soumises à un travail dit de pénibilité⁹¹, ce qui renvoie aux difficultés à travailler du fait d'un état de santé déficient, à des astreintes potentiellement pathogènes au long du parcours professionnel ou encore à un vécu difficile les dernières années de vie professionnelle.

Certaines astreintes professionnelles sont reconnues comme pouvant être potentiellement pathogènes : le travail en horaire décalé, le travail physiquement exigeant, le travail répétitif sous cadence avec parfois un cumul de ces astreintes. Ces conditions peuvent générer du stress, un déficit de sommeil et à long terme des pathologies cardiovasculaires, une dégradation globale de la santé.

Le travail des seniors est particulièrement soumis à des difficultés de santé, que ce soit du fait de l'évolution du métier et la capacité à s'adapter, de l'élargissement du champ des responsabilités, de l'intensification du travail. Même si le lien de cause à effet n'a jamais été vraiment démontré, force est d'observer qu'au niveau européen, la France est l'un des pays avec le taux d'emploi des seniors le plus faible, au même titre que la Belgique, l'Italie ou le Luxembourg. En revanche, la Suède arrive première du classement, suivie de très près par la Suisse et le Japon. Cela s'explique en partie par la stratégie nordique d'incitation à l'emploi des seniors axée aussi sur l'amélioration des conditions de travail et la formation permanente.

Il faut trouver des solutions pour réduire la pénibilité en fin de vie active, afin de sauvegarder le capital santé des personnes âgées.

Des actions peuvent être menées pour sauvegarder la santé mentale au travail.

Les politiques de formation et d'explication, de communication doivent être renforcées pour que le salarié soit en mesure de comprendre et d'accepter les changements organisationnels. La définition des tâches et des rôles doit être claire, le travail reconnu, la participation aux décisions doit être privilégiée, les relations humaines ne doivent pas être écartées.

La prévention primaire de la santé au travail passe par la modification ou l'élimination des facteurs de risque. La prévention secondaire se qualifie par l'aide apportée aux individus pour développer des habiletés et des outils pour gérer les situations de tension. La prévention tertiaire va jusqu'au traitement, la réhabilitation et le retour au travail avec un suivi particulier.

Trois groupes en terme de qualité de l'emploi, selon Philippe DAVEZIES

- * Pays scandinaves (Danemark, Suède) et d'Europe continentale (Allemagne, Autriche, Belgique) :
 - Pression au travail importante.
 - Compensée par soutien et reconnaissance.
 - Satisfaction bonne ou très bonne malgré un moins bon état de santé.
- * Pays-Bas, Suisse :
 - Pression faible.
 - Salaires adéquats.
 - Moindre sécurité.
- * Europe du sud (Italie, Espagne, Grèce) et France :
 - Sentiment de sécurité plus élevé, mais qualité de l'emploi (reconnaissance et perspectives) plus mauvaise.

⁹⁰ DELLACHERIE Christian, Conseil économique, social et environnemental (CESE). « la certification des entreprises dans le domaine de la santé au travail ». CESE, juin 2010, 93 p.

⁹¹ Selon l'entretien avec Philippe DAVEZIES, chercheur.

Il est important aussi de ne pas stigmatiser les personnes avec des problèmes de santé. La stigmatisation est une conséquence pernicieuse de la maladie mentale et représente un facteur de risque pour la santé. Elle peut être la cause directe d'incapacité et de handicap, elle est source de discrimination. La résilience trouve alors toute son importance⁹².

- Pour un meilleur suivi de la personne en fin de parcours professionnel, il semble judicieux d'envisager **une transmission automatique du dossier médical de la médecine du travail à l'employé**, pour qu'il puisse, s'il le désire, le communiquer à son médecin traitant.
Sauvegarder la santé au travail, c'est aussi assurer un certain respect, une dignité, une éthique du travail, dans le même sens que l'éthique de l'accompagnement à la fin de vie.

2.3. Vers une éthique de l'accompagnement des personnes âgées

L'accompagnement des malades en fin de vie est l'une des questions soulevées par l'éthique biomédicale.

- La fin de vie

L'accompagnement des personnes âgées renvoie à la notion de fin de vie⁹³ et n'est pas synonyme de prise en charge. Comme nous l'a expliqué M. CHAZOT⁹⁴, c'est une notion différente en gériatrie du fait de la « lenteur à mourir », du « long mourir ». Il est difficile de savoir à partir de quand une personne est en fin de vie même s'il existe quelques repères (frugalité, plaies qui ne cicatrisent plus, lenteur, fragilité, raideurs articulaires et musculaires entraînant des soins de plus en plus difficiles...), autant de pertes progressives qui vont toucher l'ensemble des dimensions de la personne. Il s'agit de faire alliance avec l'autre.

- Maltraitance et bientraitance

La maltraitance des personnes, dépendantes ou non, est un constat récurrent, que ce soit dans les établissements spécialisés ou en maintien à domicile. C'est une des grandes menaces de notre société et selon le Médiateur de la République⁹⁵, elle ne concerne pas que les personnes âgées.

Certains exemples de maltraitance relatés dans le rapport du Médiateur sont poignants et inadmissibles, mais ils ne doivent pas faire oublier le travail remarquable que fait la plupart du corps médical et des personnels pour accompagner au mieux les patients.

Un cadre déontologique semble nécessaire pour tenter de remédier et prévenir l'inacceptable, pour aller vers la bientraitance. Se pose bien évidemment la question de la qualité des soins, des droits des usagers et de l'éthique de manière générale.

Cela passe aussi par des objectifs de soins à atteindre : de soins bénéfiques, proportionnés, individualisés, dans un processus décisionnel permettant un inventaire interdisciplinaire.

⁹² C'est la capacité à « surmonter les difficultés et les problèmes de la vie, à rebondir et à en retirer des leçons positives (Joubert et Raeburn, 1998), « adaptation positive à l'adversité et non l'absence de vulnérabilité » (Waller, 2001), « une catégorie de phénomènes caractérisés par de bons résultats en dépit d'obstacles sérieux à l'adaptation et au développement » (Masten, 2001).

⁹³ Sur le thème, voir la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie n° 2005-370 du 22 avril 2005 parue au JO n° 95 du 23 avril 2005 (rectificatif paru au JO n° 116 du 20 mai 2005).

⁹⁴ Régis CHAZOT, cadre médical à l'établissement Saint-Camille, Lyon 2^{ème}, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 1^{er} juillet 2010. Il a une formation d'infirmier, s'est spécialisé dans les soins palliatifs, et a été directeur d'établissement.

⁹⁵ Voir le rapport annuel 2009 du Médiateur de la République, p 68.

Des chartes déontologiques ont vu le jour dans les établissements mais **de gros efforts restent à faire, encore plus dans les prestations de gré à gré pour lesquelles peu de contrôles existent.**

Par exemple, à Saint-Etienne, une démarche qualité a été mise en place avec 233 ITEMS et une évaluation externe (rendue obligatoire par la loi de janvier 2002). L'évaluation par les usagers se fait à travers le comité de bientraitance. De plus, chaque année, il y a une réunion avec les familles.

La mise en place d'outils pour évaluer les plaintes tels qu'ils existent dans l'hospitalier permettrait de mieux cerner ces problèmes.

En l'absence de moyens, il est très difficile de demander au personnel une disponibilité complète physique et psychique. Par exemple, dans l'établissement Saint Camille, il y a 105 personnes âgées et 2 personnes pour s'en occuper la nuit, la nuit correspondant à 40 % du temps, alors que l'établissement est dans une réflexion de projet de soins individualisés.

S'occuper de personnes âgées demande de prendre le temps de se mettre à leur rythme si on souhaite réellement respecter leur dignité. L'augmentation des ratios permettrait d'avoir un personnel plus nombreux qui aurait le temps de parler avec des résidents dont c'est souvent la seule visite.

Ce serait aussi leur permettre d'accomplir eux-mêmes leur quotidien sans être bousculé : faire sa toilette, manger, se mettre au lit, etc.

Financer des postes d'infirmières la nuit semble donc être une priorité, pour pouvoir évaluer les symptômes, mettre en route des protocoles anticipés (ex : injections, pompes à morphine...).

Il faudrait pouvoir augmenter le temps de psychologue, que ce soit en direction des résidents, des familles ou des équipes.

Des maisons d'accompagnement commencent à voir le jour, il faudrait développer ces expérimentations, comme la maison situé à LE TEIL, en Ardèche.

- La formation nécessaire

Plus que de la formation théorique, il faut de la pratique, des cas concrets. L'aptitude relationnelle ne s'apprend pas dans une formation. Ce sont les échanges quotidiens entre les soignants qui sont les plus efficaces pour garantir la meilleure prise en charge de la personne : sur l'alimentation, la douleur, le confort...

Il est important de former les aidants, les soignants, à l'accompagnement de la famille. Il faut aussi former des médecins coordinateurs et traitants aux soins palliatifs, ainsi que des équipes médico-sociales.

L'exemple des les baluchonneuses québécoises ou « relayeuses à domicile », des gardes de nuit itinérante :

- de 20h30 à 6h30.
- Les interventions programmées qui peuvent être régulières ou exceptionnelles.
- Les interventions non programmées suite à un événement imprévisible, déclenchées par un appel direct de la personne, de son réseau ou de la téléassistance.

La garde de nuit répond à des besoins : aide aux actes essentiels de la vie, sécurisation (vérification du bien-être de la personne, présence rassurante), urgence.

- L'Évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

L'EPP en soins palliatifs⁹⁶ permet une approche de l'éthique menant à une prise de décision partagée et pluridisciplinaire pour le patient en fin de vie (sans occulter le suivi des personnes endeuillées). Elle permet aussi de suivre la pertinence des prescriptions de médicaments.

Ces évaluations pourraient donner lieu à la création de banques de données régionales interactives accessibles aux établissements.

Cela permettrait aussi de développer des partenariats avec les équipes mobiles de soins palliatifs, vers de véritables réseaux de soins palliatifs comme il en existe déjà⁹⁷.

- Les bénévoles et le mouvement palliatif

Le mouvement palliatif a intégré les bénévoles. Par exemple à Lyon, il existe 4 associations très actives. C'est un appui majeur même s'il est parfois difficile d'accompagner une équipe de bénévoles qui doit être formée. Il faut des compétences, du temps...

⁹⁶ Les soins palliatifs se définissent comme des soins actifs de la personne en phase évoluée ou terminale d'une maladie jusqu'à la mort.

⁹⁷ RESONANCE - Rhône, LALLIAVIE -Isère, OIKIA - Loire, SPAD DU FAUCIGNY - Haute-Savoie, etc...

Préconisations

Pour le CESER, il est important de prendre en considération **les besoins concrets des usagers, tels qu'ils sont vécus sur leur territoire** pour optimiser la construction des politiques de santé, et non se fonder uniquement sur l'offre existante. Renforcer l'égalité entre tous les Rhônalpins concernant l'accès aux soins et au médico-social doit rester un objectif prioritaire. Il apparaît aussi **primordial de faire de la prévention globale en amont**, à tous les âges de la vie. Ces préconisations s'adressent **à tous les acteurs et financeurs** (ARS, Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale, Rectorats, outre le Conseil régional, les autres collectivités territoriales...) de **la santé et du médico-social qui devront définir des partenariats pour créer une synergie.**

LES PRECONISATIONS GENERALES

La problématique de l'accès aux droits, géographique ou financier, concerne tous les publics, notamment les plus précaires, ce qui conduit le CESER à formuler plusieurs préconisations d'ordre général :

- Le développement du financement de bourses pour des étudiants en médecine s'engageant à exercer dans les territoires à faible densité médicale, ce qui contribue aussi à faire évoluer la démographie médicale dans les territoires.
- **Les documents et le vocabulaire** des organismes de Sécurité sociale et des complémentaires (feuille de sécurité sociale, mutuelle, devis, franchise...) qui **manquent aujourd'hui de lisibilité**, méritent d'être éclaircis.
- **Les centres d'exams de santé** doivent pouvoir s'inscrire en complémentarité d'une médecine n'ayant pas toujours aujourd'hui les moyens et le temps d'agir en amont dans un cadre préventif.
- **Les PASS**, Permanences d'accès aux soins de santé, méritent de prendre leur place dans un véritable projet global (prévention, soins médicaux, traitement social...) de santé publique en région Rhône-Alpes.
- **Le plafond de la CMU est à revoir à la hausse**, pour prendre en considération les effets de seuil. Communiquer davantage sur le dispositif de l'aide à la complémentaire santé apparaît indispensable.

SUR LE PARCOURS DE SANTE DES JEUNES

1. Prévenir

La prévention peut se concevoir à plusieurs niveaux. Elle consiste à prendre les mesures nécessaires pour faire face à un risque connu et certain. Elle engendre une obligation pour les personnes compétentes de se tenir informées des risques éventuels encourus dans tel ou tel domaine et d'agir en conséquence. La prévention en matière de santé consiste plus particulièrement à concourir au bien-être physique, mental et social. Il peut s'agir :

- **de l'incitation à poursuivre l'inscription en priorité régionale de santé la lutte** contre l'obésité, les addictions (tabac, alcool, drogues, jeux...) ou encore les tentatives de suicide dans une perspective très globale de maîtrise de sa vie,

- . de l'aide au développement de la profession de **médiateur santé qui est un intermédiaire entre le jeune et sa santé** (formation, cofinancement de poste, communication sur l'intérêt de ses missions..),
- . du soutien par le Conseil régional des acteurs, notamment associatifs, concourant à l'accueil des jeunes et des groupes de jeunes.

La dimension éducative est primordiale en matière de santé :

- . **Les actions de prévention, d'éducation à la santé, en partenariat Etat-collectivités territoriales sont à poursuivre, notamment l'organisation de campagnes d'informations ciblées sur la santé** (nutrition, hygiène de vie, drogue, accès aux droits...), avec la distribution d'agendas, de livrets contenant des informations.
- . **Le soutien aux échanges entre établissements scolaires** (voire au niveau européen et bénéficiant de fonds structurels pour le financement) permettrait de réfléchir ensemble à l'éducation à la santé des enfants, au bien-être, (alimentation, hygiène...) par le biais d'organisation d'échanges culturels, de festivals et l'implication des professionnels de santé.
- . Un rapprochement entre **les structures d'accueil des jeunes et les mouvements d'éducation populaire permettrait d'optimiser les compétences.**

2. Accéder aux soins

Le public jeune doit être inscrit comme une priorité dans les programmes régionaux de santé, dans la continuité de ce qui existe, notamment dans le Plan régional de santé publique arrêté en 2006. **La prévention en santé mentale** des jeunes doit être un axe fort au sein de cette priorité.

Tous les partenaires ont soulevé une carence d'informations territorialisées :

- . Le développement **d'une mission d'observation régionale** faisant état de statistiques régionalisées et territorialisées peut être opportun (car il existe peu d'outils statistiques régionaux pertinents sur la santé des jeunes et des moins jeunes).
- . **L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** à destination des jeunes boursiers (étudiants, collégiens et lycéens), des apprentis, des jeunes en insertion ou des travailleurs pauvres, **avec une participation financière des collectivités territoriales** (niveau de compétence et de participation à définir), **de ce qui pourrait être l'équivalent d' « un chèque santé ».**

SUR LA TRAJECTOIRE DES PERSONNES AGEES

1. Prévenir

La prévention reste essentielle à tous les stades de la vie. La prise de dispositions tout au long de la carrière professionnelle contribue à diminuer la pénibilité et à lutter contre les risques psychosociaux et autres au travail et participe au futur bien-être de la personne âgée :

- . A ce titre, pour un meilleur suivi de la personne en fin de parcours professionnel, il semble judicieux d'envisager **une transmission automatique du dossier médical de la médecine du travail au salarié**, pour qu'il puisse, s'il le désire, le communiquer à son médecin traitant.
- . Le fait de favoriser des pôles d'excellence de recherche, des clusters, sur la santé au travail permettrait de mieux cerner les problématiques.

- . D'un point de vue très pratique, un **bilan de santé annuel des personnes âgées** par la mise en œuvre d'un examen approfondi pourrait être réalisé, à l'instar de ce qui existe dans certains centres d'examen de santé.
- . **L'action sur l'habitat et les conditions de vie** avec un schéma régional établissant des critères minima d'hygiène et de salubrité à respecter pour pouvoir envisager de vivre en bonne santé ne doit pas être négligée. Un soutien pourrait être apporté aux associations œuvrant dans ce domaine.

2. Structurer et coordonner l'offre de soins

Il faut une approche plurielle et cohérente avec un décloisonnement souhaitable entre ville et hôpital, sanitaire et social. Dans cette optique, les réseaux sont importants et nécessaires même s'ils ne sont pas les seuls dispositifs sur lesquels on peut s'appuyer. Il faut plus de passerelles entre le secteur hospitalier et la médecine libérale car finalement, il y a peu de relations. Tous les types de structure ont leur importance, avec pour **objectif la réduction des inégalités d'accès géographiques et financières** :

- . Les petites structures maillant le territoire devraient pouvoir être maintenues à côté des grands groupes hospitaliers souvent loin des quartiers, leurs activités devant être réfléchies de manière complémentaire.
- . **Le renforcement des structures d'information et de coordination dans une logique de « guichet unique »**, regroupant les structures existantes, permettrait d'informer sur les parcours pour les personnes dépendantes (établissements, nombre de places, tarif...) en proposant un dossier unique d'inscription, avec plateforme téléphonique/télématique commune. Des déclinaisons dans les maisons du territoire ou les espaces déconcentrés de la Région Rhône-Alpes permettraient une meilleure proximité. L'établissement d'un schéma territorial des moyens de communication domicile/centre « de prestations » serait complémentaire.
- . Il ne faut **pas pour autant négliger les besoins des personnes âgées hors structures d'hébergement**, en soutenant les acteurs de l'aide à domicile en terme de formation⁹⁸, structuration et financement (aide pour les frais de déplacement par exemple, avec prise en charge d'une partie du coût).
- . **Il faudrait développer l'accueil de jour, l'hébergement temporaire et les places dédiées Alzheimer, encore insuffisantes dans la plupart des départements de Rhône-Alpes**. Il faut aussi développer les structures d'urgence en cas de défaillance de l'aidant car leur absence oblige à un hébergement ou même à une hospitalisation systématique.
- . **Le nombre d'infirmières de nuit, les gardes des médecins coordinateurs** et libéraux dans les EHPAD **devraient être augmentés** pour ne pas avoir à transporter et hospitaliser les personnes âgées en pleine nuit en cas d'urgence.
- . **Un soutien peut intervenir à travers des appuis à projets des associations** proposant des accueils de jour, des actions de prévention santé, des modalités de transport, d'accompagnement...
- . Le travail de **partenariat** entre la Région et l'Université, l'ARS, le CHRU, les établissements de santé et les fédérations de travail à domicile, les collectivités concernées pourrait être intensifié pour mener une politique active de gestion prévisionnelle des emplois sanitaire et médico-social.

⁹⁸ Voir le rapport du CESER intitulé « Vers une organisation plus efficiente des formations sanitaires et sociales en Rhône-Alpes », mars 2009.

- . Le soutien d'équipements en télémédecine pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et la transmission haut débit pour un meilleur maillage entre les établissements nécessiterait d'être amplifié. Il faut poursuivre le soutien au **développement de l'e-santé**.

3. Améliorer sensiblement la formation des professionnels, des aidants familiaux et des bénévoles

Le renforcement, le soutien et la formation aux aidants pour consolider leurs compétences et diminuer leur stress et leur donner du répit semblent être des enjeux majeurs.

Le besoin de formation est également très fort dans le secteur des aides à domicile - dans un objectif de professionnalisation -, du fait notamment du glissement de leurs tâches vers le médico-social. D'une manière plus particulière, la formation aux soins palliatifs du personnel et des bénévoles, en lien avec les réseaux associatifs concernés, serait appropriée.

4. Encourager la promotion des bonnes pratiques

L'éthique, les « bonnes pratiques » pour qu'elles ne soient pas que des notions liées à une mode, mais que leurs réalités deviennent incontournables implique de :

- . faciliter la mise en place des outils prévus par la loi pour prévenir la maltraitance et garantir le **respect des droits** des **usagers** et des familles. **Pour remplir ces objectifs, il est nécessaire d'avoir des ratios de personnels adéquats, adaptés aux besoins,**
- . **créer un lieu de capitalisation interprofessionnelle dans l'établissement** pour prévenir la maltraitance et dispenser les bonnes pratiques,
- . respecter la bonne application **d'une charte déontologique**. Celle-ci, garantissant le respect de l'éthique et de la dignité de la personne (dispositions présentes dans les conventions tripartites), conditionnerait l'attribution d'un soutien financier aux structures (EHPAD et aide à domicile),
- . développer la **fonction de coordination médicale** dans les maisons de retraite (par une information lors des études en faculté de médecine, par l'attribution de bourses spécifiques...).

Conclusion

La santé ne doit pas être abordée uniquement sous l'angle des soins mais aussi du médico social prenant en considération l'environnement social, culturel, économique de l'individu.

La prévention, plus particulièrement pour les jeunes et les moins jeunes est primordiale et doit être intégrée **dans une approche globale des déterminants de santé (logement emploi, alimentation, qualité de vie...)**. La prévention, que ce soit dès l'école ou au travail, permet d'anticiper les problèmes futurs.

Les instances décideuses doivent prendre en considération **les particularismes locaux** : on n'a pas les mêmes problématiques et on ne se soigne pas de la même façon à Lyon et en Haute Maurienne par exemple. Il convient aussi de combler les inégalités en terme d'accès à la santé, avec notamment une offre bien répartie sur le territoire, une médecine accessible financièrement et géographiquement.

Cela passe aussi par un renforcement de la **démocratie sanitaire** qui doit associer les décideurs, les acteurs mais surtout les usagers, que ce **soit dans la prévention, l'accès aux soins, au médico-social ou encore à l'information.**

Le secteur de l'aide à domicile doit être soutenu dans une logique d'efficience et de rupture de la précarité.

Le secteur de la santé et du médico-social a besoin bien évidemment de financements, mais aussi de coordination, de mutualisation des moyens et de régulation pour répondre aux besoins existants au plus près de la population et anticiper les flux à l'horizon 2030.

Enfin, éduquer, informer et s'informer sur la santé est nécessaire, il convient de mobiliser plus de moyens.

En fonction de toutes les informations que la commission 5 du CESER a recueillies, les besoins du citoyen jeune et moins jeune doivent être envisagés en amont de la réflexion dans un souci de **proximité, de lien social et d'accessibilité géographique comme financière.**

Annexes

Annexe 1 Population estimée des régions par tranche d'âge au 1 ^{er} janvier 2009	II
Annexe 2 Les personnes âgées en 2030 par département	III
Annexe 3 Quelques chiffres évocateurs : nombre de spécialistes libéraux,	IV
Annexe 4 Photographie des médecins généralistes libéraux au 1 ^{er} janvier 2009	V
Annexe 5 Les Réseaux	VI
Annexe 6 Les maisons pluridisciplinaires	VIII
Annexe 7 Audition de M. MORIN, Directeur de l'ARS Rhône-Alpes	IX
Annexe 8 Les PASS en Rhône-Alpes, selon les données du docteur RIVOLLIER.	X
Annexe 9 Tableau de l'accueil des personnes âgées	X
Annexe 10 Les personnes dépendantes en institution	12

Annexe 1

Population estimée des régions par tranche d'âge au 1^{er} janvier 2009

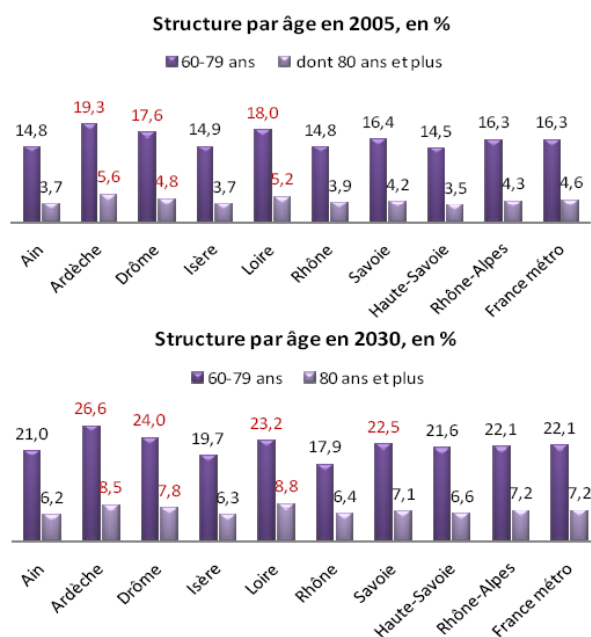
	En nombre				moins de 20 ans	de 20 ans à 59 ans	60 ans ou plus
	moins de 20 ans	de 20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	Total			
Alsace	451 588	1 018 528	367 384	1 837 500	24,58 %	55,43%	19,99%
Aquitaine	717 986	1 662 453	795 061	3 175 500	22,61 %	52,35%	25,04%
Auvergne	291 186	698 477	351 837	1 341 500	21,71 %	52,07%	26,23%
Bourgogne	375 451	840 149	420 400	1 636 000	22,95 %	51,35%	25,70%
Bretagne	766 518	1 624 204	750 278	3 141 000	24,40 %	51,71%	23,89%
Centre	609 250	1 316 698	609 052	2 535 000	24,03 %	51,94%	24,03%
Champagne-Ardenne	330 985	713 102	294 413	1 338 500	24,73 %	53,28%	22,00%
Corse	62 890	160 935	79 175	303 000	20,76 %	53,11%	26,13%
Franche-Comté	289 296	613 857	259 847	1 163 000	24,87 %	52,78%	22,34%
Île-de-France	3 027 497	6 639 779	2 005 224	11 672 500	25,94 %	56,88%	17,18%
Languedoc-Roussillon	604 809	1 326 046	656 645	2 587 500	23,37 %	51,25%	25,38%
Limousin	150 848	375 582	212 570	739 000	20,41 %	50,82%	28,76%
Lorraine	563 110	1 272 521	505 369	2 341 000	24,05 %	54,36%	21,59%
Midi-Pyrénées	649 999	1 493 182	694 319	2 837 500	22,91 %	52,62%	24,47%
Nord-Pas-de-Calais	1 090 023	2 167 695	764 282	4 022 000	27,10 %	53,90%	19,00%
Basse-Normandie	357 242	754 184	352 574	1 464 000	24,40 %	51,52%	24,08%
Haute-Normandie	472 337	968 365	378 798	1 819 500	25,96 %	53,22%	20,82%
Pays de la Loire	897 293	1 838 614	774 593	3 510 500	25,56 %	52,37%	22,07%
Picardie	500 963	1 023 654	378 883	1 903 500	26,32 %	53,78%	19,90%
Poitou-Charentes	395 199	894 239	460 062	1 749 500	22,59 %	51,11%	26,30%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 149 753	2 520 542	1 230 205	4 900 500	23,46 %	51,43%	25,10%
Rhône-Alpes	1 560 992	3 257 459	1 294 549	6 113 000	25,54 %	53,29%	21,18%
France de province	12 287 718	26 540 486	11 630 296	50 458 500	24,35 %	52,60%	23,05%
France métropolitaine	15 315 215	33 180 265	13 635 520	62 131 000	24,65 %	53,40%	21,95%
France métropolitaine et DOM	15 930 184	34 141 589	13 888 227	63 960 000	24,91 %	53,38%	21,71%

Chiffres, source INSEE, estimations de population

Annexe 2

Les personnes âgées en 2030 par département

Départements : En 2030 la part de personnes âgées en **Ardèche, Loire, et Drôme** se situe au-delà des statistiques nationales



■ **A l'heure actuelle, l'examen des structures par âges du département montre les éléments suivants :**

- > L'Ardèche, la Loire et la Drôme (dans l'ordre) se situent en termes de population du 3^{ème} et du 4^{ème} âge, très au-delà des moyennes régionales et nationales.
- > La Savoie outrepassé très légèrement les moyennes.

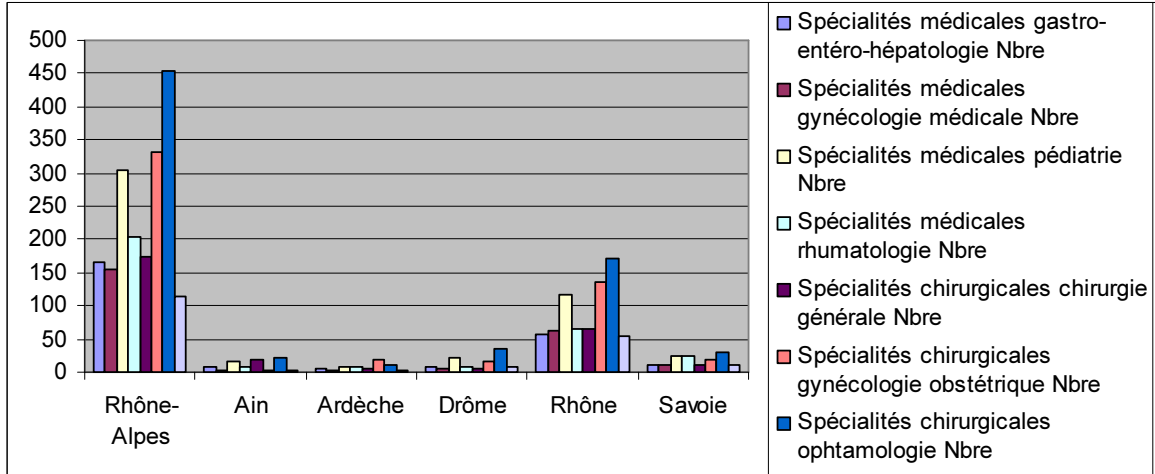
■ **En 2030, le phénomène s'accroît pour ces quatre départements**

- > Avec une prise de vitesse pour la Drôme, qui atteint la seconde place
- > La Savoie creuse l'écart constaté en 2008

Cabinet SECAFI 2010, Source INSEE, données OMPHALE.

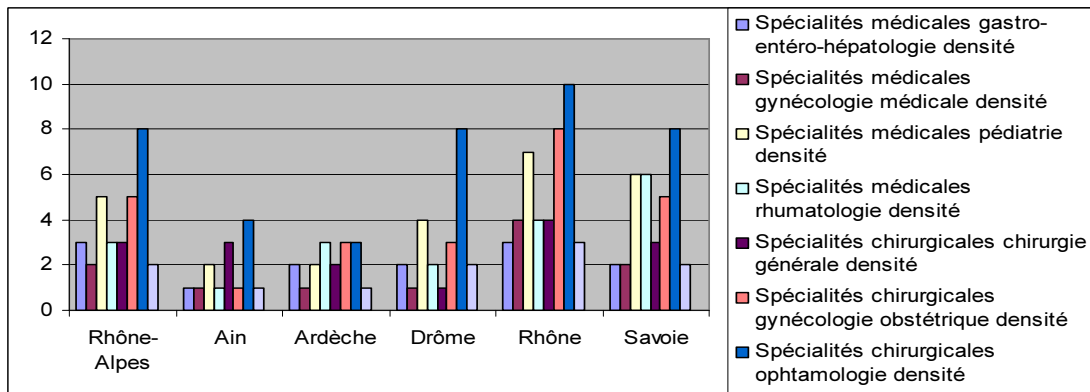
Annexe 3

Quelques chiffres évocateurs : nombre de spécialistes libéraux



Les rapports pour les spécialistes salariés sont similaires.

Densité des spécialistes libéraux pour 100 000 habitants



Source des chiffres, DRESS, 2008.

Annexe 4

Photographie des médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2009

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
Ain	72,8	51	39%	28%
Ardèche	92,7	53	46%	22%
Drôme	93,1	52	49%	27%
Haute-Savoie	95,7	51	40%	31%
Isère	93,2	51	40%	34%
Loire	91,1	50	36%	34%
Rhône	87,6	51	38%	36%
Savoie	107,4	51	41%	33%
Rhône-Alpes	85	51	40%	32%
Métropole	90,7	52	42%	29%

Source : l'Ordre des médecins

Annexe 5

Les Réseaux

Il existe des Réseaux thématiques : diabète, cancer, insuffisance cardiaque, AVC, ou encore soins palliatifs, gérontologiques...

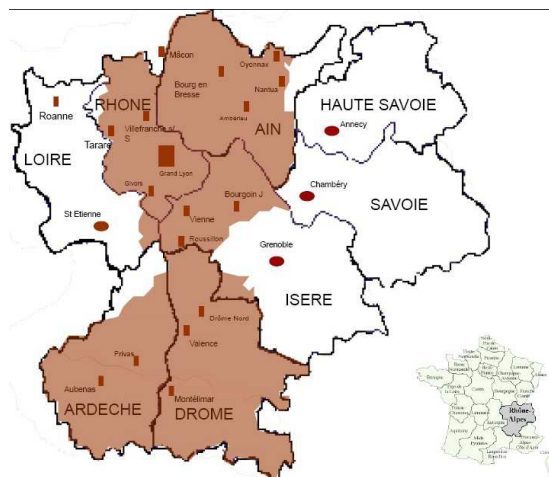
Certains réseaux⁹⁹ sont organisés en fonction des territoires, à l'instar de Rescue, créée en 2004 par un groupe d'urgentistes et de cardiologues. Ce réseau de professionnels de santé développe un partenariat des établissements de santé d'une zone géographique déterminée « zone sanitaire du réseau », identifiés pour leur activité d'urgence en pathologie vasculaire. Comme l'a expliqué M. EL KHOURY¹⁰⁰, l'objectif est d'homogénéiser la prise en charge des pathologies cardiovasculaires aiguës dans les établissements adhérents selon des référentiels conformes aux recommandations des sociétés savantes, **adaptés au contexte local et à la situation géographique** de chaque établissement. Il s'agit ainsi de proposer au patient **une prise en charge équivalente partout où il se trouve dans la zone sanitaire du réseau.**

Pour son découpage territorial, le réseau se fonde sur des référents précis en lien avec la santé du patient.

Pour autant, la mise en place des réseaux ne doit pas faire oublier la responsabilité du malade et du médecin généraliste dans l'accompagnement et la prévention. **Un partenariat avec les médecins libéraux est nécessaire pour accompagner les malades.** Rescue le met en place avec l'aval de l'assurance maladie et de l'ordre des médecins et en partageant des référentiels qui permettent justement les relations avec la médecine libérale.

Le réseau Rescue va au-delà de la gestion de l'urgence, pour aller **jusqu'à l'éducation thérapeutique du patient pendant une période donnée.**

Pour les réseaux d'urgence cardiologiques, **la région Rhône-Alpes est divisée en trois territoires** (RESURCOR : Savoie, Haute – Savoie et Isère, RESCUE : Ain, Rhône, Drôme et Ardèche Sud, RECOSTE : Loire et Ardèche Nord). Pour chaque territoire, **le réseau mis en place permet de couvrir en 20 minutes tout le territoire pré-défini.**



Carte des réseaux cardiologiques Rescue 2010

⁹⁹ CIRCULAIRE N°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM : le premier objectif des réseaux de santé reste l'amélioration de la prise en charge globale des patients favorisée par le décloisonnement entre les professionnels de ville, les établissements de santé publics, les établissements privés à but lucratif ou non lucratif, les centres de santé, les médecins du travail, les établissements et professionnels du secteur médicosocial et du secteur social...

¹⁰⁰ EL KHOURY Carlos, auditionné par la commission Solidarités du CESER Rhône-Alpes, 4 février 2010.

Alors que l'efficacité de ces réseaux n'est plus à démontrer, que ce soit en terme de rapidité d'intervention, grâce à une réflexion sur la proximité territoriale, ou par la qualité des référentiels, le problème du financement se pose. A titre d'exemple, une association comme Rescue a un budget annuel de 160 000 euros pour toutes ses actions, financé par l'URCAM avec agrément de l'ARH (de l'ARS à partir de 2010).

Rescue n'a alors pas les moyens financiers d'aller vers la médecine du travail où pourtant la prévention révèle toute son importance.

Il existe de nombreux autres réseaux en matière de santé ou médico-social, avec une délimitation des territoires. Peut être cité par exemple **revih-sts qui est un réseau ville-hôpital-associations**¹⁰¹, ou encore le **réseau santé précarité** ; réseau virtuel qui fonctionne avec une charte ; pour travailler ensemble dans une articulation santé sociale.

La liste est loin d'être exhaustive et peuvent être aussi rajoutés les **réseaux de soins palliatifs**. Il en existe cinq en Rhône-Alpes. Les membres ont pour mission de se rendre au domicile des personnes pour coordonner les équipes d'intervention et donner des outils aux professions libérales présentes (médecin, infirmier, kiné, pharmacien...). Idéalement, il faudrait un réseau par département.

A titre d'exemple, l'ADMR a aussi mis en place un réseau de santé pluridisciplinaire dans le secteur Nord Ardèche (Haut Vivarais et Haut Lignon), avec avis favorable de l'URCAM. L'ADMR essaye de coordonner ses actions avec les médecins généralistes, les infirmiers libéraux et avec les hôpitaux pour mieux préparer les sorties d'hospitalisation. Ce travail en réseau est différent d'un territoire à un autre.

Mais face aux difficultés pour les réseaux de trouver des financements, pour une égalité dans l'accès aux soins et au médico-social, il faut se demander **s'il vaut mieux financer l'offre de soins ou faire augmenter le montant des prises en charge**.

Le réseau permet une meilleure organisation, structuration, et correspond à une certaine organisation territoriale du corps médical.

D'autres réseaux se consacrent à la lutte contre les inégalités. C'est le cas **du Réseau ENRICH**¹⁰² **qui entend participer à la lutte contre les inégalités dans les régions européennes, l'objectif étant de contribuer à améliorer la santé des citoyens et à développer un système de santé durable pour tous**.

Pour la France, seule la Région Aquitaine l'a intégré. **La Région Rhône-Alpes pourrait devenir membre et participer activement aux différents travaux**.

¹⁰¹ Coordination thérapeutique, prévention, sida, hépatite (<http://www.revih-sts.fr/>).

¹⁰² European Network of Regions Improving Citizens Health.

Annexe 6

Les maisons pluridisciplinaires

Leur organisation est en conformité avec les évolutions de la pratique des jeunes médecins qui se tournent de plus en plus vers du salariat plutôt que du libéral avec la volonté d'avoir un aménagement du temps de travail compatible avec une vie extérieure. Les maisons sont ouvertes aux spécialistes. Les maisons pluridisciplinaires **permettent aussi d'héberger des services complémentaires**. C'est le cas de celles de l'Ain¹⁰³, où se trouvent les travailleurs sociaux du département sans pour autant être au service de la maison disciplinaire.

Dans ces maisons de l'Ain, ont été mis en place des points accueil solidarité, ce qui permet d'informer les personnes qui ne se soignent pas par ignorance de leurs droits. On peut trouver dans ces mêmes maisons des associations de service à domicile. Pour la mise en place des

maisons, est procédé à une réflexion auprès des usagers avec une enquête de terrain.

La station médicale Léopold Ollier, les Vans

- La station médicale, sous forme associative à l'échelle du bassin de vie, repose sur l'investissement et le dévouement du Dr PELLET et de son équipe, impliqués dans la vie locale.
- Elle permet une prise en charge de proximité et pluridisciplinaire.
- Volonté de consolider et reproduire ce type d'initiative. Il faut essayer de dégager un profil pour développer et externaliser ce type d'action.
- Fragilité : repose essentiellement sur un seul homme, expérience intéressante mais trop isolée dans le cadre d'une égalité d'accès aux soins.

Type d'initiative que la région pourrait financer pour éviter la désertification.

L'accompagnement dans la création de maisons pluridisciplinaires, l'exemple de l'Ain :

Un groupe de pilotage « exercice médical et aménagement du territoire » valide les dossiers étudiés par le comité technique, suit l'avancée des projets et valide les études finalisées, suit la politique d'accueil des étudiants en médecine et réoriente si nécessaire la politique menée par le Conseil général. Le comité technique « exercice médical et aménagement du territoire » étudie les candidatures des collectivités qui souhaitent faire une étude

sur l'organisation des soins et donner un avis technique aux membres du groupe de pilotage. Un groupe de soutien accompagne les collectivités qui le souhaitent dans leur réflexion sur l'organisation des soins (présentation du projet, étude des conditions de réussite, déblocage de certaines situations...).

¹⁰³ Selon l'audition de madame BEGARD, Directrice, Conseil général de l'Ain.

Annexe 7

Audition de M. MORIN, Directeur de l'ARS Rhône-Alpes

Pour assurer un bon accès aux soins, il faut partir des territoires, des populations, (le flux de patient est un critère déterminant),

La réforme de 2009 et sa mise en application en Rhône-Alpes, selon Denis Morin, Directeur de l'ARS :

L'idée est de restituer une certaine unité de pilotage à travers le nouveau comité de pilotage prévu par la loi de 2009 car il y avait beaucoup de cloisonnement à corriger, même si la dyarchie entre l'Etat et l'assurance maladie n'a pas été modifiée. Le pilotage archaïque fondé sur des crédits fléchés est aussi à modifier, tout comme le pilotage par les textes (plus de 22 000 pages de texte depuis 2009, 40% des textes de l'Etat.

De nombreuses compétences comme la permanence des soins, l'ambulatoire, l'offre de premiers recours et la médecine de ville vont revenir à l'ARS.

Le rôle particulier du médiateur sera pertinent : outre un rôle classique de gestion des plaintes (environ 2000 par an), il aura en charge l'animation de la démocratie sanitaire.

Pour rompre les inégalités, il faut aussi travailler sur la rémunération des médecins et créer plus de maisons de santé pluridisciplinaires.

Il s'agit aussi de contribuer au mouvement qui conduit au fait que l'espérance de vie augmente (4 mois tous les ans).

Il faut travailler sur la qualité et l'efficacité pour les usagers et les professionnels : la non qualité, la non organisation coûtent chères. Avoir de la qualité en plus, ce n'est pas forcément avoir des moyens en plus (ex : l'horaire des repas dans les EHPAD peut avoir des répercussions directes sur les coûts de fonctionnement). Il faut avoir une mesure de l'efficacité de structures.

en partenariat avec des historiens, des géographes, d'un point de vue pluridisciplinaire (entre 280 et 350 pôles de santé de proximité autour des médecins traitants, des hôpitaux locaux, des urgences).

Les actions sur les micros territoires seront encouragées par l'ARS, avec appui logistique et financier ; il est possible d'agir, même en dehors de l'ARS, car il faut différentes formes d'exercice. L'ARS sera en appui, en capacité d'accompagnement sur des périodes stables et longues.

La territorialisation est aussi la conséquence d'une volonté de proximité, dans ce sens, des recherches sont faites sur le problème des délais trop longs, sur la simplification des circuits, vers un guichet unique. Selon son directeur, l'agence devra être autant accessible au niveau central que l'entrée par les territoires, il souhaite aussi qu'une

équipe de statisticiens se penche sur les déficits par territoire. Certains acteurs de la santé craignent cependant cette approche statisticienne et finalement très financière.

Le principe annoncé est celui d'articuler au mieux 3 niveaux de territoires, chaque niveau ayant sa fonctionnalité.

- Le niveau de proximité, « au plus près des patients », correspond aux territoires de 1^{er} recours (environ 300 micros-territoires). C'est l'entrée dans le système de santé.
- Le niveau intermédiaire équivaut aux anciennes ZSP (± 50) : c'est le niveau où l'on évalue le positionnement des établissements (santé, médico-social).
- Les grands territoires de santé, lieu de fonctionnement de la démocratie sanitaire sont au nombre de 5.

La finalité étant la recherche de la meilleure articulation possible entre médecine de ville, hôpital et médico-social.

En terme de territoires administratifs, peuvent aussi être évoquées les têtes de réseaux, l'offre hospitalière à travers les CHU...

Annexe 8

Les PASS en Rhône-Alpes, selon les données du docteur RIVOLLIER

	Données régionales	Données nationales
PASS déclarées	32	330
PASS non déclarées	2	
Création avant 2005	94	90
Rattachement aux urgences	44	37
Comité de pilotage	67	40
Moyenne de patients	286	455
Moyenne des consultations médecine générale	252	532
Accès médicaments par procédure interne (en %)	74	71
accès aux examens complémentaires (en %)	39	34
Réunions de synthèses médico-sociales (en %)	58	58
Présence d'infirmière (en %)	38	33
Présence de médecin premier secours (en %)	18	25
Présence médecin référent coordinateur (en %)	29	23
Présence médecin ou dentiste pour soins dentaires (en %)	3	3
Secrétariat accueil (en %)	35	41
Nombre moyen équivalent temps plein (en %)	1,59	1,91

Annexe 9

Tableau de l'accueil des personnes âgées (source ADMR, audition du 7 janvier 2010)

			Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute Savoie	Région Rhône-Alpes
Aide à domicile	Nombre de structures		21	59	22	84	45	NR	32	NR	263
	Clients	dits normaux	3 029	7 780	4 668	7 414	4 044	NR	5 375	NR	31 307
		en situation de handicap	185	0	132	171	126	NR	65	NR	679
		atteints Alzheimer	0	0	0	0	254	NR	0	NR	254
		Total	3 214	7 780	4 800	7 585	4 424	NR	5 440	NR	32 240
Santé	Nombre de structures	SSIAD	3	3	3	14	7	NR	5	7	42
		CSI	1	2	0	5	0	NR	0	0	8
		DOCO	1	0	0	3	4	NR	0	0	8
		EHPAD	0	0	0	0	0	NR	2	0	2
		Total	5	5	3	22	11	NR	7	7	52
	Nombre de places	SSIAD	89	195	98	458	278	NR	165	NR	1 283
		CSI	0	0	0	0	0	NR	0	NR	0
		DOCO	0	0	0	0	97	NR	0	NR	97
		EHPAD	0	0	0	0	0	NR	35	NR	35
		Total	89	195	98	458	375	NR	200	NR	1 415
	Clients	dits normaux	1 233	1 078	152	5 523	553	NR	266	NR	8 800
		en situation de handicap	4	9	5	100	12	NR	10	NR	140
		atteints Alzheimer	40	0	0	70	60	NR	0	NR	170
		Total	1 277	1 087	157	5 693	625	NR	276	NR	9 110

Annexe 10

Les personnes dépendantes en institution

2008-2030 = 17800 dépendants en institution en Rhône-Alpes

(sans compter les résidents non dépendants et hors Haute-Savoie : statistique non disponible)

items	Total RA	
Population âgée de 60 ans et + en 2008	1 158 857	■ En RA, le total des personnes âgées percevant l'APA en institution en 2030 devrait être de plus de 57 800 > Le différentiel 2008-2030 est de 17 809 personnes
Population âgée de 60 ans et + en 2030	1 673 280	
Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement en 2008 40 043		
Pourcentage de la population de plus de 60 ans percevant l'APA	3,5%	■ Ramené à la période 2010-2030 : Les établissements devront accueillir environ 16 000 à 18 000 personnes dépendantes de plus.
Estimation nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement en 2030	57 852	
<i>Variation 2008-2030</i>	17 809	■ Le rythme de création de places en région au plus haut a été de 9200 places par décennie.
<i>moyenne par an</i>	810	
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2008 48 835		
Pourcentage de la population de plus de 60 ans percevant l'APA	4,2%	⇒ Ce sont donc 20 ans de création de lits « à marche forcée » qui attendent la région <u>uniquement pour assurer la prise en charge des personnes dépendantes (ie bénéficiant de l'APA aujourd'hui)...</u>
Estimation nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile en 2030	70 892	
<i>Variation 2008-2030</i>	22 057	⇒ Effectivement, il s'agit d'une analyse « à minima » n'incluant pas les non-dépendants également accueillis en institution, et omettant par manque de statistiques un département...
<i>moyenne par an</i>	1 003	
Total dépendants en 2008	88 878	
Total dépendants en 2030	128 744	
<i>Ecart</i>	39 866	

■ Le pourcentage indiqué en rouge est une moyenne des 6 départements



Caroline BELZE – SECAFI – Audit au CESR - 18 juin 2010

Tableau réalisé à partir des données primaires : INSEE données OMPHALE, PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et la perte d'autonomie), DRASS Rhône-Alpes, 2009-2013.

Bibliographie

Ouvrages et actes de colloques :

BARON Alexis, *Territorialisation des politiques sanitaires et sociales, l'exemple rhônalpin*. Université Pierre Mendès-France Grenoble 2, 2005, 624 p.

Conférence biennale sur la santé des jeunes, conférence du 29 octobre 2009. Ministère de la Santé et des Sports ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, octobre 2009, 35 p.

Conférence régionale de santé Rhône-Alpes. *Rapport 2008 sur le respect des droits des usagers*. Conférence régionale de santé Rhône-Alpes, novembre 2009, 142 p.

Conseil économique, social et environnemental Poitou-Charentes (CESER Poitou-Charente), HINERANG Gérard, BODET Philippe. *Santé et territoires en Poitou-Charentes*. CESER Poitou-Charentes, juin 2010, 30 p.

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Rhône-Alpes (DIRECCTE Rhône-Alpes). *Les services à la personne en Rhône-Alpes : emploi, conditions de travail et salariales en 2006 (hors assistantes maternelles)*, mai 2010, 24 p.

DUPONT Marc, BERGOIGNAN-ESPER Claudine, PAIRE Christian. *Droit hospitalier*. Edition DALLOZ, 2009, 931 p.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS). *Les addictions dans les régions de France*. FNORS, septembre 2007, 101 p.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS). *Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France*. FNORS, juin 2007. 88 p.

Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (FRAES). *Promouvoir la santé : changer les comportements ?* FRAES, septembre 2008, 16 p.

GIRARD Vincent, ESTECAHANDY Pascale, CHAUVIN Pierre. *La santé des personnes sans chez soi : plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen*. Ministère de la Santé et des Sports, novembre 2009, 231 p.

Haut Comité de la Santé Publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Editions ENSP, février 1998, 349 p.

KERVASDOUE (de) Jean. *Très chère santé*. Editions Perrin, 2009, 227 p.

Mission régionale d'information sur l'exclusion Rhône-Alpes (MRIE Rhône-Alpes). *Dossier annuel*. MRIE Rhône-Alpes, 2010, 180 p.

Union régionale des Caisses d'assurance maladie Rhône-Alpes (URCAM Rhône-Alpes), Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes (ORS Rhône-Alpes) : *Evaluation des besoins de soins en Rhône-Alpes*. URCAM Rhône-Alpes, mai 2003, 77 p.

Articles de périodiques :

« Santé en milieu rural : faire face à la désertification médicale ». Dans *Terroir Rhône-Alpes*, novembre 2009.

ATTAL-TOUVERT Ketty, VANDERSCHULDEN Mélanie, Ministère de la Santé et des Sports, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Dans *Etudes et résultats*, février 2009, n°679, 8 p.

DANET Sandrine, HAURY Brigitte, FOURCADE Aurélie : Ministère de la Santé et des Sports, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). « L'état de santé de la population en France en 2008 suivi des objectifs de la loi de santé publique ». Dans *Etudes et résultats*, décembre 2009, n°711, 8 p.

GERBER Sara-Lou, Centre d'analyse stratégique. « Vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée ». Dans *La note de veille*, mars 2010, n°167, 9 p.

PAULIN Jean-François. « Stress au travail : un cadre conventionnel à mettre en œuvre ». Dans *Jurisassociations*, janvier 2010, n°411, p. 39 à 41.

PONTIER Jean-Marie. « Une réforme de l'hôpital sous le signe de la modernisation et de l'efficacité ». Dans *AJDA l'Actualité juridique droit administratif*, 30 novembre 2009, n°40, p. 2205 à 2223.

Glossaire

ACS	Aide à la complémentaire santé
APA	Allocation personnalisée à l'autonomie
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CETAF	Centre technique d'appui et de formation
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CMU	Couverture médicale universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPU	Conférence des présidents d'université
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement et d'accueil des personnes dépendantes
EPP	Evaluation des pratiques professionnelles
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FRAES	Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé
HAD	Hospitalisation à domicile
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSP	Institut national de santé publique
MARPA	Maison d'accueil rurale pour personnes âgées
MDA	Maison des adolescents
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PAP	Plan d'actions personnalisées
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle infantile
PMP	Pathos moyen pondéré
PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet régional de santé
PUV	Petite unité de vie
SAPAD	Service d'aide pédagogique à domicile
SPH	Service public hospitalier
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire

SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
STATISS	Statistiques des indicateurs de la santé et du social
UNA	Union nationale d'aide des soins et des services aux domiciles
UNCCAS	Union nationale des centres communaux d'action sociale
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URHAJ	Union régionale pour l'habitat des jeunes Rhône-Alpes
URML	Union régionale des médecins libéraux

Remerciements

Nous exprimons nos remerciements à tous ceux qui ont accepté d'éclairer notre réflexion et de participer à nos travaux, et plus particulièrement aux personnes auditionnées :

Madame Catherine BEGARD, responsable du domaine maternel et infantile du Conseil général de l'Ain

Madame Caroline BELZE, cabinet SECAFI

Madame Monique BERTRAND, directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers du Centre hospitalier Lucien Hussel de Vienne (38)

Monsieur Jean-Louis BONNET, directeur de l'ARH

Madame Geneviève BORODINE, responsable du service Santé Solidarités Conseil régional Rhône-Alpes

Docteur Jacqueline BOSLE, médecin dans le quartier de la Duchère (Lyon 9^{ème}) et au Secours populaire

Madame Chantal BUNEL-DELARCHE, directrice DF4S, Conseil régional Rhône-Alpes

Docteur CARBONNE, président du comité de lutte contre les infections Hôpital de Beaurepaire

Monsieur Carlos EL KHOURY, responsable médical de RESCUE

Monsieur Régis CHAZOT, cadre infirmier, EPHAD Saint Camille

Monsieur Jean-Pierre CLAVERANNE, membre du CESER Rhône-Alpes, président de CREAL Rhône-Alpes

Monsieur Charles DADON, directeur de la Maison de retraite départementale de la Loire

Madame Anne-Gwenhael DAUPHIN, directrice d'activités de la Maison des adolescents du Rhône

Monsieur Philippe DAVEZIES, enseignant chercheur en médecine et santé au travail de l'Institut universitaire de médecine du travail

Monsieur Bruno de GOER, médecin au CHU Chambéry, président de l'association Revih STS

Madame Bernadette DEVICTOR, membre du CESER Rhône-Alpes, présidente du CISS Rhône-Alpes

Madame Danièle DUMAS, déléguée régionale de l'ADMR Rhône-Alpes

Monsieur Patrick EDO, président de la commission des soins infirmiers Hôpital de Beaurepaire

Monsieur Bruno FANTINO, médecin au Centre d'examen de santé CPAM Lyon

Monsieur Serge GADOUD, directeur de l'Hôpital de Beaurepaire (38)

Monsieur Jean-Pierre GALLAIRE, président de l'UNA Rhône-Alpes

Docteur Pierre GILIBERT, président de la commission médicale de l'Hôpital de Beaurepaire

Monsieur Christophe GUIGNE, médecin conseiller technique de l'Inspection académique – Académie de Grenoble

Monsieur Richard LOYNET, Président de la CRAM Rhône-Alpes

Monsieur Philippe MIGNOT, maire de la ville de Beaurepaire (38)

Monsieur Denis MORIN, directeur de l'ARS Rhône-Alpes

Monsieur Kostos NASSIKAS, médecin responsable de la Maison des adolescents du Rhône

Madame Marie-Jo PIEGAY, membre du CESER Rhône-Alpes

Madame Elisabeth RIVOLIER, médecin à l'hôpital nord, présidente de l'Association des professionnels des réseaux PASS Rhône Alpes

Madame Marie SANDOZ, URHAJ (Union régionale pour l'habitat des jeunes Rhône-Alpes)

Monsieur Souleymane THIAM, responsable du domaine personnes âgées du Conseil général de l'Ain

Madame Maryse VOCANSON, Pôle personnes âgées - personnes handicapées, Coordination médico-sociale, Conseil général du Rhône

Monsieur Michel VERMOREL, médecin conseil, ERSM (Echelon régional du service médical – Assurance maladie)

Monsieur Claude WOLKMAR, directeur général CREA Rhône-Alpes

Déclarations des groupes

Intervention de Bernard ROMBEAUT, au nom du collège 1 - groupe employeurs

Monsieur le Président et chers collègues,

Vaste chantier que la santé ! Nous pouvions avoir quelques inquiétudes, lorsque nous avons débuté nos travaux sur ce sujet.

Depuis 60 ans, les lois et décrets, réformes et déficits se sont en effet empilés. La dernière loi portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients à la santé et aux territoires dite HPST date du 21 juillet 2009 et l'installation des ARS du 1^{er} avril de cette année.

Dans nos travaux, nous avons évité gloses et vaticinations sur l'application de la loi, les missions de l'ARS, le Plan régional de santé publique, le rôle de la CRSA et de l'Assurance maladie etc....

Merci à Antoine QUADRINI qui a su, avec habileté, conduire la commission sur la voie des territoires et de la santé des rhônalpins jeunes et âgés, débouchant ainsi sur des préconisations concrètes que nous partageons.

Néanmoins, nous nous interrogeons sur leur financement face à l'ampleur des déficits sociaux et à la montée prévisible des besoins liés à la dépendance des personnes âgées, dépendance qui pourrait être appréhendée comme un risque mixte couvert par un socle solidaire et un étage assurantiel. Il nous paraîtrait irresponsable d'alourdir encore le système actuel de protection sociale par de nouvelles cotisations pénalisant la croissance et l'emploi.

Je réduirai le champ de mon intervention aux personnes âgées en sollicitant votre attention sur 2 points particuliers : les soins palliatifs et les aidants familiaux. Mon souci est de mettre en relief l'importance du point 3 des préconisations portant sur la trajectoire des personnes âgées « Améliorer sensiblement la formation des professionnels, des aidants familiaux et des bénévoles ».

- Sur l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie et soins palliatifs.

Nous avons tous, membres de la commission, vécu intensément l'intervention de Régis CHAZOT, cadre infirmier de l'Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes Saint Camille, sur la fin de vie.

La mort fait frémir. Les soins palliatifs, c'est tout ce qui reste à faire quand il n'y a plus rien à faire. La démarche vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Mais il ne s'agit pas uniquement de faire, mais surtout d'être à côté des mourants.

Madame Marie de HENNEZEL, psychologue clinicienne spécialisée dans l'assistance aux personnes en fin de vie, livrait son vécu près des mourants dans un ouvrage remarquable, publié en 1997, « La mort intime – ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre ». Son livre était préfacé par François Mitterrand quelques mois avant sa mort. Il écrivait : « Comment mourir ? Nous vivons dans un monde que la question effraie et qui s'en détourne. Des civilisations, avant nous, regardaient la mort en face. Elles dessinaient pour la communauté et pour chacun le chemin du passage. Elles donnaient à l'achèvement de la destinée sa richesse et son sens. Jamais peut être le rapport à la mort n'a été si pauvre qu'en ces temps de sécheresse spirituelle où les hommes, pressés d'exister, paraissent éluder le mystère ».

De nombreux bénévoles sont présents en soins palliatifs pour accompagner le malade et ses proches. Ils offrent une présence et une écoute et permettent à la famille de parler de la mort et de prendre un moment de répit.

La loi du 22 avril 2005 a été conçue pour répondre aux attentes et peurs des français. Elle offre un cadre aux acteurs de santé. Les Caisses primaires d'assurance maladie prennent en charge partie du financement de la démarche.

Par contre, beaucoup reste à faire dans la formation des bénévoles, des professionnels des EHPAD et des services de soins à domicile. Nous souhaitons vivement que les dispositifs en la matière se développent et que des soutiens soient apportés aux associations qui portent de tels projets.

- Sur la problématique des aidants familiaux.

Pour les aidants familiaux et particulièrement ceux qui accompagnent des personnes relevant de maladies neurodégénératives telles que Alzheimer, Parkinson et annexes, les associations départementales de France Alzheimer relèvent l'expression d'une détresse permanente.

La douleur psychique des aidants familiaux au quotidien est alarmante. On relève qu'un aidant sur deux décède avant le malade dont il a la charge. On note également quelques cas de suicide. La situation, créée par la maladie pour le malade lui-même et pour son aidant, devient insupportable au fil de l'avancement de la pathologie. La personne qui prend soin de son proche à domicile atteint des limites nerveuses, physiques et psychologiques qui altèrent sa santé globale et la mettent en souffrance. « Bien vieillir » devient pour la plupart une gageure.

Les institutions spécialisées n'acceptent pas tous les malades d'Alzheimer et sont très onéreuses. Par ailleurs, mis à part les associations d'aide à domicile, coûteuses et dont le personnel est encore peu formé aux spécificités de la maladie et les accueils de jour, coûteux également mais qui ne peuvent pas accepter toutes les catégories de personnes malades, il n'existe pas de solutions satisfaisantes qui aident à diminuer la charge de l'aidant et sa douleur psychique. Pourtant, comme le prévoit l'objectif n°1 du Plan Alzheimer, le maintien à domicile ne doit plus être synonyme de solitude pour ceux qui prennent en charge et accompagnent la personne atteinte par la maladie.

C'est pourquoi des associations et, notamment, France Alzheimer Rhône, entendent développer sur les années à venir une offre de répit pour les familles, au moyen de projet innovant visant à former des accompagnants bénévoles qui iront à domicile accompagner les personnes malades, afin d'offrir des moments de répit à des aidants qui pourront ainsi mieux vieillir.

Ces développements demandent des bénévoles évidemment mais aussi des gérontologues, des psychologues, des formateurs, des locaux. Nous souhaitons que ces projets novateurs puissent être appuyés par la région au titre de la formation, les départements, les caisses d'Assurance vieillesse car ils sont une garantie pour faire face aux problèmes découlant de l'accroissement du nombre de personnes âgées atteintes par les maladies neurodégénératives.

Monsieur le Président, chers amis, la place des bénévoles va devenir prépondérante pour répondre à l'accompagnement de fin de vie et au soutien des aidants familiaux. Je ne doute pas que la générosité de beaucoup effacera la sécheresse des cœurs.

Nous voterons la présente contribution.

Intervention de Marie-Jo PIEGAY, au nom de la CFDT

Alors que nos sénateurs se livrent en ce moment à leur gymnastique budgétaire annuelle autour du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2011, avec au final une adoption sans discussion des mesures dites réglementaires, portant néanmoins sur 340 millions d'euros de transferts vers les ménages et les complémentaires santé, notre assemblée examine aujourd'hui le projet de contribution de la commission 5 sur la santé des jeunes et des personnes âgées en Rhône-Alpes.

C'est avec une très grande satisfaction que la CFDT accueille ce rapport bien en phase avec la tonalité des débats très riches et souvent passionnés qu'il a suscités.

En toile de fonds de cet avis, bien évidemment : la création des ARS (Agences régionales de santé) à qui la loi HPST (Hôpital-patient-santé-territoires) confie la mission de territorialiser les priorités de santé. Notre contribution doit-elle être une opportunité à saisir pour faire passer nos messages sur les besoins de santé des Rhônalpins ? Le rapport d'emblée donne le ton « à partir des bonnes pratiques repérées dans les territoires, cette étude doit permettre au CESER de se mettre en position de contribuer à la définition des priorités de santé de 2011 ».

Côté méthodologie, ce n'est donc qu'à l'aune de la proximité et du quotidien, sans se perdre dans le maquis des définitions du territoire de santé, au plus près des parcours de santé, et des bassins de vie que doivent être pointées les bonnes pratiques et donc les pistes d'améliorations. Ces objectifs joints à la volonté affichée de partir du concept de la santé telle que définie par l'OMS nous semblent plein de bon sens, celui là même dont Descartes disait qu'il est la chose au monde la mieux partagée !

Avant 1946 et la définition de l'OMS, la santé, c'était le « silence des organes ». La définir comme « un état de complet bien être physique, mental et social » a constitué une véritable avancée dans une vision plus construite de la santé, celle-là même qui permettra 40 ans plus tard à la Charte d'Ottawa de voir dans une bonne santé : « une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel dont les conditions préalables sont : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu ».

Pour la CFDT, dans un contexte d'inégalités structurelles en matière de santé amplifiées par la crise, il est important de réinscrire en urgence, aujourd'hui, sur nos tablettes, ces fondamentaux.

Pour les jeunes d'abord pour qui, comme le note l'avis avec beaucoup de justesse, le contexte familial et son ancrage dans le contexte social est primordial : quand la famille va mal, l'adolescent va mal aussi.

Aujourd'hui, un enfant ou un jeune de moins de 20 ans sur dix bénéficie de la CMU-C Il est issu le plus souvent d'une famille monoparentale avec un niveau de revenus inférieur à 951 € par mois !

La santé des jeunes a fait l'objet de ciblage réguliers. La prévention de la souffrance psychologique et du mal être des jeunes figurait en bonne place dans le plan régional de santé publique arrêté en septembre 2006. Et il y a tout juste un an un colloque organisé par la Mutualité en partenariat avec la Région pointait les difficultés des jeunes à s'inscrire dans un parcours de santé.

Aujourd'hui encore, notre contribution relève en amont les difficultés de la prévention scolaire, et l'augmentation de la souffrance psychique des jeunes sous l'influence de différents facteurs que sont « la solitude et l'isolement, les études, l'emploi et plus généralement la perception négative de l'avenir ». Elle montre également une augmentation des tentatives de suicides et notamment dans les milieux défavorisés. Cette souffrance n'est elle pas le signe qu'il faut prendre très au sérieux ce cri d'alarme lancé dernièrement par l'Organisation internationale du travail, sur « le risque d'une "génération perdue", constituée de jeunes gens qui sont totalement détachés du marché du travail et ont perdu tout espoir de pouvoir travailler pour gagner décemment leur vie » ?

Quant aux personnes âgées, le constat est tout aussi lourd : pénibilité au travail et absence de prévention, tout au long de leur vie, nos aînés ne profitent pas toujours en bonne santé de leurs gains d'espérance de vie !

En établissement, les tarifs d'hébergement qui varient d'un établissement à l'autre font supporter aux familles des restes à charge de l'ordre de 1 300 € en moyenne, en décalage avec les niveaux moyens de retraites.

Les effectifs mériteraient d'y être renforcés. Il n'est de mois où des actions de maltraitance font la une de la presse, ou sont révélés sous la pression des personnels qui réclament plus de moyens comme c'est le cas ces dernières semaines, dans un établissement d'un grand groupe à Lyon.

C'est pourquoi encourager les bonnes pratiques et veiller au respect des droits des usagers passent comme le souligne le rapport par des ratios de personnel adaptés aux besoins et au renforcement des équipes médicales et paramédicales.

De même le maintien à domicile, alternative à l'hébergement choisi par la personne et les familles suppose un développement et une professionnalisation accrue des métiers d'aide à domicile. Là encore le rapport décrit le mélange des genres entre l'aide médico-sociale et les différentes gammes de services à la personne, la difficulté de financement des structures d'aide à domicile et la précarité des personnels en manque de reconnaissance !

Dans ce paysage où les droits se restreignent, où les patients perdent faute de moyen la notion du soin et des parcours de soins, la contribution se met en repérage de bonnes pratiques et de bons outils ; nous n'en citerons que quelques uns :

- les permanences d'accès aux soins adossées le plus souvent aux établissements hospitaliers pour l'accueil des publics précaires et qui pour certaines, c'est une de nos préconisations être couplées aux maisons de santé
- les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie qui effectuent des examens périodiques de santé gratuits en priorité pour les plus précaires et qui se spécialisent dans la prévention des chutes et des pathologies neuro-dégénératives chez les personnes âgées
- les maisons des adolescents qui effectuent l'accueil des jeunes de 12 à 18 ans avec tout un travail d'accompagnement éducatif et social
- Les maisons de santé pluri-professionnelles, comme celle des VANS que nous sommes allés visiter en 2009, qui pallient l'insuffisance de l'offre médicale et paramédicale.

Mais la vigilance s'impose dans cette période de réformes et la future loi sur le 5ème risque pourrait bien sonner le glas de l'APA (l'Allocation personnalisée d'autonomie) dans sa formule actuelle, le dernier rapport sur la dépendance celui de madame ROSSO-DEBORD préconisant de restreindre les prises en charges de l'APA sur les cas de dépendances les plus lourds et de rendre obligatoire dès 50 ans une assurance dépendance personnelle !

Nous avons bien conscience que la viabilité économique des systèmes de santé doit être garantie en permanence mais pour ne pas répéter le ratage de la réforme des retraites, comme le fait remarquer très justement le journal Alternatives économiques dans un article de Guillaume DUVAL son rédacteur en chef : « S'il faut pour cela changer les règles du jeu, il faut obliger le gouvernement à une négociation préalable avec les partenaires sociaux. Il faut probablement aussi une majorité qualifiée qui excède la majorité simple au sein des assemblées parlementaires afin d'obliger le pouvoir, quelle que soit sa couleur, à rechercher des consensus larges quand il veut faire évoluer ces éléments centraux du vivre ensemble ».

C'est ce vivre ensemble que nous défendrons bec et ongles, coté CFDT,

Sur la santé, sur la dépendance ou sur l'emploi dans les mois qui viennent !

Nous félicitons Antoine qui a su de nos débats ne retenir que le meilleur dans cette très bonne contribution et Frédérique, qui en nous écoutant avec beaucoup de patience, a su donner du sens et de la justesse à nos propos.

Il va sans dire que la CFDT se retrouvant bien dans cet avis le votera. Merci de votre attention.

Intervention de Jean-Bernard LAUNAY, au nom de la CFTC

« La nation garantit à tous la protection de la santé, la sécurité matérielle, etc..... »

De même : *« Tout être humain, qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »*

Après ces préambules, les travaux de la commission 5 se sont, tout d'abord, orientés vers une analyse de l'existant. Bien sûr, le sujet est vaste et un tantinet polémique eu égard aux moyens évoqués, mais le particularisme de ce document est d'avoir jeté un regard sur la situation actuelle de la santé des jeunes et des moins jeunes à travers les prismes des facettes du médico social tant il est vrai que l'environnement social, culturel et économique conditionne l'état sanitaire d'un individu.

N'en déplaisent aux préambules, il n'y toujours pas d'égalité en matière de santé.

D'une manière générale, un déficit de compréhension prive un trop grand nombre de nos concitoyens d'un accès aux soins en phase avec leurs réels besoins :

- essayer de remédier au désert médical limitant l'offre dans certaines de nos zones géographiques,
- éclaircir la lisibilité des documents administratifs pour les rendre compréhensibles au plus grand nombre, bien sûr sans tomber dans le jargon phonétique pilotant les SMS,
- reconsidérer le fonctionnement des centres de santé, quand ils existent, et
- réaménager les conditions et les guichets d'accès aux soins.

Ces préconisations sonnent le déjà entendu, mais malheureusement elles sont toujours d'actualité.

Il en est de même de la prévention chez les jeunes. Tout en étant résolument optimiste, puisque les jeunes, malgré des facteurs de risques spécifiques, sont malgré tout globalement en bonne santé, l'étude dresse un tableau qui affronte les problématiques importantes des addictions : l'alcool, le tabac, les drogues, le jeu.

Ces penchants ne sont souvent que les faux remèdes à un mal vivre familial, scolaire ou professionnel, voire existentiel.

De même, la non acceptation de la condition du présent voit aussi une compensation dans les dérives alimentaires, relationnelles voire violentes.

Il est vrai que nombre de structures existent, mais collaboration et cohérence entre collectivité locales, ARS, Education nationale, associations et Région sont incontournables. La solution est dans la proximité : tous les partenaires se doivent de se rapprocher des lieux de vie des jeunes.

Nous adhérons au fait que la prévention en santé mentale des jeunes doit être un axe fort de l'accès aux soins. Mais ne nous voilons pas la face.

Au-delà d'une mission d'observation régionale, d'une complémentaire santé et d'un énième chèque santé (quid par ailleurs de son financement), la réelle problématique de la santé mentale de notre jeunesse passe par toutes les facettes des problèmes sociaux qui les fracassent :

- parents déficients, voire inexistant (il faudra peut être un jour se pencher sur une forme d'éducation parentale),
- échec scolaire,
- chômage,
- frustration par rapport à la société de consommation et les images qu'elle renvoie,
- délinquance et souvent violence (forme de suicide social).

Au-delà de certaines statistiques, il faut redire que les jeunes sont globalement en bonne santé, mais ce sont toujours les déficiences d'un système qui permettent de l'améliorer.

Si dans le monde des actifs la médecine du travail concourt à l'état sanitaire des oeuvrants, le vieillissement de la population nous oblige à reconsidérer les conditions sanitaires des personnes dites âgées. Tout d'abord à quel âge est ce qu'une personne est âgée ? 60 autrefois,..... 62, peut être..... 65 ou 70.

L'âge en soi n'est rien. Ce sont plutôt les conditions de vie après un certain seuil de la vie qui posent question.

La transmission automatique du dossier médical de la médecine du travail au salarié, en fin de carrière, est une excellente préconisation qui permettra d'anticiper les conditions du vieillissement.

De même un bilan de santé complet au seuil de la vie active (mais encore se pose la question : à quel âge ?) permettrait d'accompagner le vieillissement tant les conditions personnelles que de prévoir les conditions d'évolution des structures pour rester en phase avec les réels besoins de la population.

Viellir est une condition inéluctable, bien vieillir doit être une volonté sociétale.

L'étude et les préconisations qui en découlent nous dresse un tableau disparate des structures existantes :

- inégalité selon les zones d'une même région,
- différence de coût dans l'accès de structures d'hébergement et souvent dans le même secteur géographique (des places qui restent inoccupées alors que les listes d'attente s'allongent dans certaines zones laissent pantois).

Le catalogue des préconisations :

- guichet unique,
- aide à domicile,
- structures les malades Alzheimer et leurs aidants,
- infirmières de nuit dans les EPHAD,
- coordinations médicales,
- E santé.

Comment ne pas adhérer à tout cela ?

Mais cet ensemble de préconisations peut très facilement rester lettres mortes, dans un contexte où les restrictions budgétaires et surtout les difficultés de financement sont à l'ordre du jour.

Les collectivités locales déjà exsangues avec les financements obligatoires de l'aide aux personnes âgées (APA), et surtout le RSA renâclent à mettre la main à la poche.

C'est pourquoi dans l'immédiat, il faut surtout saluer les actions des associations qui, toujours à moindre coût, sont extraordinairement présentes sur le terrain, tant au niveau des jeunes que des personnes âgées.

Souvent, la seule présence et l'écoute rompent l'isolement et améliorent le bien être.

Je vous soumetts ici 3 sujets de réflexion :

- 1- Nous sommes dans le siècle de la communication et pourtant : je cite ici une étude de la Fondation de France parue dans le dernier numéro de Paris Match : « *Aujourd'hui un français sur 10 a moins de trois conversations personnelles par an, 1 sur 4 a des risques de tomber dans l'isolement et ce sont des gens comme nous tous certains très ouverts et pas du tout caractériels* ». Ceci nous fait froid dans le dos.
- 2- Le secours catholique rend ce matin son rapport annuel : 1 jeune sur 5 vit sous le seuil de pauvreté avec moins de 950 €/mois et nombre d'entre eux (c'est à dire les ¾) sont en situation d'emploi. Dans ce contexte les adultes en herbe broient du noir. Est-ce incompréhensible ? De même, selon une récente enquête IPSOS -Secours populaire la moitié des 18-30 ans se disent angoissés lorsqu'ils pensent à leur situation actuelle ou à leur avenir. Vous en conviendrez, comment, dans cette ambiance, parler de suivi sanitaire et surtout de santé mentale.
- 3- Une autre donnée sur l'isolement et surtout l'isolement des personnes âgées. Comment ne pas mieux rompre l'isolement de beaucoup de personnes âgées avec ces expériences qui sont organisées sur le principe de la cohabitation intergénérationnelle ? En compensation de sa simple présence dans la cohabitation avec une personne âgée, un jeune reçoit le gîte et quelques fois le couvert. Aventures semées d'embûches, il est vrai, mais qui, quand cela fonctionne, bonifie tant l'accueillant que l'accueilli. Il serait bon que la Région y jette un œil bienveillant.

La CFTC votera cet avis.

Intervention de Sylviane FLORET, au nom de la CGT

Monsieur le président, mesdames les conseillères, messieurs les conseillers,

La contribution de ce jour sur la santé des jeunes et des personnes âgées peut d'autant moins nous laisser insensible que nous sommes au lendemain du vote de la loi sur les retraites.

Cette loi, 70 % de la population l'a condamnée et un mouvement social légitime, profond, sans précédent dans son unité la rejette encore.

Le recul des âges de la retraite, l'allongement de la durée des cotisations, le refus de prendre en compte sérieusement la pénibilité physique et psychique de certains travaux, la double peine infligée aux femmes et aux salariés précaires, la réforme de la médecine du travail sont autant de régressions sociales qui restructurent le monde du travail et auront des incidences redoutables sur l'espérance de vie.

L'Etat demande aux salarié(e) s de faire des efforts financiers en matière de retraite alors que les banques qu'il a soutenues sont en train d'afficher des résultats considérables ! Les salarié(e) s ne sont pas dupes ! Ils sont de plus en plus clairvoyants et voient bien toutes les conséquences néfastes d'une telle loi sur l'avenir et précisément celles sur la santé.

Pour les jeunes :

En effet, notre contribution le dit : l'environnement sociétal est déterminant pour le bien être et la santé et les jeunes rencontrent des difficultés à s'inscrire dans une vie sociale et professionnelle en raison de la situation critique de l'emploi. Alors comment vont ils trouver un emploi durable si les seniors qui travaillent « encore » ne partent pas à la retraite ?

Sans emplois, sans moyens financiers, sans logements, en précarité quotidienne, c'est prouvé, les jeunes de familles modestes sont en moins bonne santé. Le stress lié à la peur du lendemain, la souffrance psychique, la déshérence mettent en péril la santé. Va-t-on les condamner à galérer ainsi sur des décennies ? On voit bien que c'est le rôle, la place et le sens du travail qui est en débat dans cette société.

L'accès à la santé des plus vulnérables se réduit, le renoncement aux soins devient courant. Et les mesures gouvernementales ne s'arrêtent pas là. Bien cachée au milieu de la loi de finances 2011, les députés ont voté la semaine passée la fin de la couverture gratuite pour les sans-papiers pauvres (et nous savons que parmi eux sont de nombreux jeunes). Désormais pour bénéficier l'aide médicale de l'Etat les sans-papiers devront payer un timbre fiscal de 30 euros. Je ne pense pas que les étrangers en situations

irrégulières soient les responsables du déficit de la Sécurité sociale et les associations caritatives dénoncent cette mesure comme une grave erreur de santé publique et craignent des pandémies.

La politique sanitaire et médico-sociale des ARS, dont l'objectif est de restructurer et rentabiliser la santé publique, conduit également à des restrictions de moyens désastreux. Ce samedi 6 novembre était la Journée nationale de défense des droits à l'avortement et à la maternité choisie. Après les longues luttes des femmes dans les années 1970, avec la loi WEIL puis la loi AUBRY on aurait pu penser que le droit à l'avortement était enfin acquis en France ! Mais les obstacles à la prise en charge des mineures se multiplient ; avec le regroupement des établissements de santé, la fermeture des maternités : des centres IVG ferment ou réduisent leur activité. Ils retardent les rendez-vous et peuvent parfois conduire les femmes hors des délais légaux. La tarification à l'activité incite les établissements à limiter ou arrêter les actes médicaux non rentables dont la pratique des IVG et certains refusent de pratiquer les anesthésies générales.

Ces quelques exemples illustrent que la politique de santé que développe l'Etat ne va pas, à notre avis, dans le sens d'une réponse de qualité aux besoins des jeunes et si nous partageons les préconisations de prévention de cette contribution, nous pensons que dans le domaine de l'accès aux soins une grande réforme de la santé publique est indispensable.

Les exemples concernant la santé des retraité(e)s et des personnes âgées le démontrent aussi.

Au fil des années, la perception de la retraite a changé et ouvre une nouvelle page conjuguant liberté mais aussi utilité sociale et citoyenneté (vie associative, syndicale, politique, aide familiale multiforme, solidarité de proximité, accès à la culture, aux loisirs et, j'en passe...)

Mais pour cela faut-il y arriver et rester en bonne santé !

Tous les salariés ayant effectué des travaux pénibles voient leur espérance de vie sérieusement diminuée : aujourd'hui, l'écart entre les ouvriers et les cadres est ainsi de sept ans. La transformation du travail et de son organisation ont produit de nouveaux risques : l'extension des cancers, l'explosion des troubles musculo-squelettiques, l'émergence des risques psycho-sociaux. La nouvelle loi est lourde de danger pour les femmes. Car si l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes, leur espérance de vie « en bonne santé » est quasiment identique (à 60 ans : six mois d'écart). La pénibilité se conjugue aussi au féminin : TMS, flexibilité et précarité du travail, horaires morcelés avec grande amplitude de la journée de travail, notamment dans le nettoyage, l'aide à la personne, le commerce... Le durcissement des conditions de départ à la retraite va creuser davantage les inégalités.

Il serait intéressant que notre contribution intègre les risques énoncés et alerte sur les conséquences prévisibles d'une loi néfaste pour notre bien être futur et notre bien vieillir. Il faudra donc trouver des solutions pour réduire la pénibilité du travail tout au long de la vie active et pas seulement en fin de carrière comme le dit la contribution, en renforçant les préventions, la médecine du travail et l'innovation technologique.

Le bien vieillir implique que notre société réfléchisse à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées et handicapées. La CGT condamne le projet gouvernemental qui va bientôt sortir des cartons de l'Elysée qui préconise la récupération sur succession de l'APA et l'obligation de souscrire une assurance privée dépendance à partir de 50 ans.

La CGT réaffirme que le risque dépendance et la prévention doivent relever exclusivement du régime général de la Sécurité sociale. La réforme du financement de la Sécurité sociale reste un enjeu incontournable pour répondre durablement aux besoins sociaux et de santé de toute la population. La CGT propose le développement d'un véritable service public de santé, plus près des attentes de la population, plus à l'écoute des professionnels, plus en capacité d'investir dans l'innovation. Il faut regagner la performance qui a fait de l'hôpital français l'un des plus efficaces au monde. Nous sommes opposés à la financiarisation de la santé. Notre système de santé, de soins et de Sécurité sociale doit donc évoluer pour garantir à chacun le droit à la santé. Il doit rester fidèle à ses valeurs de solidarité : chacun finance en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

Aussi et enfin restons vigilants dans nos préconisations à ne pas proposer des transferts des prises en charge de la santé vers les collectivités territoriales ; avec le désengagement de l'Etat, celles-ci ne seront pas en capacité financière de les assumer et cela aboutirait forcément à des accès aux soins inégaux sur le territoire.

Ces remarques étant faites, je dirais que le travail de la commission a bien cerné les problématiques de santé des personnes âgées et des jeunes et dans les préconisations a mis en valeur l'indispensable renforcement de la démocratie sanitaire qui associe acteurs, usagers, décideurs. C'est un axe fort partagé par la CGT qui souhaite que les partenaires sociaux soient associés à l'élaboration des politiques de santé et médico-sociale à tous les niveaux du territoire.

Aussi le groupe votera pour cette contribution.

Intervention de Pio VINCIGUERRA au nom de FO

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, Chers Collègues,

Le moment choisi pour présenter à notre assemblée un projet de contribution pour la santé des jeunes et des personnes âgées en Rhône-Alpes est, pour le groupe FO, essentiel dans la mesure où le paysage institutionnel chargé de la santé est en pleine mutation. La création récente des Agences régionales de santé en est le fait le plus marquant, à lier d'ailleurs avec la mise en place de la Réforme générale des politiques publiques.

C'est pourquoi le groupe FO insiste pour que notre assemblée ait une approche sociale et humaine partant des besoins des Rhônalpins qui nécessite une couverture sanitaire du territoire rhônalpin garantissant l'égalité d'accès aux soins et services. Cette approche qui a des conséquences économiques certes doit être pensée en termes d'offres de soins et d'accès et non seulement en termes de dépenses de santé. L'adage « La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût » ne peut être la base d'une politique sanitaire efficace et moderne. La question essentielle est bien les besoins de la population sont-ils satisfaits ou non ?

Notre assemblée se doit de poser les questions et ses propositions en ces termes. C'est son rôle naturel et indispensable dans l'institution de la République. Limiter la santé aux seules questions des coûts c'est à la fois s'enfermer dans une logique régressive et surtout oublier l'apport essentiel de l'économie de la santé à la compétitivité de nos territoires et de la Région toute entière. Nous avons construit au fur et mesure de notre histoire sanitaire un des meilleurs services de santé du monde, sinon le meilleur. Le maillage territorial fin du système est essentiel dans la vie économique quotidienne de nos territoires, la désertification médicale et sanitaire est très souvent un accélérateur de la désertification économique. C'est pourquoi notre assemblée ne saurait être à la remorque des projets institutionnels de régression de la couverture sanitaire. Un des droits fondamentaux – le droit à la santé et à l'accès aux soins – est en danger si nous laissons les « tueurs de coûts » agir en toute impunité.

C'est pour cela que nos propositions et préconisations doivent permettre une autre grille de lecture aux « décideurs » pour notre région. Certes, nous ne sommes pas dans une compétence directe du Conseil régional mais tous ceux qui à un échelon ou un autre agissent en matière de santé doivent être les « cibles » de diffusion des idées exprimées en commun ici.

En effet, l'organisation sanitaire est un enjeu majeur d'aménagement du territoire rhônalpin. Chaque citoyen de notre région doit avoir à proximité et tout au long de la chaîne de soins un service de qualité lui permettant l'accès à tous les moyens. Cette chaîne de soins – du front-office au back-office – doit être pensée en terme de complémentarités des services et aussi en terme –essentiel dans le raisonnement – de temps. Il fut – il y a certes plusieurs années – de la maille des 30 minutes comme base d'organisation des services au public. C'est une base qui aujourd'hui doit devenir une règle.

Ceci étant le choix de notre contribution de cibler plus particulièrement les jeunes et les personnes âgées permet certainement d'être plus précis. Déjà notre conseil a fait un travail important notamment dans le cadre des discussions du précédent Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Ce travail reste d'actualité et est complété par la présente contribution.

C'est ainsi que la question de la prévention est toujours une priorité. Elle rejoint aussi dans la continuité de ce que nous avons déjà exprimé celle de la proximité. Les conséquences sanitaires de la précarité accrue des jeunes et la question du vieillissement au travail percutent ensemble toutes les politiques de prévention et l'organisation générale des services de soin.

La réforme de la médecine du travail qui est dans le package de la réforme des retraites aura inévitablement des conséquences sur cette notion de vieillissement au travail. L'âge moyen de « bonne santé à la retraite » risque de sérieusement se raccourcir si l'on continue à confondre comme le veut la réforme des retraites pénibilité du travail et invalidité. Sans compter que le principe du vase communicant chômage des jeunes – allongement de la durée de vie au travail risque d'être une déflagration sanitaire aux deux bouts de la vie de travail. La santé au travail – tout comme la question du travail – est une des priorités des dix prochaines années qui nécessiteront de notre assemblée de prendre les initiatives indispensables dans le cadre de notre responsabilité d'alerte.

En ce sens, la question du travail des jeunes en Rhône-Alpes nous semble mériter une auto-saisine dans la suite des travaux nombreux de notre Assemblée notamment le rapport NAUDIN et ceux qui ont suivi à plusieurs reprises dans l'histoire de notre assemblée.

Le groupe FO retrouvant dans le projet de contribution l'essentiel de ses propositions, nous le voterons favorablement.

Intervention de madame Marie-Laurence MOROS, au nom de FSU

La commission 5 a effectué un travail très intéressant, sur la santé des jeunes et des personnes âgées en Rhône-Alpes, d'analyse de l'existant et de préconisations. L'entrée à la fois médicale et médico-sociale est pertinente.

Je m'en tiendrais dans mon intervention à la problématique des jeunes. Si la contribution pointe à juste titre le rôle essentiel du milieu familial sur la santé des jeunes, je souhaiterais pointer quelques réalités alarmantes qui touchent l'Education nationale, en commençant par la question de la médecine scolaire.

La médecine scolaire est une médecine de prévention et de dépistage. Les médecins scolaires sont peu nombreux et leurs emplois budgétaires sont en partie supprimés lors des départs à la retraite. En moyenne, ils ont entre 5 000 et 12 000 élèves à charge selon les territoires. De plus, ils sont les plus mal payés parmi les médecins salariés de France. En début de carrière, ils ne touchent que 1 700 € par mois. Ce manque d'attractivité du métier explique que, même en nombre insuffisant, des postes restent vacants et que les vacances sont largement utilisées.

La loi, qui prévoit un examen de tous les élèves de 6 ans, est inapplicable. Il touche, nationalement et dans notre région, moins de 20 % de cette population scolaire. C'est pourtant à ce moment-là que les médecins peuvent dépister des maladies, des problèmes d'apprentissage provoqués, par exemple, par la dyslexie ou des troubles sensoriels. S'ils ne sont pas détectés à temps, cela risque d'entraîner de graves retards non seulement scolaires mais touchant la vie future de l'enfant. Les médecins sont d'autant plus inquiets qu'une partie de la population est très fragile socialement. Beaucoup de familles ont de plus en plus de difficultés à accéder aux soins et ce phénomène est aggravé par la crise. Certaines ne fréquentent que les urgences et les enfants ne bénéficient plus d'un suivi médical.

Plusieurs enquêtes viennent corroborer la réalité des inégalités de santé dans la population scolaire rhônalpine. Une étude récente a été réalisée en Haute-Savoie sur l'obésité chez les enfants dans leur 6^{ème} année (c'est-à-dire en grande section de maternelle) par des médecins et infirmiers scolaires. Les résultats montrent que ce phénomène touche en moyenne 9,7 % des enfants. Cependant, on observe de différences notables à l'intérieur même du département avec un taux de 15,2 % chez les enfants scolarisés dans les zones défavorisées (CUCS, REP et ZEP) soit un risque 1,7 fois plus élevé que chez des enfants hors de ces zones. Ce problème de santé publique exige que des actions de prévention précoce soient réellement mises en place, en coordonnant mieux les différentes politiques publiques dans les territoires.

Autre priorité affichée dans le discours gouvernemental, celle de l'intégration des enfants handicapés à l'école. Là aussi la distance est grande entre le discours officiel et la réalité du terrain. La prise en charge des élèves handicapés dans les écoles et dans les établissements de second degré se fait avec des personnels précaires, sans véritable qualification professionnelle. L'Education nationale a même recours à des contrats aidés, avec des personnes elles-mêmes en difficultés sociales et souvent personnelles. Leurs tâches sont de durée limitée et la rotation provoque l'insécurité des élèves et des familles. Il faudrait des emplois statutaires, avec des personnels formés, stables, ce qui nécessiterait que l'Etat investisse et non pas se désengage de ses responsabilités sur les associations et sur la Maison du Handicap.

La santé des étudiants est aussi un enjeu de société. L'observatoire de la santé des étudiants de Grenoble réalise chaque année une enquête auprès d'un échantillon de jeunes représentatif d'un niveau d'études. La dernière s'est intéressée à leur santé après une année passée à l'université. Tout comme en première année, l'état de santé mentale et physique est bon ou assez bon pour la majorité des étudiants. Cependant on observe une évolution des produits psychoactifs qui se traduit par une augmentation forte des consommations, en particulier chez les garçons. Le nombre de fumeurs réguliers progresse de 10 %, atteignant plus de 35 %. La consommation régulière de cannabis et d'alcool a doublé par rapport à la première année et les ivresses ont été multipliées par 3, tant pour les filles que pour les garçons. Aussi est-il impératif de renforcer les actions de prévention, en particulier des comportements à risques. Si le taux d'interruptions de grossesse est resté stable, plus d'étudiantes (presque 45 %) affirment n'avoir jamais utilisé de moyen de contraception, ce qui peut nous interpeller s'agissant ici de jeunes en études supérieures. Sur le plan de la santé mentale, 13,7 % des étudiants déclarent des signes de souffrance psychologique (stress, tension nerveuse, problèmes chroniques de sommeil et même tendances suicidaires). D'autres enquêtes, comme celles des mutuelles étudiantes régionales, montrent aussi que la santé se dégrade durant la vie étudiante ; que l'impact de la toxicomanie est inquiétant ; que les consultations des professionnels de santé par les étudiants rhônalpins a baissé de 2007 à 2009 ; que les étudiants ont moins de complémentaires santé que le reste de la population nationale (83,7 % au lieu de 92 %). Ces évolutions négatives sont à mettre en lien avec la situation des jeunes qui ne cesse

de se dégrader. Ils souffrent de chômage, de précarité, de difficultés à entrer dans le monde du travail et plus généralement dans leur vie d'adulte, à se loger, à se soigner. Au-delà de la question centrale de leur place dans la société française, il est urgent que les pouvoirs publics proposent des solutions pour un meilleur accès aux soins de ces jeunes.

En conclusion, trois éléments semblent essentiels :

- Le besoin de dégager des financements pérennes pour des politiques de santé au bénéfice de tous. La santé est une priorité sociale qui exige que tous les pouvoirs publics y consacrent les moyens nécessaires.
- Le besoin d'avoir des professionnels de santé en nombre suffisant, qualifiés, bien formés, aptes à travailler en équipes, et bien rémunérés.
- Le besoin de remédier aux inégalités de santé sur les territoires, avec des actions cohérentes entre l'Etat et l'ensemble des collectivités territoriales.

La FSU votera la contribution.

Intervention de Fabien COHEN-ALORO, au nom de l'UNSA

Monsieur le Président du CESER,
Mesdames, Messieurs et Chers (e) Collègues,

Le travail réalisé par la commission 5 est une analyse et des préconisations qui nous semblent très constructives et nous remercions les membres de cette commission pour le travail réalisé.

« Sur la Région Rhône-Alpes, deux éléments sont à prendre en compte lorsque l'on parle de santé publique. Le premier est la question des disparités de santé qu'elles soient sociales, économiques ou géographiques. Les problèmes de santé ne sont pas répartis de manière homogène sur l'ensemble de la population rhônalpine et des disparités importantes existent en lien avec des différences de comportements, de pratiques, de connaissance ou d'accès aux soins et à la prévention » explique Olivier Guye.

La prévention doit être au cœur des actions régionales.

Prévenir et réduire les conduites à risque chez les jeunes, prévention des addictions (alcool, drogue et aujourd'hui les jeux de toutes natures), de la souffrance psychique, mais également besoin d'une plus grande prévention du VIH et d'un meilleur accès à la contraception.

Prévenir les maladies majeures telles la lutte contre le cancer, les maladies cardiovasculaires, Alzheimer, le handicap, la liste est longue, mais le travail immense.

Néanmoins, la problématique de la santé dépasse largement notre région Rhône-Alpes. La médecine n'est plus à deux vitesses mais à multi vitesses.

En France, on estime la population qui n'a plus les moyens de se soigner correctement à environ trois millions d'individus. Trois millions de personnes dont l'espérance de vie devient de plus en plus limitée.

Faudra-t-il créer des « hostos du cœur » et un droit à la santé opposable pour que les nouveaux salariés pauvres puissent être soignés convenablement ?

Les mesures de remboursements de médicaments, libération des honoraires médicaux, augmentation des tarifs des mutuelles, relèvement du forfait hospitalier participation de des patients au prix des consultations pour 1 € signent l'arrêt de mort du principe d'égalité des citoyens face à la maladie.

Le projet de loi de finance de la Sécurité sociale 2011 présenté par le gouvernement fait l'unanimité contre lui. Pour la première fois, les 5 conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale (Mutualité sociale agricole, Assurance maladie, Assurance Vieillesse, Allocations familiales, et l'ACOSS qui gère la trésorerie de l'ensemble des branches du régime général de la Sécurité sociale) ont rendu chacune un avis défavorable sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) présenté la semaine dernière par le gouvernement.

De même, les dernières annonces de certains parlementaires désireux de voir créer une contribution de 30 euros pour avoir droit à l'AMÉ montrent bien qu'il y a une volonté de démanteler le principe de solidarité voulu par la Nation à la libération. Sans parler bien entendu du commencement de la « désertification » de certain territoire en matière de santé.

Dans ce contexte, est-il acceptable que 5 à 10 % des citoyens de notre pays ne puissent plus accéder aux soins en cas de maladie ?

Il y a deux points qui nous semblent ne pas avoir été traité dans ce projet de contribution et qui nous semblent majeur c'est :

- La santé au travail d'autant que l'allongement du temps de travail va inévitablement aggraver les problématiques du stress au travail, les troubles musculo-squelettiques,
- La notion de santé environnementale. Cette nouvelle approche de la santé qui intègre la prévention des risques sanitaires dus aux pollutions, aux dégradations des conditions de travail. La santé environnementale doit être pensée dans une logique de transversalité, transport, l'environnement, agriculture.

Nous souhaiterions que la commission 5 puisse se saisir de ses thèmes de travail.

L'UNSA, qui partage globalement l'analyse et les propositions formulées par le projet d'avis, votera positivement tout en insistant sur le manque de temps imparti à son élaboration pour approfondir les propositions exigeantes afin de rendre effectif le « Pacte républicain » pour « vivre ensemble ».

Intervention de Sylvie LOYAU, au nom des associations de lutte contre l'exclusion

Monsieur le Président, cher(e)s collègues,

Les associations de lutte contre l'exclusion sauront apprécier la qualité de la contribution qui nous est présentée « Pour la santé des jeunes et des personnes âgées en Rhône-Alpes ».

La commission Solidarités a su prendre en compte la santé dans ses dimensions physique, mentale et sociétale, repérer les besoins des rhônalpins, et ce plus particulièrement auprès des publics en difficultés.

Comme le rappelle la contribution, « la santé est une préoccupation individuelle et collective, un droit de valeur constitutionnelle. »

Si la santé est un droit, un capital à préserver, nous ne pouvons qu'en constater les profondes inégalités. Je citerai le docteur Didier FASSIN, anthropologue et dirigeant de l'Institut interdisciplinaire sur les enjeux sociaux : un bon système de soins n'implique pas forcément une population présentant un bon état de santé et, si la France est au 1^{er} rang mondial pour son système de santé, elle est en dernière position des pays ouest-européens en matière d'égalité sociale devant la mort. Et de conclure que, si l'on veut agir sur la santé, il faut améliorer les conditions de vie et réduire l'ensemble des inégalités sociales.

Parce que nous accueillons et accompagnons des personnes en situation de précarité dans nos associations, nous savons combien la malnutrition, le mal logement, les difficultés d'accès à l'emploi, la pauvreté monétaire, la précarité sont dommageables à la santé physique et psychique des personnes. Pour exemple : les problèmes d'obésité sont 2 fois plus élevés dans la population aux revenus les plus faibles ; ou ce chiffre de 45 % des jeunes de moins de 25 ans dans les ZUS vivants en-dessous du seuil de pauvreté(ONZUS). Pour ces personnes, l'accès aux soins est perçu comme un luxe.

De plus, comme l'expliquait lors de son audition le docteur BOSLE, médecin à La Duchère à Lyon et bénévole au Secours populaire, « on arrive à soigner les plus pauvres car ils bénéficient de la CMU complémentaire. En revanche, ceux qui n'y ont pas droit mais sont juste au dessus du seuil, sont complètement démunis et renoncent souvent à se faire soigner faute de moyens financiers et faute de mutuelle : impossibilité pour eux d'avancer les frais médicaux, dépassements d'honoraires sans compter les franchises médicales, privant les personnes ou familles modestes de soins dentaires, lunettes, ou de visites auprès de spécialistes.

De plus, il est très difficile de sensibiliser ces personnes aux messages et actions de prévention, perçus par elles comme non prioritaires.

A cela s'ajoutent les inégalités de l'offre de soins :

- en milieu rural avec un recul de l'offre de soins et un accès à la santé rendu encore plus difficile par l'éloignement, accentuant le sentiment d'isolement des plus fragiles
- dans les ZUS de grandes villes (de plus de 10 000 habitants) qui accueillent 14 % de la population avec seulement 6 % des effectifs médicaux ou paramédicaux (source : observatoire national des ZUS).

La commission Solidarités a accordé une attention toute particulière aux publics fragilisés et fait des recommandations auxquelles nous souscrivons entièrement et dont nous souhaitons qu'elles soient entendues. Les associations de lutte contre l'exclusion apprécient la démarche, qui s'inscrit dans la préoccupation permanente du CESER Rhône-Alpes de contribuer à la prévention de l'exclusion.

Intervention de Michel MACCHICOANE, au nom du CRAJEP

Le Comité régional des associations de jeunesse et d'éducation populaire de Rhône-Alpes apprécie vivement que le CESER se soit saisi de manière transversale et dans une approche médico sociale de la santé des rhônalpins et en particulier concernant les jeunes. Il a également apprécié d'être consulté et auditionné au cours des travaux de la commission Solidarités.

En pleine situation de précarisation de nos jeunes, et dans une société n'offrant que peu de perspectives en termes d'insertion sociale et professionnelle, le CRAJEP soutient les travaux de cette commission Solidarités. Solidarités au pluriel, solidarité entre les adultes et les jeunes, solidarité intergénérationnelle, solidarités entre les différentes catégories de population. Solidarités dans tous les domaines de la vie de la cité dans une démarche d'engagement citoyen.

Nos jeunes recèlent une richesse insoupçonnée et les réponses à leurs besoins ne peuvent être approchées en politiques exclusivement sectorielles et/ou dispositifs successifs et ponctuels. Seule une politique globale ambitieuse couvrant tous les domaines de la vie des jeunes générations notamment impulsée par le Conseil régional en lien avec les acteurs, en particulier associatifs, peut contribuer aujourd'hui à faire place à ces jeunes prometteuses. De ce point de vue, réfléchir à leur accès à la santé, avec une approche préventive, transversale, et ne négligeant aucun des autres aspects qu'ils soient liés à l'enseignement, à la formation, à l'emploi ou au logement nous paraît opportun et pertinent. Le CRAJEP remarque également la prise en compte simultanée des personnes âgées rejoignant en cela l'esquisse d'une intergénérationnalité à retrouver dans des liens sociaux aujourd'hui encadrés par des interventions trop systématiquement catégorielles.

Il faut noter d'ailleurs que les mutations du paysage sanitaire français initiées avec la réforme générale des politiques publiques comme avec la réforme des collectivités territoriales font d'ailleurs totalement l'économie de la prise en compte des jeunes générations et de leur avenir. La santé des jeunes est mise à mal dans le contexte de la précarisation grandissante où les plus jeunes sont aujourd'hui plus que jamais en première ligne. En effet, les derniers événements ont montré à travers la mobilisation de tous ces jeunes que ces derniers sont confrontés à un avenir incertain. Mais auquel il s'intéresse, pour lequel ils entendent s'investir face à un monde du travail fermé, à un contexte social injuste pour eux et aux solidarités limitées. Le CRAJEP tient donc aussi à indiquer qu'il ne peut que s'inquiéter d'une logique de marchandisation en développement évident et que celle-ci va à l'encontre de l'égalité des droits. Et les jeunes là aussi pâtissent directement de cette évolution dans notre système de soins. Il est aujourd'hui malheureusement évident que les jeunes vivront moins bien que les générations précédentes et que l'accès aux droits, à l'emploi, au logement... et à la santé est de plus en plus laborieux. La prévention est l'un des moyens pour soutenir cette volonté des jeunes dans leur avenir, pour soutenir leur engagement et pour une véritable éducation notamment à la santé, dépassant en cela quelques campagnes ciblées.

Le CRAJEP soutient donc la démarche remarquable engagée. Il espère que les préconisations du CESER seront entendues et prises en compte par le Conseil régional surtout dans ces dimensions préventive et sociale. Il insiste sur la nécessité d'une politique transversale non stigmatisante autour de problématiques certes existantes mais ne pouvant pas, ne devant pas résumer les jeunes comme catégorie à problèmes mais bien comme ressource et porteuse d'initiatives et de compétences réelles et à rendre visibles. Le CRAJEP insiste également sur une politique régionale faisant place à tous les acteurs concernés par l'accueil et le soutien des jeunes et associant directement ceux-ci à travers leurs différentes formes d'organisation.

L'examen des parcours de santé tant des jeunes sur les territoires de la région est une démarche d'intérêt si elle n'omet aucun acteur et s'inscrit dans la durée.

Le CRAJEP enfin appuie fortement les recommandations concrètes d'inscrire en priorité régionale la lutte contre l'obésité, les addictions ou encore la prévention du suicide touchant particulièrement cette tranche d'âge. La dimension éducative s'avère néanmoins indispensable.

Pour les jeunes de notre région, les impacts liés au territoire, à l'environnement social, aux exclusions de toutes sortes sont évoqués et méritent un maillage s'appuyant sur les réseaux associatifs non contenus aux secteurs sanitaires et sociaux mais touchant tous les intervenants et faisant place aux jeunes eux-mêmes.

Le CRAJEP fera donc connaître les travaux du CESER et entend poursuivre l'action de ses associations pour l'éducation et la prise en compte des jeunes rhônalpins.

Intervention de Michel MACCHICOANE, au nom du GERC 3/4

Monsieur le Président, Chers collègues,

En cette période de modifications profondes du paysage sanitaire français, dans un contexte, de surcroît, de précarisation grandissante et de réforme annoncée des collectivités, la commission Solidarités ne pouvait rester absente de l'enjeu majeur de la santé des rhônalpins.

Considérant les options et choix déjà existants de la part du Conseil régional, le CESER se devait de continuer d'éclairer des besoins de plus en plus prégnants en ce domaine essentiel.

Pour se faire de manière pertinente c'est une approche délibérément globale traitant des aspects sociaux et pas seulement sanitaires, de la dimension préventive et pas exclusivement curative qui a été très justement privilégiée.

Le sujet de la santé en Rhône-Alpes en général étant trop vaste pour être traité dans un seul avis, il a été recherché un angle d'attaque centré sur le territoire en apportant une grande attention à la prévention et en se concentrant sur les populations les plus prioritaires.

A travers un débat contradictoire d'intérêt quant aux évolutions sociétales ce sont les impacts sur les deux extrêmes de la tranche d'âge de la population de la région qui a retenu l'attention. Le choix a donc été fait de prendre en considération tout à la fois les particularités des différents jeunes, et tenant compte de l'allongement de la durée de vie, la problématique liée aux soucis de santé des Personnes âgées. Il faut relever que si les effets sur l'ensemble de la population n'ont pas été totalement occultés, ceux-ci n'ont pas été directement traités gardant le cap, malgré des interrogations sous-jacentes persistantes - des deux cibles retenues.

« 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 ». Sur la base de cette définition de l'OMS, la contribution balaie rapidement les aspects historiques et contextuels pour se pencher plus particulièrement sur l'examen des parcours de santé tant des jeunes que des personnes âgées sur les territoires de la région.

En ce qui concerne les jeunes, les questions relatives à l'information, aux conditions de vie, aux aspects psychologiques et à la santé mentale comme à l'accès aux droits sont abordés posant la nécessité d'un appui renforcé et d'une coordination des actions trop parcellaires et d'acteurs trop dispersés. L'éducation Nationale ne pouvant pas, ne devant pas être le seul relais. On ne peut que se féliciter de recommandations concrètes soulignant la nécessité d'inscrire en priorité régionale la lutte contre l'obésité, les addictions ou encore la prévention du suicide touchant particulièrement cette tranche d'âge. La dimension éducative n'est pas négligée et c'était indispensable, la commission voulant éviter toute stigmatisation. En la matière, il s'agit bien de l'objectif impérieux de « faire avec » et non pour les jeunes en privilégiant un abord positif des ressources de cette population qui est notre avenir en évitant de développer une image réductrice, voire négative, alors même que les situations sont multiples et diverses et les jeunes en capacité d'être acteurs si une place leur est donnée par les adultes. Et si des politiques transversales sont mises en œuvre au-delà de successions de dispositifs ou de mesures trop ponctuelles.

Pour les personnes âgées, d'emblée deux dimensions sont apparues comme essentielles d'où une attente que les pouvoirs publics les prennent en compte : la proximité et l'accompagnement. La population des rhônalpins à l'image du reste du Pays est vieillissante et une véritable considération passe bien par une qualité de vie, une présence de proches, des liens sociaux maintenus. Le constat d'inégalités dans l'accès à ces deux dimensions et aux soins mérite un traitement que ce soit au niveau des équipements, des aidants familiaux, de la prévention et de l'accès à l'information et de la santé au travail et en fin de carrière au moment du passage à la retraite et à ses effets à moyen terme. La contribution le souligne fort justement.

Plus encore ce sont globalement les aspects éthiques de l'accompagnement de nos aînés qui ont été mis en exergue avec l'impérieuse nécessité d'un travail de fond soutenu par des moyens financiers accrus, de la formation et une évaluation des pratiques professionnelles, et donc d'une politique coordonnée entre les acteurs visant à mieux structurer l'offre de soins intégrant des démarches préventives.

Le fonctionnement en réseaux de différentes structures est un élément important à développer pour permettre une meilleure prise en charge dans le parcours des soins des personnes vieillissantes.

Pour les deux catégories, les problématiques liées au territoire, à l'environnement social, aux exclusions de toutes sortes n'ont pas été éludées même si elles méritent une observation, un suivi, une évaluation régulière. Cette observation est opérée au sein de la commission et du groupe exclusion. Elle doit impérativement se poursuivre en mettant en lien puis en véritables réseaux d'intervention les acteurs sanitaires et sociaux.

De ce point de vue, le CESER se doit d'être attentif aux modifications à l'œuvre au plan sanitaire en particulier pour que le volet médico-social ne soit pas progressivement neutralisé par une approche purement économique, gestionnaire, technique.

Le GERC 3-4 ne peut donc que se féliciter de la dynamique de réflexion qui a présidé à l'élaboration de cette contribution. Celle-ci s'est appuyée sur de nombreux témoignages tous plus significatifs et interpellants les uns que les autres. Ces témoignages ont été étayés par l'expertise de plusieurs collègues pour un travail approfondi même si inévitablement il ne peut être considéré comme totalement abouti au regard de ce qui doit également être analysé pour le reste de la population. En effet, au fur et à mesure de l'avancée des travaux des problématiques nouvelles se sont révélées tant au niveau des populations concernées que de l'ensemble des rhônalpins, mais aussi au niveau des personnels et intervenants dont le soutien, la formation, la reconnaissance seraient autant de garanties d'un mieux vivre ensemble en tendant vers cette définition de la santé rappelée en introduction.

GERC 3-4 tient à souligner la qualité des travaux conduits sous l'égide du président de la commission, d'apports d'experts externes instructifs voire pour certains d'entre eux saisissants. Les expériences de conseillers très impliqués avec l'appui de la chargée de mission ont permis cette production dont nous ne doutons pas qu'elle retienne l'attention du Conseil régional. Que tous en soient remerciés.

Le GERC 3-4 votera l'avis.

Intervention de Jean-Louis PIVARD, au nom de la Mutualité agricole

Monsieur le Président, chers collègues

Je ne fais pas parti de la commission 5, aussi ai-je sursauté en lisant ce matin le projet de contribution. En effet, page 36 en gras, je lis et je cite : « Souvent en milieu rural, un grand nombre de personnes âgées vivent chez elles en consultant rarement leur médecin traitant, en n'allant jamais voir les spécialistes et en vivant dans des conditions d'hygiène déplorable ». Fin de citation !

Je m'inscris évidemment en faux devant cette généralisation abusive et stigmatisante à l'égard des ruraux qui dans leur très grande majorité, se lavent, se soignent, consultent !

Je n'aurais pas pu voter cette contribution, par ailleurs fort intéressante et porteuse de propositions pertinentes, sans faire préalablement cette mise au point.

