

**OBSERVATIONS ET
PRECONISATIONS DE LA
CONFERENCE DE TERRITOIRE DE
SANTÉ DU VAL DE MARNE
AU PSRS**





OBSERVATIONS DE LA CONFERENCE DE TERRITOIRE DU VAL DE MARNE SUR LE PROJET DE PSRS

1. L'articulation entre la psychiatrie et le handicap psychique est absente du projet et le concept même de handicap psychique n'est pas cité. Il mérite pourtant une attention soutenue en termes de prévention, de prise en charge dans l'urgence y compris à domicile (à l'image du CPOA à PARIS), de continuité des soins.
2. Parallèlement le projet ne prend pas suffisamment en compte les différentes formes de handicaps et l'articulation des prises en charge qu'ils nécessitent : soins, hébergement, travail. Pas un mot sur les ESAT.
3. Il sous-estime la fonction de la PMI et de la planification familiale et le rôle que joue spécifiquement la PMI dans l'atténuation des inégalités sociales. Cette fonction est pourtant fragilisée par la conjonction de la crise que connaît la démographie médicale et paramédicale et le désengagement financier de l'assurance maladie (dispositifs conventionnels avec les Conseils généraux).
4. Le document sous-estime la crise spécifique que connaît la région en matière de démographie médicale et paramédicale, crise qui se traduira à très court terme par une implosion du système de santé dans son ensemble. Le Val de Marne est l'un des départements qui dans les cinq ans qui viennent, connaîtra la plus forte baisse démographique. Pour ce qui concerne l'accès aux soins, l'offre en secteur 1 existe pour l'instant et semble pérenne pour la médecine générale. Mais pour la médecine de spécialité, les jeunes médecins s'installent majoritairement en secteur 2. La conjonction de ces deux éléments va poser de gros problèmes en matière d'accès aux soins, notamment en psychiatrie où l'on peut parler de « catastrophe sanitaire ».
Si un diagnostic est fait dans le document, quid des mesures concrètes pour y remédier ?
5. Les coûts fonciers spécifiques à la région, notamment au cœur de celle-ci, constituent un frein au développement d'équipements médico sociaux, tant dans le champ gériatrique que dans celui de la prise en charge des handicaps. Ceci explique le retard que l'Île de France connaît vis-à-vis d'autres régions et se traduit par le fait que des personnes atteintes de handicaps soient hébergées en Belgique.
Pourquoi, face à cette situation, ne pas créer un dispositif reposant sur un financement conjoint, visant à annihiler le surcoût foncier, ce qui s'avèrerait efficace tant en ce qui concerne la réponse à la demande sociale que par l'impact sur les frais de fonctionnement des établissements et services médico sociaux (assurance maladie, aide sociale départementale, et personnes elles-mêmes) ?
6. Le projet ne valorise pas assez le rôle du mouvement associatif dans la prise en compte comme dans la prise en charge des problématiques abordées. Or, ce rôle est essentiel, le mouvement associatif au-delà de sa fonction démocratique (expression des besoins) exerçant parallèlement une fonction gestionnaire.
7. Il ne prend pas en compte, de façon suffisante, les problématiques d'ensemble liées au VIH qui constituent pourtant une priorité de santé publique dans la région.

8. Idem pour les problématiques de santé au travail qui sont quasiment absentes du document.
9. Concernant la maladie d'Alzheimer, l'on constate une insuffisance notoire de la prise en charge que ce soit en établissement à temps complet, en accueil de jour ou à domicile. L'évolution de la maladie est insuffisamment prise en compte ce qui entraîne le fait que le couple aidant / aidé est trop souvent désocialisé. Le reste à charge financier pour les familles est par ailleurs trop élevé.
10. Dans le cadre général de la maladie d'Alzheimer, une attention particulière doit être portée à la situation des jeunes malades, qui ne peuvent être admis en EHPAD que de façon dérogatoire. Des dispositifs d'accueil de jour font gravement défaut.
11. La prise en charge du vieillissement doit être développée. Au-delà de l'adéquation des capacités d'accueil en EHPAD et en SLD, il convient de supprimer la barrière discriminatoire des 60 ans et de créer une prestation universelle et personnalisée (« 5^{ème} risque ») financée par l'ensemble des revenus et assurée par la Sécurité sociale sans recours au patrimoine des personnes. Pour combattre l'isolement lié à l'âge, il y a nécessité de développer des modes de transports adaptés et socialisés, coordonnés régionalement.
12. Dans le champ des dépendances liées au grand âge, aux handicaps et aux maladies chroniques, il faut mettre en place des actions de soutien et de formation des aidants familiaux. Leur rôle est essentiel en matière de présence au quotidien, de rempart contre l'exclusion, de veille, de relais des décisions médicales, de recours pour les mesures de protection juridique, de prévention des maltraitances, etc.
13. La démarche générale du PSRS relève davantage de la logique découlant de la révision générale des politiques publiques (RGPP) et de la réforme de l'Etat que d'une prise en charge globale des problématiques de santé. Les préoccupations d'ordre comptable l'emportent sur les enjeux de société, l'approche relève d'une segmentation prévention / soins / médico social en « tuyaux d'orgue », inadaptée aux besoins réels des populations, l'action des services de l'Etat est totalement ignorée. Pour ces raisons, le document est peu crédible et peu mobilisateur pour les acteurs concernés.
14. Ce sentiment est aggravé par le fait que des restructurations du système de santé continuent à se mettre en œuvre, alors que l'élaboration du PSRS aurait pu constituer un moment privilégié d'échanges entre tous les acteurs de santé. La démocratie sanitaire et les délais qu'elle nécessite pour être réelle, est pourtant un impératif compte-tenu de la complexité des questions à résoudre.
Une planification décidée « d'en haut » ne pourra le faire.

Créteil, le 27 mai 2011