

AMELIORER L'ACCES AUX SERVICES DE SANTE EN AVEYRON

Rapport de l'Assemblée pour l'Aveyron

OCTOBRE 2023

Rapporteurs :

Sébastien COMBES, Christine CORAIL, Jean-Luc FOREY

Avec la participation de :

Jacques DOUZIECH, Stéphane ROUQUETTE, Sébastien CROS,
Laure MOUYSET, Jean-Claude LUCHE, Théo COSTES, Joël
FABRE, Laurent DE VEDELLY, Serge CHABRIER, Joël FABRE

ASSEMBLÉE
POUR L'AVEYRON



AVEYRON
LE DÉPARTEMENT



Sommaire

Introduction	5
1. Accès aux médecins, soins et hôpitaux	7
1.1. Accès aux médecins généralistes et spécialistes	7
PROPOSITIONS	7
1.2. Accessibilité aux soins et aux hôpitaux	8
PROPOSITIONS	8
2. Augmenter la connaissance collective de la situation médicale en Aveyron	9
PROPOSITIONS	10
3. Recrutement et formation des soignants	11
3.1. Recruter et fidéliser les soignants.....	11
PROPOSITIONS	12
3.2. La formation des soignants	15
PROPOSITIONS	15
4. Maintenir et attirer des soignants sur le territoire	17
PROPOSITIONS	17

5. Situations particulières des Personnes âgées et handicapées	19
5.1. Le handicap	19
PROPOSITIONS	22
5.2. Prise en charge des personnes âgées	24
PROPOSITIONS	25
6. Information et prévention : redevenons acteur de notre santé.....	28
6.1. Information et pédagogie	28
PROPOSITIONS	29
6.2. Le manque de prévention entraîne une "surconsommation" ou une surcharge du système de santé	29
PROPOSITIONS	30
7. Organisation territoriale de la santé	31
7.1. Recrutement des pompiers volontaires.....	31
PROPOSITIONS	31
7.2. La gestion des urgences	32
PROPOSITIONS	32
7.3. Rôle des pharmaciens	33
PROPOSITIONS	33
7.4. Coopération et mutualisation	34
PROPOSITIONS	34
Conclusion	35
Annexes	37



Introduction

L'Assemblée pour l'Aveyron a souhaité explorer le sujet de « l'accès aux services de santé » car malgré une prise de conscience précoce de son importance dans le département, plus de 10 ans d'action publique, des problèmes importants sont encore à l'œuvre et impactent la vie des Aveyronnais.

En effet, **10 000 patients n'ont pas de parcours de soin organisé par un médecin traitant en Aveyron.**

Sur les 5 dernières années le département de l'Aveyron a perdu en moyenne 4 médecins généralistes par an (soit 20 en 5 ans), avec une densité de 8 médecins pour 10 000 habitants, le département se classe parmi les plus faibles d'Occitanie¹.

Le constat des difficultés d'accès aux soins psychiatriques est également récurrent. En effet, selon une étude de l'ARS, en 2020, **la densité en médecins spécialistes en psychiatrie dans l'Aveyron est nettement inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine** (respectivement 14,7, 21,5 et 22,5 pour 100 000) et place l'Aveyron au 3ème rang des treize départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus basse, après l'Ariège et le Lot².

¹ Source : Atlas Santé / ARS

https://cartosante.atlasante.fr/#c=indicator&i=offre_ps.ecart_gene_5&i2=offre_ps.dens_g&s=2022&s2=2022&selcodgeo=12&view=map5

² Source : « Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Occitanie », <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/03/12-2019-Rapport-CAMSP-CMP-CMPP-VF.pdf>

Pour les jeunes Aveyronnais, développant des troubles psychiques, les délais d'attente dans les Centres Médico-Psychologiques se situent dans la moyenne régionale tant en situation normale que pour une situation urgente, **mais sont supérieurs aux délais considérés comme acceptables. Le délai de prise en charge suite à une première visite, quant à lui, dépasse 1 an³.**

Concernant la prise en charge des personnes âgées, alors que le temps moyen passé en EHPAD diminue et que l'âge moyen des résidents augmente, leur modèle semble à bout de souffle d'un point de vue économique et répond de moins en moins aux attentes de nos concitoyens.

Par ailleurs, l'offre de santé est un élément prépondérant de l'attractivité du territoire.

Ce rapport est issu d'un travail collectif du groupe de travail dédié à cette thématique. Pour le construire les membres du groupe ont d'abord organisé un cycle de 4 conférences afin de réaliser un large panorama du sujet et de l'ensemble de ses composantes (voir la liste des 11 intervenants en annexe).

Le groupe a ensuite listé les principales problématiques soulevées par le sujet lors de deux ateliers de travail participatifs. Ils ont formulé par la même occasion des propositions pouvant donner des éléments de réponses à ces problématiques. La rédaction du rapport a quant à elle été réalisée par chacun des membres puis mise en commun lors de 3 comités de rédaction collectifs.

³ Diagnostic territorial partagé en santé mentale en Aveyron – Septembre 2018 : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm12.pdf>

1. Accès aux médecins, soins et hôpitaux

1.1. Accès aux médecins généralistes et spécialistes

En Aveyron, près de 10 000 patients n'ont pas de médecin traitant dont 3500 sont en affection longue durée.

PROPOSITIONS

1.1.1. Déployer du réseau, des formations, des appuis

Afin de faciliter l'installation des médecins généralistes et spécialistes mais aussi paramédicaux, il faudrait avoir un réseau pour répondre aux attentes du nouvel arrivant suivant ses préoccupations et surtout répondre à ses interrogations et lever tout doute. En effet, arrivant dans un territoire inconnu, le fait de lui donner accès à un réseau (crèche, association, immobilier, travail pour l'accompagnant...) permet de rassurer et aussi faciliter l'ancrage social.

1.1.2. Mise en place d'un accompagnement / d'un tutorat pour faciliter l'installation

L'accompagnement personnalisé d'un médecin avec la découverte du territoire, des associations, permettra une meilleure installation autant professionnelle que sociale. Une cellule d'accompagnement à la fois pour le médecin et son conjoint doit permettre une installation réussie pour une bonne intégration.

1.1.3. Déployer et poursuivre la politique d'attractivité

Le Département, depuis 12 ans, a déployé des moyens financiers, matériels et humains pour attirer les médecins sur son territoire. La cellule d'attractivité poursuit cette trajectoire politique. Le fait de montrer les qualités immenses de l'Aveyron permet la découverte du territoire et une meilleure implantation dans le tissu local.

1.1.4. Développer ou encourager la création de maisons de santé ou réseaux de santé à l'échelle des intercommunalités ou à l'échelle du bassin de vie

La multiplication des maisons de santé a permis un maillage du territoire aveyronnais. Longtemps, l'Aveyron avait le plus de maisons de santé par rapport au nombre

d'habitants. Les maisons de santé sont sécurisantes pour les médecins car ils ne se sentent pas isolés. Actuellement les MSP arrivent à maturité. Il faut poursuivre leur développement sur le territoire en fonction du besoin et en collaboration avec les professionnels de santé.

Le développement de CPTS (communauté professionnelle en territoire de santé) doit être encouragé par les politiques et notamment le Conseil Départemental. Les CPTS regroupent l'ensemble des professionnels de santé médicaux, paramédicaux libéraux.

1.1.5. Gérer les installations de médecins selon les zones déficitaires

Les zones déficitaires identifiées doivent attirer l'attention du Département. Ces zones fragiles doivent être répertoriées et les collectivités doivent travailler sur l'attractivité, les conditions d'accueil, d'exercice et de travail des médecins et aussi des paramédicaux. L'équipe soignante et les élus doivent apprendre à travailler ensemble. Les collectivités doivent être facilitatrices pour les installations.

1.2. Accessibilité aux soins et aux hôpitaux

- Eloignement des grands centres
- Eloignement par rapport aux centres hospitaliers
- Comment garantir un temps d'accès aux soins égal ou inférieur à 20 minutes?

PROPOSITIONS

1.2.1. Installer un numéro unique pour les premiers soins

Un numéro unique d'appel pour les soins de premier recours doit être connu de la population. Ce numéro doit être différent du numéro d'aide médicale d'urgence (le 15). Les disparités régionales doivent disparaître pour un numéro bien identifié au niveau national. Ce numéro permettrait d'avoir accès à un conseil médical ou au médecin de garde de secteur.

1.2.2. Imaginer des outils mobiles (ex : bus itinérant)

En cas de déserts médicaux avérés et d'isolement de la population, des moyens mobiles pourraient être déployés ainsi que des facilités de déplacement pour les médecins. Au lieu de faire déplacer la population, un médecin pourrait se déplacer et faire des

permanences dans des déserts médicaux bien identifiés à la fois par les communes en lien avec les CPTS (Communauté Professionnelles en Territoire de Santé).

1.2.3. Déployer les CPTS en veillant à une répartition départementale

Les CPTS vont devenir l'interlocuteur privilégié pour l'offre de soins ambulatoires. Elles regroupent l'ensemble des praticiens médicaux, paramédicaux, ambulanciers et médico-sociaux.

Les CPTS connaissent les ressources humaines et le Département pourrait aider en pointant les lieux carenciels et en mettant à disposition des moyens humains et/ou matériels.

1.2.4. Etat des lieux du temps d'accès des patients aux MSP, structures....

Afin de bien identifier les communes déficitaires, un état des lieux départemental avec l'aide de l'ARS et de la CPAM pourrait être créé. Cet état des lieux permettrait d'un part de mieux cibler les communes en manque d'accès aux soins et d'autre part d'inciter les praticiens à s'installer dans ces zones.

1.2.5. Installer des bureaux de consultation médicale dans les EHPAD

Les EHPAD éloignés des maisons de santé et grandes agglomérations sont fragilisés par la carence de ressource médicale. Les personnes âgées ont aussi un droit d'accès aux soins et à un médecin. Equiper les EHPAD d'un bureau médical avec un outil informatique afin d'accéder au dossier médical partagé permettrait d'optimiser le temps médical et serait plus attractif.

En plus de l'équipement, une organisation du temps de travail médical et paramédical doit être pensée.

2. Augmenter la connaissance collective de la situation médicale en Aveyron

- **Manque de visibilité sur les déficits à venir de professionnels de santé**

L'anticipation sur les déficits en professionnels de santé à venir nécessite la prise en compte de plusieurs paramètres parfois inconnus tel que : l'évolution démographique de notre département en prenant en compte les évolutions au niveau des bassins de vie, le vieillissement de la population mais également des professionnels de santé, l'évolution des champs de compétences, l'arrivée de nouvelles technologies (télémédecine, intelligence artificielle, ...) mais également les temps de trajets en fonction de l'évolution des moyens de transport (routes, transports en commun, ...).

L'ensemble de ces paramètres sont à croiser en s'appuyant sur les bases de données du Conseil national de l'ordre des médecins, de la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation des Statistiques (DREES) et de l'INSEE afin de pouvoir donner la tendance et une visibilité sur le déficit des professionnels de santé par spécialités à l'échelle des bassins de vie.

- **Donnée sur la tendance au déconventionnement des médecins**

Le déconventionnement permet, aux médecins, de fixer librement les tarifs des consultations, les patients sont remboursés sur la base d'un tarif dit d'autorité par l'Assurance Maladie (0,61€ pour une consultation de médecine générale et 1,22€ pour une consultation chez un spécialiste). Le manque de médecins sur certains territoires moins attractifs de notre département pourrait faire apparaître des médecins déconventionnés. Ce phénomène risquera d'accentuer des inégalités de traitement et de l'offre de soins envers les populations vivant dans ces zones.

PROPOSITIONS

2.1. Mise en place d'un observatoire pour analyser et lire les besoins sur 5 ans / 10 ans

Il est donc nécessaire de développer une cellule de veille départementale et des outils numériques qui permettraient d'anticiper au mieux les besoins suivant les évolutions sociétales et de mettre en œuvre des moyens pour offrir un parcours de santé correct.

Les fonctions que cette structure devrait assurer :

- Animation du réseau des structures engagées dans les partenariats conventionnés
- Mettre en place une veille des données, la collecte et la production d'informations permettant d'analyser la qualité de l'accès aux services de santé en Aveyron

-
- Planification des actions à mettre en place en fonction des besoins des acteurs de soins
 - Planification des actions à mettre en place en fonction des besoins de la population en considérant sa diversité
 - Diffuser de l'information vers les instances de concertation et groupements d'acteurs
 - Permettre une remontée des dysfonctionnements, évènements indésirables et manques de structures de la part des professionnels et des usagers et de leur famille (critères à créer)
 - Evaluation

Une des actions de cet observatoire pourrait être de créer une base de données graphiques sur les perspectives, qui soit ouverte aux élus et aux professionnels pour anticiper les besoins.

Elle doit être un lieu de remontée d'informations de la part du terrain qui donne lieu à l'analyse des problématiques naissantes ou en développement :

- Installation des professionnels de santé
- Démographie des professionnels
- Organisation du travail
- Temps de traitement des demandes
- Temps d'attente de placement dans les structures
- Temps avant un RDV
- ...

3. Recrutement et formation des soignants

3.1. Recruter et fidéliser les soignants

- Comment fidéliser les personnels?
- Problématique de l'intérim médical
- Difficultés de l'hôpital public
- Analyser l'impact de la loi RIST sur les hôpitaux aveyronnais.
- L'image abîmée de ces métiers combinée à un manque de valorisation et de reconnaissance rendent le recrutement très difficile

PROPOSITIONS

3.1.1. Mettre en place des crèches hospitalières

Pour les jeunes parents le souci primordial, est bien l'accueil des enfants pendant les heures de travail.

Aussi pour le personnel soignant ce souci, est bien sûr accru par la multiplicité des horaires, qui plus est parfois sur 24h.

La création de crèches hospitalières adaptées aux contraintes de ces personnels, seraient indéniablement un attrait non négligeable pour les différentes catégories professionnelles, présentes à l'hôpital, et un atout d'attractivité.

3.1.2. Réflexions à mener sur l'amélioration des conditions de travail (le planning en particulier)

Aujourd'hui l'aspect rédhibitoire d'attractivité, sont certainement les conditions de travail, en milieu hospitalier.

Plusieurs problématiques sont présentes.

- Manque criant de personnels qualifiés (Infirmières, Aides-soignantes, et diverses spécialités paramédicales)
- Plannings de travail constamment bouleversés pour répondre à l'absentéisme.
- Les services nécessitant des moyens de manutentions de malades, et d'adaptations des postes de travail ne sont pas toujours pourvus, malgré des efforts en investissement importants.
- Le turn-over des personnels, et les changements d'affectations, ne favorisent pas la fidélisation des soignants.
- La vie privée est très souvent impactée considérablement, et dans un contexte où chacun inspire à ses loisirs et son bien-être, la profession n'attire plus.

Pour répondre à toutes ces problématiques les hôpitaux et établissements médico-sociaux doivent mettre en place une vraie politique qualité de vie au travail, et préservation de la vie privée, pour redevenir attractifs.

Ils pourraient ainsi porter une attention accrue sur quelques points liés à l'organisation du travail :

-
- Respect du temps de travail légal
 - Temps de récupération
 - Protection des congés
 - Paiements des heures supplémentaires
 - Eviter au maximum des temps de travail en coupé

Par ailleurs, accentuer le suivi des personnels par la médecine du travail semble incontournable au regard de l'usure de certains soignants. Dans cette optique, repenser les espaces de repos et envisager des espaces de bien-être participerait à améliorer l'attractivité de ces métiers.

Enfin, concernant la gestion des absences la mise en place d'équipes mobiles dédiées au remplacement et pouvant être mobilisées « en urgence » pourrait être envisagée.

Pour cela, elles devraient s'appuyer sur des personnels volontaires et une rémunération supplémentaire.

3.1.3. Soutenir la revalorisation des rémunérations des personnels soignants

Le Ségur de la santé, volet rémunérations, à certes permis un certain rattrapage sur les salaires des soignants, (refonte des grilles salariales dans la FPH) toutefois la marge est encore très importante, entre les salaires des soignants français, et la plupart des pays de l'OCDE. Le Ségur de la santé n'étant d'ailleurs pas appliqué de manière uniforme selon les employeurs. Des différences de rémunération importantes sont également constatées entre le public et le privé.

Il est important aujourd'hui de revaloriser les salaires des infirmier(e)s, et des aides-soignantes qui sont les pierres angulaires paramédicales du système de santé.

Cela passe entre autre, par l'augmentation du point d'indice dans la fonction publique, et les accords salariaux dans le privé.

3.1.4. Favoriser les parcours professionnels

Encourager les efforts managériaux d'accompagnements et de formations visant à favoriser la montée en compétences des personnels, leur épanouissement dans un

parcours professionnel. Ces actions pourraient également nourrir le sentiment d'appartenance des soignants vis à vis de leur employeur.

Mettre en place les conditions adéquates pour susciter l'impulsion d'innovations en matière de pratiques de ces métiers et domaines d'exercice qui sont en mouvements voire en mutations permanents

3.1.6 Développement d'une plateforme de communication commune aux établissements de santé régie par le département

Pour déployer la communication sur :

- Les projets généraux et spécifiques (domaines des EHPAD / du handicap, de l'autonomie)
- L'accompagnement du département
- Les offres d'emploi
- ...

3.1.7. Intégrer à nouveau un entretien de sélection pour les formations d'infirmier

Pour mémoire, la plateforme nationale Parcoursup a été créée en janvier 2018. Elle permet de s'inscrire sur une offre de formation du premier cycle de l'enseignement supérieur. Parcoursup fixe des taux minimaux de lycéens boursiers pour favoriser leur accès dans les formations d'enseignement supérieur. L'engagement et les activités extracurriculaires sont pris en compte.

Depuis la mise en place de cet algorithme, la sélection des élèves infirmiers est uniquement basée sur dossier national virtuel. Sur le terrain, il est constaté un nombre important de démission notamment en 1ere année avec une baisse importante du nombre de diplômés contrairement aux recrutements pré-parcoursup. Les 2 principales causes avancées sont la disparition de l'entretien et un choix pris par défaut et parfois bien loin de chez soi...

Les répercussions de cette "perte" de jeunes diplômés -pourtant indispensables pour assurer le remplacement des générations- aura des conséquences à moyen et long terme sur l'ensemble des structures et principalement les plus modestes.

De plus et sans contester l'aide précieuse de la mise en place de contrats d'allocation d'études (CAE) pour, entre autres, les deux dernières années d'études des élèves infirmiers, nous pouvons craindre que seules les structures importantes puissent le

proposer. Ce contrat consiste au versement d'une allocation mensuelle allant de 300 à 450 € sous réserve d'un engagement de 18 mois (ETP). Ce système peut se traduire par une pénalisation des structures indépendantes type EHPAD qui seront une fois de plus laissées au bord de la route.

Il faut intervenir pour un retour à un entretien de sélection par des professionnels pour les candidats au formation d'IDE afin de recruter des femmes et des hommes motivés par ce métier pour assurer la relève...

3.2. La formation des soignants

- Hyper spécialisation de la médecine peu adaptée aux besoins des hôpitaux aveyronnais
- Des freins existent chez les jeunes ruraux ou issus des classes moyennes pour choisir les études de médecine
- Localisation des formations sur les métropoles, pour certains jeunes, trop éloignées de leur lieu d'habitation

PROPOSITIONS

3.2.1. Repérer les futurs médecins, en particulier en milieu rural, et les accompagner, y compris financièrement

Les lycéens de bon niveaux scientifique, pourraient être repérés dès la seconde, par le personnel éducatif, ils pourraient ensuite faire l'objet d'un suivit particulier, en partenariat avec les facultés de médecine, et le conseil de l'ordre.

Un tutorat pourrait lui aussi être mis en place au début, avec des médecins volontaires. Ce repérage pourrait être complété par un accompagnement en terme d'hébergement, fourniture de matériel pédagogique, ou financier.

3.2.2. Formations locales

Inciter une présence partenariale des Centres Hospitaliers, IFSI, IFAS, et employeurs du médico-social :

- Au cours des forums des métiers
- Avant les stages de découvertes dans les collèges

-
- Avant les période de concours nationaux pour les parcours sup , en classe de terminale (et de 1ere) dans les Lycées de sections scientifiques / classes prépa / soins à la personne ... à l'échelle départementale.
 - Auprès d'organismes locaux de formation (GRETA...)
 - Développement de liens avec pôle emploi / direction nationale de l'éducation...

3.2.3. Développer un concept de cursus ruraux

Faire intégrer dans le parcours de formation des médecins généralistes et spécialistes, un passage dans des territoires ruraux afin de pouvoir développer des liens et un suivi avec ces futurs médecins au cours de leur internat.

Lien avec nos élus députés et sénateurs afin d'en faire une proposition / rapport (levier de découverte et d'aide pour l'ensemble de nos territoires ruraux)

3.2.4. Passer un deal avec les départements limitrophes

Pendant la première voire la deuxième année de médecine envisager des formations délocalisées des facs de médecine, pour favoriser les études des étudiants aveyronnais, ou des départements limitrophes. Ces formations pourraient être dispensées soit à Rodez, Villefranche, ou Millau, pour répondre au plus grand nombre et renforcer la présence des internes dans les maisons de santé territoriales.

Créer des liens avec les facultés de médecine et les CHU pour attirer l'attention sur nos besoins spécifiques ainsi que nos atouts pour les étudiants.

3.2.5. Créer 1 PASS sous forme de bourse pour soutenir les jeunes qui s'engagent dans un cursus médical avec engagement d'exercer quelques années dans le département

Afin de fidéliser et accompagner au mieux les futurs médecins, la création d'un PASS boursier permettrait de responsabiliser les étudiants désirant s'engager.

Ce PASS serait consenti en échange d'un engagement à exercer un certain nombre d'années, dans les zones rurales à faible densité de médecins.

Ces sujets d'attractivité, recrutement et formation méritent d'être pilotés et coordonnés à l'échelle du département. Ainsi, il semble essentiel de rattacher la gestion de ces domaines à une entité coordinatrice et régulatrice à laquelle des missions d'observation, anticipation et innovation seraient également confiées.

4. Maintenir et attirer des soignants sur le territoire

- Problématique de l'emploi du conjoint
- Problème d'intégration, sentiment d'isolement et parfois isolement réel
- Manque d'attractivité des territoires ruraux pour l'installation de médecins

PROPOSITIONS

4.1. *Base de données des DRH pour recrutement des conjoints en entreprises*

Le groupe de travail encourage le Département à maintenir voire développer les actions menées en ce sens par l'Agence Départementale de l'Attractivité et du Tourisme à travers notamment la plateforme Aveyron Recrute et Viens vivre en Aveyron

4.2. *Information et communication dans les lycées pour les études de médecine*

- Prendre contact avec les chefs d'établissements scolaires
- Présenter les carrières médicales et le déroulement des études de médecine avec un professionnel médical si possible de plusieurs disciplines à savoir Médecine Générale et les différents secteurs hospitaliers (Urgence, Neurologie, maladies infectieuses, Pneumologie, Chirurgies, Pédiatrie...)
- Permettre des stages de lycéens au niveau de l'Hôpital.
- Organiser des portes ouvertes pour les collégiens en classe de troisième et pour les lycéens au niveau des hôpitaux et des structures médicales.

4.3. *Promouvoir le Département sur ses actions et les offres sportives, culturelles*

Se reporter au site tourisme.aveyron.com

Sur le plan culturel

Mettre en avant l'offre culturelle notamment à travers le site aveyron-culture.com

Sur le plan sportif :

- Lister les équipements sportifs, les clubs de sports collectifs et individuels.
- Piscines, pratiques de sports nautiques sur le lac de Pareloup et de Pont de Salars et de canoë kayak dans les gorges du Tarn et de la Dourbie....
- Equitation : noter les centres au niveau du département
- Ski
- Randonnées

4.4. *Créer un réseau d'ambassadeurs et parrains pour accompagner à la vie sociale sur le lieu d'implantation*

Au niveau de chaque commune sensibiliser les élus pour permettre une bonne implantation des nouveaux arrivants.

Il est impératif pour les collectivités de Rodez, Millau, St Affrique, Villefranche, Decazeville de s'approprier cette mission avec le soutien du Département.

4.5. *Cadre de vie et milieu associatif à faire connaître*

L'intégration d'un nouvel arrivant passe par la connaissance de son lieu de vie.

Parmi de nombreux objectifs on peut citer :

- Contribuer à améliorer l'image de la ville et de son attractivité
- Développer l'identité et la cohérence du territoire
- Valoriser les richesses : patrimoine, tissu associatif et économique
- Créer du lien entre les nouveaux et les anciens habitants

4.6. *Etendre les internats pluri-professionnels à l'ensemble du territoire aveyronnais (Rodez, Millau, Ouest-Aveyron)*

Logement, restauration

Suivre l'exemple de Rodez avec la création de logements. Faire de même sur les villes de Villefranche-de-Rouergue, Saint-Affrique, Decazeville, Millau ?

La proximité travail/logement est un plus pour les internes.

5. Situations particulières des Personnes âgées et handicapées

5.1. Le handicap

Le monde de l'handicap psychiatrique, neurologique, sensoriel, polyhandicapés, traumatismes irréversibles a besoin d'une volonté politique et financière importante. La prise en compte de l'accès à la santé des personnes différentes doit aujourd'hui être une priorité pour tous.

Suite à la volonté du Président du Département, M. Arnaud Viala, la commission accès à la santé a pris soin de rencontrer toutes les personnes qui travaillent et participent à la politique de l'handicap dans l'Aveyron.

En France c'est plus de 12 Millions de personnes en situation de handicap, et près de 3 Millions qui sont en manque de soins ou qui pourraient être mieux soignées, un chiffre important. En cause l'accessibilité des lieux, difficultés de communication, place insuffisante des aidants, manque de coordination entre les professionnels de santé et absence d'interlocuteurs dédiés. ⁽¹⁾

Le dénombrement des personnes handicapées est sensible aux critères retenus pour repérer statistiquement ces dernières. Ainsi, en 2021, 6,8 millions de personnes de 15 ans ou plus (13 %) déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive et 3,4 millions (6 %) déclarent être fortement restreintes dans des activités habituelles, en raison d'un problème de santé.

Au total, selon le critère ou le croisement de critères utilisés, le nombre de personnes handicapées ou dépendantes peut varier de 2,6 millions à 7,6 millions de personnes de 15 ans ou plus, vivant à domicile en 2021. Sur les seules personnes de 15 à 60 ans, ce chiffre varie de 0,9 à 3,3 millions. S'y ajoutent plus de 140 000 personnes de 16 ans ou plus hébergées en établissement spécialisé dans la prise en charge du handicap. ⁽²⁾

Anomalie à l'origine du Handicap en Aveyron ⁽³⁾

Retard Mental	108	36,6%
Anomalies Chromosomiques	68	23,1%
Schizophrénies et psychoses non organiques	31	10,5%
Hypoxie néonatale et paralysie	17	5,8%
Méningites et encéphalites	14	4,7%
Autres malformations congénitales	12	4,1%
Autisme	7	2,4%
Epilepsie	7	2,4%
Encéphalopathie non infectieuse	6	2,0%
Autres pathologie	25	8,5%

=> analyse du profil des personnes accompagnées en foyer de vie afin de déterminer les besoins en matière de santé de celles-ci, notamment en matière de médecine générale, de gériatrie, de psychiatrie, de neurologie, d'ergothérapie, de soins infirmiers. Ce besoin s'inscrit dans un contexte d'avancée en âge de la population accueillie avec, en corolaire, le développement de pathologies et de limitation d'activités.

(1) Source Dress – Avril 2023 et rapport Jacob - avril 2013- source OPTEO

(2) Panorama de le DRESS sociale édition 2023

(3) Audit clinique mené par un médecin en santé publique du CREAI ORS pour la fondation OPTEO

Suite aux différentes rencontres avec les professionnels de l'handicap, les membres du groupe de travail ont établi 6 Constats importants, sur le département de l'Aveyron, et en parallèle ont établi des propositions efficaces pour une mise en œuvre rapide d'une politique d'accès à la santé en faveur des personnes handicapées.

- **Problème important d'accès à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie.**

Le constat des difficultés d'accès aux soins psychiatriques est également récurrent. En effet, selon une étude de l'ARS, en 2020, **la densité en médecins spécialistes en psychiatrie dans l'Aveyron est nettement inférieure à la moyenne en Occitanie et en France métropolitaine** (respectivement 14, 7, 21, 5 et 22, 5 pour 100 000) et place l'Aveyron au 3ème rang des treize départements d'Occitanie ayant la densité en médecins spécialistes en psychiatrie la plus basse, après l'Ariège et le Lot⁴.

⁴ Source : « Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Occitanie », <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/03/12-2019-Rapport-CAMSP-CMP-CMPP-VF.pdf>

Pour les jeunes Aveyronnais, développant des troubles psychiques, les délais d'attente dans les Centres Médico-Psychologique se situent dans la moyenne régionale tant en situation normale que pour une situation urgente, **mais sont supérieurs aux délais considérés comme acceptables. Le délai de prise en charge suite à une première visite, quant à lui, dépasse 1 an⁵.**

- **Accès aux services du handicap.**

L'accès aux services de l'handicap est le premier pas, vers la reconnaissance de la différence pour les personnes atteintes de troubles et pour leurs proches. Le manque de coordination entraîne, voire crée un risque de sur-handicap. Le médecin généraliste n'a pas souvent le temps, la formation et la connaissance des différents interlocuteurs.

- **Avenir des structures psychiatriques et accompagnement des malades.**

- **Manque de structures intermédiaires**

Le constat apparu est le nombre de foyers de vies en trop faible quantité, des IME surchargés et en trop faible nombre, des ESAT qui n'arrivent plus à accepter des jeunes et adultes en proportion suffisante.

- **Les délais de traitement des dossiers sont trop longs, les démarches récurrentes trop contraignantes.**

- **Solutions pour insertions professionnelles ou formations des personnes handicapées.**

Amener à créer des partenariats plus fort avec des secteurs d'entreprise pourvoyeuses d'emplois pour les personnes handicapées. Donner et informer les centres de prise en charges, IME, ESAT, des personnes handicapées vers des postes d'emploi d'avenir dans les secteurs publics (gendarmerie, armée, police nationale...) par la mise en place de formations (informatique, bureautique...) !

⁵ Diagnostic territorial partagé en santé mentale en Aveyron – Septembre 2018 : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtasm12.pdf>

Insertion durable des travailleurs handicapés

Sources : Agefiph, Pôle emploi –traitement Carif-Oref Occitanie

Insertion à 6 mois en emploi durable ...

... en 2020 après un accompagnement Cap emploi et le suivi d'une formation qualifiante ou professionnalisante

... en 2021 après une formation prescrite par Pôle emploi

Ariège	16%	20 %
Aude	20%	22 %
Aveyron	14%	26 %
Gard	8%	24 %
Haute-Garonne	16%	24 %
Gers	26%	30 %
Hérault	12%	23 %
Lot	18%	31 %
Lozère	18%	27 %
Hautes-Pyrénées	23%	26 %
Pyrénées-Orientales	11%	20 %
Tarn	24%	26 %
Tarn-et-Garonne	21%	26 %
Occitanie	17%	24 %

Tableau de bord du PRITH Occitanie – Mars 2023

Suite à ces constats, le groupe de travail fait plusieurs propositions :

PROPOSITIONS

5.1.1. *Les choix politiques doivent donner les moyens financiers nécessaires à conforter les structures*

Le Département doit être le moteur d'une mise en place de moyens pour permettre une meilleure prise en charge des personnes handicapées. Le développement des structures doit passer par :

- Le soutien financier aux structures tels que le CAMPS, la MDPH, les IME, les SESSAD, CAP EMPLOI... Cela passe par l'aide à l'emploi auprès de ces organismes spécialisés (augmentation du personnel afin de répondre à la demande des personnes handicapées et de la maîtrise des dossiers), le soutien au recrutement et à la formation des personnels.
- Le soutien technique et matériel aux infrastructures. Soutien à la modernisation des méthodes de travail, et des outils. Soutien au nouveau programme de formation pour les personnes handicapées (jeunes en IME avec la mise en place de formations dans les domaines informatiques et secteurs demandant des besoins en innovation technologique adapté au monde de l'handicap).

-
- Développer, en participant financièrement, aux projets de développement de foyers de vies structurés par handicap afin de réduire les coûts de santé et d'améliorer celle des personnes handicapées.

5.1.2. Améliorer l'évaluation (outils...)

Le groupe de travail propose de mettre en place, pour améliorer l'évaluation des personnes différentes, des médecins spécialisés dans le handicap psychiatrique et sensoriel dans les hôpitaux, afin de réduire le retard de prise en charge.

L'exemple de « Handisanté13 » dans les Bouches du Rhône, a mis en place un Référent Handicap avec une compétence spécifique relative au handicap et qualifié. Il s'agit d'une fonction qui peut être mutualisée sur l'ensemble du territoire et qui intervient en appui aux professionnels de santé. Un exemple que le groupe de travail conseille de suivre par le Département. Il permettra d'amener le handicap dans des soins d'une façon plus souple et moins anxiogène⁶

Garantir l'accès à un médecin référent

Intégrer dans les projets de CPTS la dimension « handicap »

5.1.3. Conforter la MDPH en recrutant notamment des spécialistes du handicap

Le groupe demande à inscrire la MDPH dans la cellule départementale d'animation et de coordination de toutes les structures, afin d'optimiser les compétences, les besoins en matériels et en personnels.

Le recrutement de personnels spécialisés afin d'ouvrir l'accès aux soins, l'aide aux aidants et la coordination avec le référent handicap pour construire et amener une ligne de soins adaptés.

La MDPH mettra en place tous les besoins de projet d'insertion des personnes handicapées dans les lieux dédiés. Elle sera active sur la mise en place de foyers de vies par handicap avec le regard sur la partie médicale de ces établissements.

⁶ Audit clinique OPTEO 2019

5.1.4. Sensibiliser les jeunes et appuyer sur les possibilités de reconversion professionnelle

Le recrutement des jeunes pour les métiers proches du handicap aussi bien dans les centres psychiatriques que les centres d'éducation ou les foyers de vies, est conditionné par l'amélioration des conditions de salaires mais aussi par une revalorisation des conventions collectives.

Le département doit avoir une ligne, dans son approche de l'attractivité du territoire, dédiée aux métiers spécialisés dans le handicap. La mise en place d'une structure gérant les métiers du handicap par une MDPH plus proche et responsable des besoins de ces postes dédiés permettrait d'avoir une lecture plus dynamique et qui apporte un soutien aux professionnels plus rassurants.

Mettre en place, dans les collèges et les lycées, des documents d'informations concernant les métiers valorisant ces postes. Il permettra de faire mieux connaître les besoins. Additionner ces informations dans les facs de médecine afin de permettre une passerelle plus riche.

Le Département se doit de mettre en place des centres de formations spécialisés sur les métiers du handicap afin de permettre des reconversions rapides et diplômantes pour réduire le manque de personnel.

5.2. Prise en charge des personnes âgées

- Le modèle des EHPAD ne fonctionne plus d'un point de vue économique et ne répond plus complètement aux attentes des populations.
- Préconisations du rapport remis au Premier Ministre en juin 2023 de revoir la gouvernance territoriale en créant un Service Public Territorial de l'Autonomie piloté par les Départements
- Question : l'Etat va-t-il abonder le budget supplémentaire nécessaire ?

PROPOSITIONS

5.2.1. Tendre vers des effectifs : 1 résident / 1 soignant

Le 13 septembre 2017 le rapport flash, de la Député Monique IBORRA préconisait un ratio de 1 agent pour 1 résident dans les EHPAD, afin de pouvoir proposer à nos aînés une prise en charge « correcte ».

A ce jour les effectifs sont autour de 0,75 pour 1. Certaines structures sont par ce fait, en difficulté de prise en charge.

5.2.2. Améliorer la coordination entre les SIAD, SSD, EHPAD et l'hôpital

Le glissement vers l'état de dépendance commence souvent, lors du maintien à domicile, et les différents acteurs de la prise en charge SSD, et SIAD n'ont pas forcément de relations avec les EHPAD. Il paraîtrait judicieux de créer des passerelles entre ces différentes structures, pour que les patients puissent, dès leurs premières difficultés, avoir un suivi global, et que le recours au placement en établissement soit le mieux préparé possible.

5.2.3. Développer les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans les EHPAD

Les infirmiers en pratiques avancées deviennent des maillons essentiels, à la prise en charge médicale des résidents. Certains EHPAD dans des territoires en manque de médecins généralistes, doivent pouvoir s'appuyer sur leur expertise.

5.2.4. Ne pas déshumaniser les EHPAD en créant des grosses structures

Les EHPAD de plus de 50 lits, sont aujourd'hui de manière générale mais non systématique à proscrire, les petites structures sont en terme de prise en charge des lieux d'accueil à taille raisonnable.

Il faut que les personnes rentrant dans les EHPAD, puissent retrouver une vie proche de leur domicile, si possible. La préservation du côté « familial » est importante quand les personnes quittent leur résidence.

5.2.5. Revaloriser les aides financières des séjours = effort budgétaire de la part du Département

Le Département assure le financement des EHPAD concernant la partie hébergement, logistique. La difficulté pour les gestionnaires de structures, et de pouvoir proposer des services et des locaux de qualité et d'avoir une maîtrise du prix de journée.

Le département fixe tous les ans les augmentations, de ces prix de journée, qui sont malheureusement bien en deçà des besoins des établissements.

5.2.6. Accompagner les EHPAD dans leur transition numérique

Les développements de l'intelligence artificielle et des objets connectés permettent de révolutionner l'action des soignants dans la prise en charge de patients. Cela s'applique bien entendu aux EHPAD comme aux autres lieux prenant des patients en charge. Ces outils ont un coût. Leur utilisation offre un gain substantiel dans les délais de prise en charge, l'anticipation de prise en charge de pathologies (prévention versus curation) et au global pour le bien-être des résidents. Ce n'est ainsi pas un coût mais un investissement ou un transfert de charge. Différentes sociétés proposent des solutions et outils déjà utilisés dans les hôpitaux, comme à Rodez, du suivi de problèmes cardiaques à l'analyse ophtalmologique à distance en passant par la santé buccodentaire.

Développer la téléconsultation en finançant la mise en place de cabines dans les EHPAD afin de favoriser la prise en charge des résidents par des médecins de proximité.

5.2.7. Un schéma de gestion du soin / équipements adaptés

Un effort est réellement fait concernant, les investissements pour l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant dans les EHPAD.

Il faut continuer, voir amplifier ces efforts afin de rendre ces métiers encore attractifs.

Toutes les solutions pour aider, et accompagner le personnel dans la prise charge des résidents les plus lourds, doivent pouvoir être mises en œuvre.

5.2.8. Qualité de vie au travail / Intelligence artificielle

La Qualité de Vie au Travail (QVT) doit être aujourd'hui un axe majeur du management des équipes, il faut faire un vrai travail de concertation et proposer les solutions innovantes. L'IA est peut-être l'une de ces solutions.

60% des aides-soignants quittent le métier (soit contraints, ou à la retraite) avec des troubles musculo-squelettiques.

5.2.9. Actions pour le bien-être du personnel à déployer

Il est important de proposer dans les EHPAD des lieux réservés spécifiquement au bien être des différents personnels. Cela passe par :

- Des salles de repos adaptées et équipées
- Proposer un lieu de relaxation, voir des séances de kiné adaptées au maintien des capacités physiques.

5.2.10. Structures intermédiaires ou alternatives dans les villages pour éviter le passage direct en EHPAD

Souvent présentes dans certaines petites communes, les Maisons d'Accueil et de Résidence pour Personnes Agées (MARPA), ou foyers logements sont des alternatives très intéressantes et qui peuvent être des lieux de vie qui sont, bien moins chers et moins contraignants que les EHPAD.

Ces structures laissent une certaine autonomie, pour les personnes qui souhaitent avoir un lieu sécurisé, sans les contraintes institutionnelles.

Etudier par exemple la possibilité d'intégrer à des exploitations agricoles des sortes de foyers d'hébergements comme en Allemagne.

5.2.11. Favoriser les partenariats entre les structures d'accueil de personnes âgées et des acteurs du territoire hors du secteur du soin

L'objectif est de lutter d'une part contre l'isolement des personnes, d'autre part aider les établissements à s'ouvrir sur leur environnement et enfin faire baisser les coûts de fonctionnement.

Le Département pourrait inciter, via des engagements conventionnés, les structures qu'il subventionne, intervenant dans les secteurs de la culture, du sport, de l'agriculture... à intervenir gratuitement dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ou non et des personnes handicapées.

Il pourrait ainsi participer à rendre disponible des personnels un « catalogue » de partenaires facilitant ainsi leur travail.

6. Information et prévention : redevenons acteur de notre santé

En préambule, il est utile, peut-être, de donner du sens aux mots sans oublier, bien évidemment, les maux... L'information est ce qui donne une forme à l'esprit. Ce terme signifie « donner forme à » ou « se former une idée de ».

La prévention est l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. La prévention débute par l'information.

6.1. Information et pédagogie

La pédagogie est, entre autres, la transmission de savoirs et de compétences. Concrètement, l'enseignant doit être capable de communiquer des informations et d'aider les apprenants à les assimiler, à les reproduire notamment à travers la transmission de compétences.

Elle doit également s'adapter à toutes les tranches de la population et s'inscrire dans la durée.

- Déficit de connaissance du parcours de soin

De nombreuses personnes ignorent ce qu'est tout simplement un parcours de soins coordonnés. Ce dernier consiste à confier à son médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical. Faut-il encore en trouver un !? Aujourd'hui, près de 10 000 Aveyronnais n'ont pas de médecin traitant dont 3500 en Affection Longue Durée.

- Déficit d'information sur l'utilisation des urgences hospitalières

En l'absence de médecin libéral en dehors des heures et jours d'ouverture de leur cabinet mais aussi de leur disponibilité, le réflexe acquis est de se rendre aux urgences du centre hospitalier le plus proche sans attendre en cas d'inquiétude sur un problème de santé.

PROPOSITIONS

6.1.1. Promotion du numéro de téléphone 116 117 notamment sur toutes les ordonnances délivrées par les médecins en Aveyron

Le numéro 3966 permettait de contacter un médecin en dehors des horaires d'ouverture traditionnels des cabinets et simplifiant l'accès au soin pour toute demande ne relevant pas des urgences vitales. D'ici fin 2023, il va être remplacé au plan national par le 116 117. Il faudra bien différencier le 116 117 et le 15, numéro des urgences, réservé aux urgences vitales.

Une promotion de ce numéro pourrait se traduire concrètement en apparaissant sur les ordonnances ou prescriptions médicales, par une campagne d'affichages dans les lieux publics.

6.1.2. Mettre en place une campagne de communication sur le parcours de soin,

La publication régulière de la revue du Département distribuée, via la poste, à chaque aveyronnais est un support permettant de mettre en place une campagne de communication d'information sur le parcours de santé et les numéros 116 117 et 15.

6.2. Le manque de prévention entraîne une "surconsommation" ou une surcharge du système de santé

- Dépistage
- Activité comme vecteur de bonne santé
- Prévention à remettre au goût du jour
- Sensibilisation des jeunes aux gestes de 1er secours

La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.

Il est admis 3 types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) qui agissent :

- en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque) ; à un stade précoce de son évolution (dépistages) ;
- sur les complications et les risques de récurrence.

Dans le cas de ce travail, la notion de « surconsommation » ne peut être ignorée car présente. Elle désigne les prestations médicales et les incitations à la consommation qui n'apportent aucun bénéfice pour les patients ou dont les risques dépassent le bénéfice potentiel. Cette consommation excessive peut être le fait du patient ou/et de différents praticiens.

De même, ces fonctionnements déviants participent à la surcharge « inutile » des personnes attachées au parcours de santé et entraînent des dommages collatéraux sur la santé des personnels soignants et paramédicaux

PROPOSITIONS

6.2.1. Encourager l'activité physique

Nul n'ignore que l'activité physique et sportive sont des facteurs primordiaux sur notre santé quel que soit notre âge. La pratique doit être facilitée et les acteurs stimulés à travers un service dédié ou centre médico sportif regroupant la diététique, le sport,... implanté par exemple dans les MSP.

6.2.2. Un dispositif itinérant pour la prévention

La prévention est une pratique qui doit se conjuguer à tous les âges et toucher la population au plus près de leur quotidien. Le Département pourrait étudier un dispositif itinérant qui, à la demande des communes, pourrait participer à cet objectif.

6.2.3. Développer les actions de sensibilisation aux gestes de premiers secours dans les collèges

Des actions de sensibilisation doivent être mise en place dans les établissement scolaires (primaire, collège, lycée, centre de formation, ...) adaptées à l'âge des apprenants avec l'ambition de le faire intégrer aux programmes scolaires

A l'instar de la prévention routière dans les écoles primaires avec l'acquisition de l'attestation de première éducation à la route (APER) ou l'attestation du savoir-nager en sécurité (ASNS) validée prioritairement dans les classes de CM1, CM2 ou sixième, des notions pourraient être évoquées ou dispensées (numéros d'urgence, gestes de 1er secours, ...) de manière évolutive et ce en fonction de la classe.

6.2.4. Renforcer les services de la PMI

Les services départementaux de Prévention Maternelle et Infantile ont un rôle primordial pour l'enfant et sa mère. Ils pourraient assurer le suivi des enfants bien portants et bien évidemment orienter l'enfant ou la mère vers le médecin traitant en cas d'une suspicion d'une difficulté.

7. Organisation territoriale de la santé

7.1. Recrutement des pompiers volontaires

PROPOSITIONS

7.1.1. *Faciliter les disponibilités des pompiers dans l'entreprise par l'adaptation du poste de travail*

L'Aveyron compte 44 Centres d'Incendie et de Secours dont 34 composés uniquement de sapeurs-pompiers volontaires. Les disponibilités sont principalement la nuit, lorsque les volontaires sont à leur domicile. En journée, ce sont principalement des personnes conventionnées qui sont disponibles. Il paraît essentiel de travailler en lien étroit avec les entreprises afin de les accompagner dans l'adaptation des postes afin de garantir, autant que possible, une mise à disposition sous conditions de personnels.

7.1.2. *Communiquer sur le rôle des pompiers*

Il peut y avoir, sur certains secteurs, et dans certaines périodes, des difficultés à trouver des personnes s'engageant comme sapeurs-pompiers volontaires ; souvent par méconnaissance des missions, des actions, de la charge de disponibilités, des impératifs. Il est essentiel que la population puisse prendre conscience de ce qu'est être sapeur-pompier volontaire et que c'est accessible à toutes et tous. Il n'y a pas de surhomme ou surfemme.

7.1.3. *Faciliter son métier dans l'entreprise*

Très liée à la première proposition, celle-ci tend plus la « mise à disposition » des employés étant sapeurs-pompiers volontaires qu'à l'adaptation de leurs postes et fonctions. Partant du principe que lorsqu'il y a la volonté, il a la solution, les dirigeants

des entreprises peuvent être de vrais acteurs d'accompagnement du premier secours et de la lutte contre les incendies. Gérer les mises à disposition de personnel en fonction des types d'interventions pourrait être une idée à évoquer.

7.2. La gestion des urgences

- Manque d'alternatives aux urgences hospitalières
- Manque un centre d'appel avec numéro unique (Police nationale, Gendarmerie, pompier, SAMU = idem Espagne)

PROPOSITIONS

7.2.1. Mise en place d'un numéro unique à 2 chiffres

L'ARS vient d'indiquer que le 116 117 (Permanence Des Soins Ambulatoires) n'assurera plus d'astreinte « d'effecton » pour la nuit profonde (minuit – 8h) afin de privilégier d'autres méthodes d'accès aux soins. A l'heure d'une population vieillissante et de l'instantanéité de l'information, la diversité des numéros de téléphone pour l'accès aux différents services de secours ne facilite pas la compréhension pour la population. Un numéro unique d'accès aux secours (comme cela se fait par exemple en Espagne) apporterait une meilleure prise en charge et des économies d'échelles évidentes.

7.2.2. Développer et financer les Maisons médicales de gardes (idem Rodez)

Dans le sillon de ce qui est fait à Rodez, un accès aux soins par des maisons médicales de garde réparties sur le territoire, permettrait une prise en charge efficace des patients qui pourraient, le cas échéant, être redirigés vers des urgences. Les créations en cours de services d'accès aux soins de premiers recours programmés et non programmés hors urgences vitales permettrait de désengorger les urgences.

7.2.3. Créer un lieu unique de régulation (SAMU, Pompiers, médecins de garde, gendarmerie, Police nationale...)

A l'instar de l'Ain, la création d'un lieu unique de régulation permet d'optimiser la réponse aux urgences et d'adapter avec une meilleure efficacité les secours à la nature de l'intervention. Chaque service de secours ayant des contraintes spécifiques en fonction de ses missions, il est essentiel de considérer la proximité des lieux physiques des Directions.

7.3. Rôle des pharmaciens

- Comment intégrer les pharmaciens dans le parcours de soin?
- Cabines de téléconsultation (dans quelles mesures sont-elles utiles ? A quelles conditions ?)
- Diversifier pour désengorger la médecine générale

PROPOSITIONS

7.3.1. Cabines de téléconsultation (sous certaines conditions)

Les pharmaciens font partie intégrante du parcours de soin. Leur position dans le parcours patient mais aussi leurs formations, en font un acteur incontournable mais qui a longtemps été relégué, par les patients, au « distributeur de médicament. Ces dernières années, de nouvelles missions leurs ont été confiées, comme la vaccination, et de nouvelles opportunités s'offrent à eux comme l'installation de Cabines de Téléconsultations. Leur installation permet de répondre à de la « bobologie » d'urgence au moment de la fermeture des cabinets médicaux ou en cas de difficulté de prise de rendez-vous. Cela n'assure pas le suivi patient nécessaire.

Cette solution, pour être utile, doit s'intégrer dans un réel parcours de soin.

7.3.2. Insister et cibler les pharmacies isolées

Il existe deux types de pharmacies : la pharmacie de ville et la pharmacie de campagne. Les deux n'ont pas les mêmes missions et ne font pas face aux mêmes difficultés. Les pharmacies isolées (de campagne) voient leur activité intimement liée à la présence à proximité de médecins et/ou d'un ESSMS (EHPAD) pourvoyeur de prescriptions ou de commandes.

Ces officines peuvent trouver un enjeu majeur à la téléconsultation si celle-ci garanti un suivi pérenne des patients et non un service de « bobologie ». Par exemple, des médecins du territoire, salariés d'une structure ou indépendants, qui assurent les rendez-vous en visio-conférence.

7.3.3. Réaliser un diagnostic sur les pharmacies aveyronnaises

L'Aveyron dispose d'un peu plus d'une centaine de pharmacies de tailles, activités et patientèles totalement différentes. Certaines sont au niveau de la survie et ne pouvant être cédées faute de repreneurs, d'autres sont florissantes. Un état des lieux complet initial permettrait de prendre pleinement conscience des problématiques et identifier

des pistes pour notre territoire, comme par exemple la facilitation du changement de local, les regroupements etc. très codifiés par l'ARS qui dispose de référentiels nationaux et non adaptés à tous les territoires.

7.4. Coopération et mutualisation

- Manque de coopération entre les différents acteurs de la santé
- Le salariat des médecins est-il une solution?

PROPOSITIONS

7.4.1. Plateforme unique d'appels

La structuration actuelle des urgences en France repose sur des modèles vieillissants. Il est essentiel de s'adapter et développer les coopérations fonctionnelles afin d'optimiser les prises en charge.

7.4.2. Installer une cellule départementale d'animation et de coordination de toutes les structures

Chaque service de secours dépend d'une autorité différente : Ministère de l'Intérieur et des Outre-mer, Ministère de la Santé et de la Prévention, voire Ministère des Armées. Certains, comme les Sapeurs-Pompiers, relèvent directement du Département.

A ce titre, les objectifs, les contraintes, les organisations, les enjeux, les financements etc. sont différents. La coopération nécessaire à la réponse aux premiers secours est fonctionnelle. Une coordination de coopération des services articulée localement pour faciliter les réponses aux besoins de la population accélérerait la mise en place de projet de territoire et leur efficacité.



Conclusion

Les propositions prioritaires faites aux élus du Département.

D'un point de vue général, il apparaît essentiel de :

- Prendre soin des soignants pour leur redonner l'envie de soigner
- Mettre toutes les chances de notre côté pour, trouver, former, et fidéliser les acteurs de la santé sur le territoire aveyronnais
- Considérer qu'il y a une inter-dépendance forte entre tous les sujets traités dans ce rapport qui engendre soit des cercles vertueux soit des cercles vicieux

Les membres du groupe de travail souhaitent particulièrement attirer l'attention des élus départementaux sur les propositions suivantes :

- **Créer 1 PASS sous forme de bourse pour soutenir les jeunes** qui s'engagent dans un cursus médical avec engagement d'exercer quelques années dans le département
Afin de fidéliser et accompagner au mieux les futurs médecins, la création d'un PASS boursier permettrait de responsabiliser les étudiants désirant s'engager.
- Les sujets d'attractivité, de recrutement et de formation des soignants méritent d'être pilotés et coordonnés à l'échelle du département. Ainsi, **le rattachement de la gestion de ces domaines à une entité coordinatrice et régulatrice** à laquelle des missions d'observation, anticipation et innovation seraient également confiées.

-
- **Développer la politique de l'handicap** avec une action financière et structurelle dynamique, en étant un acteur du développement des foyers de vies structurés par handicap et d'en améliorer celle-ci afin de diminuer les coûts ; la volonté du groupe de travail est d'inscrire la MDPH dans l'observatoire Départemental d'animation et de coordination, afin de développer les structures manquantes, d'optimiser les compétences et d'améliorer les besoins structurels et humains des structures handicap (IME, ESAT, SESSAD,.....) et d'être un véritable acteur d'orientation et de développement de l'accès à la santé des personnes handicapées ou différentes.



Annexes

- Liste des membres du groupe de travail p.38
- Conférence 1 : Présentation de la CPAM Aveyron p.39
- Conférence 1 : Présentation de l'ARS p.41
- Conférence 1 : Présentation du service de la PMI p.46
- Conférence 1 : Présentation de l'Agence Départemental de l'Attractivité et du Tourisme p.50
- Conférence 2 : Présentation du GHT Sud Aveyron p.63
- Conférence 2 : Présentation de la Direction Autonomie du Département de l'Aveyron p.68
- Conférence 2 : Présentation du SDIS Aveyron p.73
- Conférence 3 : Présentation de Madame Dominique POLTON p.83
- Conférence 4 : Contribution de l'UDSMA p.95
- Conférence 4 : Présentation et contribution de la Fondation OPTEO p.110
- Conférence 4 : Présentation de APF France Handicap p.118
- Le handicap en chiffres : panorama de la DREES p.125
- Situation de la psychiatrie des mineurs en France : rapport du Sénat (avril 2017) p.127
- Modèles alternatifs à l'EHPAD p.136
- Note d'intention sur le projet de Pacte territorial de santé p.147
- Contributions de Christine CORAIL p.155

MEMBRES COMPOSANT LE GROUPE DE TRAVAIL		
Sujet	ACCES AUX SERVICES DE SANTE	
ORGANISME	Prénom	NOM
Représentant des syndicats de salariés	Serge	CHABRIER
Conseiller Départemental remplaçant Canton Millau 1	Sébastien	COMBES (Rapporteur)
Conseillère Départementale remplaçante Canton Rodez-Onet	Christine	CORAIL (Rapporteur)
Conseiller Départemental remplaçant Canton Tarn et Causses	Sébastien	CROS
Conseiller Départemental remplaçant Canton Causse - Comtal	Laurent	DE VEDELLY
Conseiller Départemental remplaçant Villeneuve et Villefranchois	Jean-Luc	FOREY (Rapporteur)
Représentant des syndicats de salariés	Gaël	LAFARGE
Infirmière en EHPAD et CD remplaçante canton Rodez 1	Laure	MOUYSSET
AVEYRON WORLDWIDE	Christophe	PALOUS
AVEYRON WORLDWIDE	Stéphane	ROUQUETTE
MISSION LOCALE DE L'AVEYRON	Romain	SMAHA
Conseillère Départementale remplaçante Lot et Montbazinois	Marie-Françoise	VITRAC
TOUT LE MONDE CONTRE LE CANCER	Joël	FABRE
Représentant des syndicats de salariés	Jacques	DOUZIECH

DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELS DE SANTE

	Effectifs 16 juin 2022
Dentistes	148
Fournisseurs	164
Infirmiers	718
Laboratoires	11
Masseurs Kinésithérapeutes	339
Orthophonistes	76
Orthoptistes	20
Pédicures - Podologues	54
Pharmacies	111
Sages-femmes	35
Transporteurs	155
Ambulanciers	53
Taxi	102
Psychologues	6
Généralistes	226
Spécialistes	115
Total	2 178

1



DEMOGRAPHIE CENTRE DE SOINS

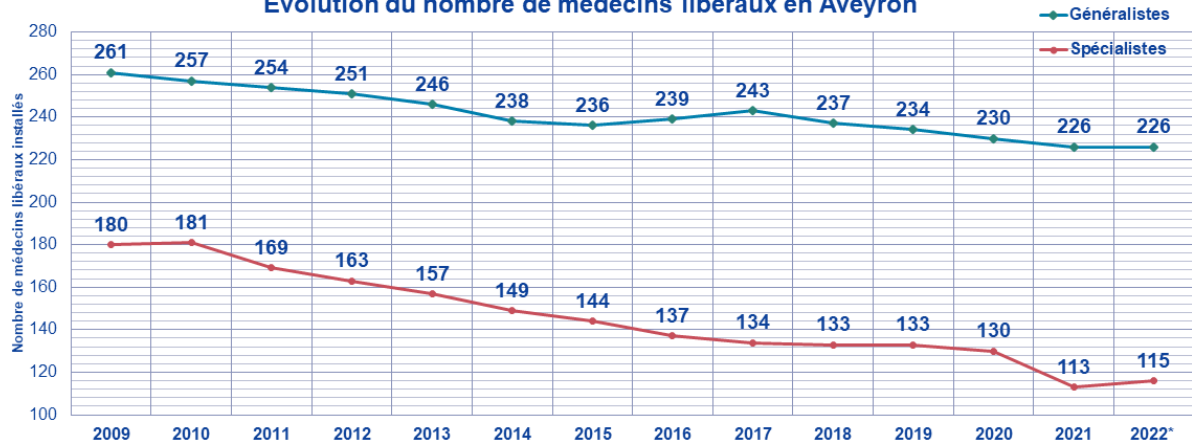
	Effectifs 16 juin 2022
Centre de soins dentaires	6
Centre de soins infirmiers	24
Centre de soins médical/polyvalents	3
Total	33

2



DÉMOGRAPHIE

Evolution du nombre de médecins libéraux en Aveyron



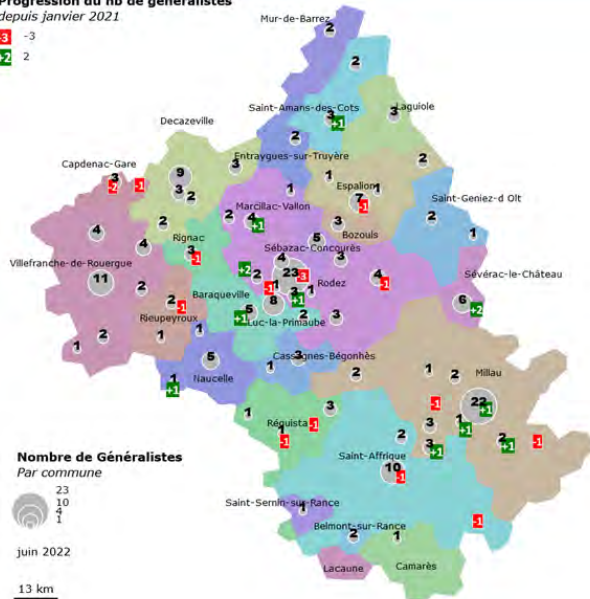
*effectifs au 16/06/2022



3

DEMOGRAPHIE RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS

Progression du nb de généralistes depuis janvier 2021



Au 11/05/2022, l'Aveyron compte 226 médecins généralistes libéraux.

Au cours de l'année 2021 (janvier à décembre), ont été enregistrées :

- 23 cessations
- 19 installations

Entre janvier 2022 et le 17 juin 2022, ont été enregistrées :

- 5 cessations
- 5 installations

4



Nombre et répartition des équipements de santé (IRM – Scanner) (donnée ARS)

Implantation IRM : 4 sur 4 implantations différentes

- CH Villefranche de Rouergue
- CH de Rodez
- CH de Millau
- Cabinet d'imagerie rodez

Implantation Scanner : 6 sur 6 implantations différentes

- CH Villefranche de Rouergue
- CH RODEZ
- CH MILLAU
- CH DECAZEVILLE
- CH ST AFFRIQUE
- Cabinet d'imagerie rodez

Nombre et répartition des établissements pour personnes âgées et handicapées

- Etablissements et services pour personnes âgées par bassin de sante : EHPAD et SSIAD

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap

EHPAD : Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes

Bassin de sante d'Espalion : 10 EHPAD et 5 SSIAD

Bassin de santé de Rodez : 22 EHPAD et 12 SSIAD

Bassin de santé de Millau : 8 EHPAD et 5 SSIAD

Bassin de santé de Decazeville : 11 EHPAD et 7 SSIAD

Bassin de santé de Villefranche de Rouergue : 6 EHPAD et 2 SSIAD

Bassin de santé de St Affrique : 8 EHPAD et 2 SSIAD

- Etablissements pour personnes handicapées

- Agréments enfants

Institut Médico-Educatif (IME) : 5 sur le département

Institut d'éducation motrice (IEM) : 1 sur le département

Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP) : 2 sur le département

Centre medico psycho pedagogique (CMPP) : plusieurs antennes sur le département

- Agréments adultes

Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) : 8 sur le département

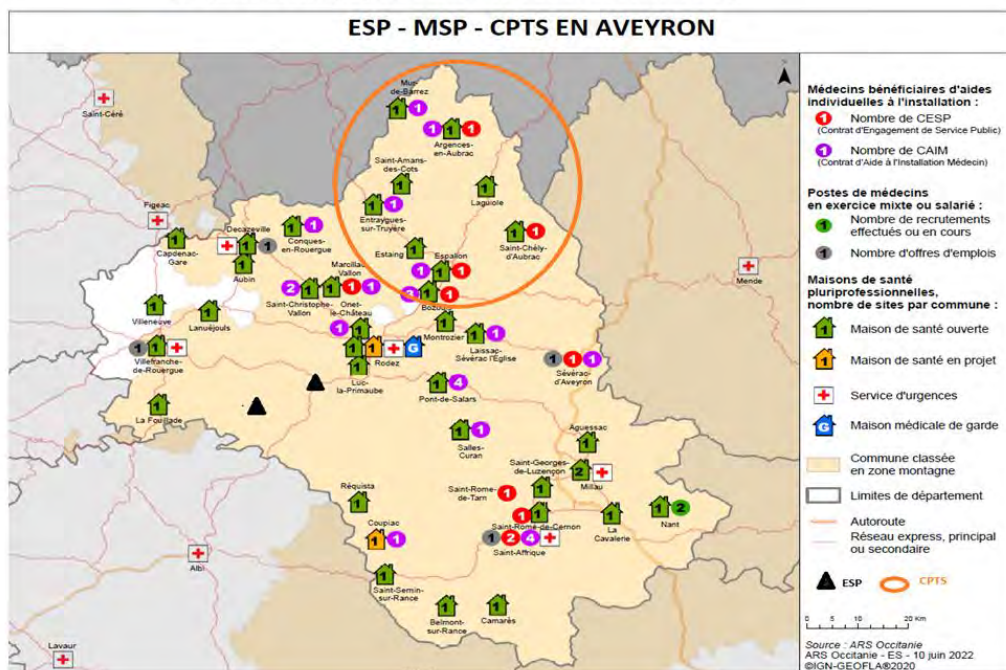
Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) : 6 sur le département

Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés (SAMSAH) : 1 sur le département (SAMSAH et SAMSAH psy)

Foyer d'Accueil Médicalisé pour Adultes Handicapés (FAM) : 2 sur le département



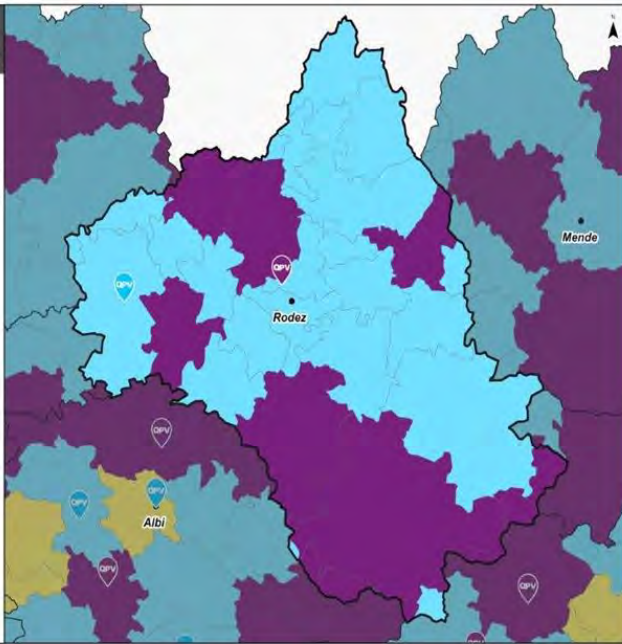
Equipe de soins primaires (ESP) Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)
 Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)



Zonage médecin (les aides qui en découlent) (doc ARS)

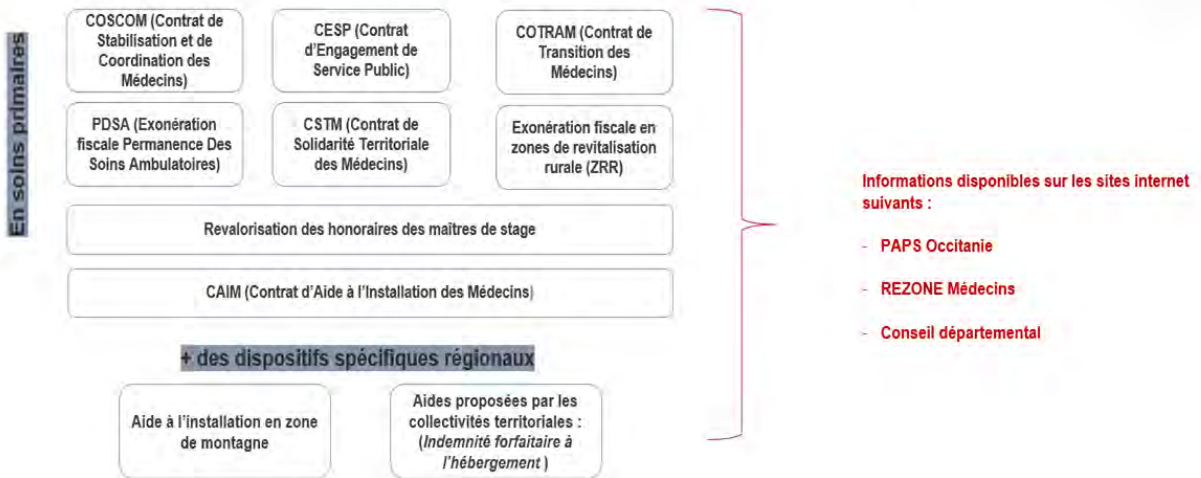
Actualisation du zonage médecins en Aveyron avec l'APL au 1^{er} avril 2021

- ZIP, ZAC et ZAR :**
- Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)
 - Zone d'Action Complémentaire (ZAC)
 - Zone d'Appui Régional (ZAR)
 - Quartier prioritaire de la politique de la ville en Zone d'Intervention Prioritaire
 - Quartier prioritaire de la politique de la ville en Zone d'Action Complémentaire
 - Préfecture de département
 - Limites de territoire de vie
 - Limites de département



TVS en ZIP	TVS en ZAC
Decazeville Marcillac-Vallon Réquista Rieupeyroux Saint Affrique Saint Géniez d'Olt + QPV Onet le Château	Baraqueville Bozouls Entraigues sur Truyères Espallon Laissac Laguiole Luc La Primaube Millau Nauccelle Onet le Château Rignac Villefranche de Rouergue Montbazens Rodez Séverac le Château Mur de Barrez Pont de Salars

Une multitude de dispositifs d'incitation financière existent :



Les objectifs du comité d'attractivité

- **Partager les besoins en professionnels de santé** au niveau départemental et territoire par territoire (diagnostics, suivi des départs et arrivées)
- **Partager une stratégie territoriale de soutien à l'attractivité** : définir les modes d'action pertinents par territoire
- **Coordonner** les actions existantes, **co-construire** et **concrétiser** des plans d'action territoriaux adaptés à chaque contexte local et **suivre leur mise en œuvre**



Programme départemental à l'attention des internes et jeunes médecins



Hébergement

- ▶ Aide financière (en fonction du zonage ARS) et logistique à l'hébergement des internes MG et spécialistes ambulatoire et assistants à temps partagé
- ▶ Les Hébergements Territoriaux pour les Etudiants en Santé :
 - ▶ 2 HTES sont déjà en fonctionnement Decazeville et Villefranche
 - ▶ 2 Projets à l'étude à Rodez et à Millau

Stage de médecin pompier

ACCUEIL
MEDECINS
AVEYRON



Ouvert aux internes en stage ambulatoires

2 formats de stage : - Un stage initiation de 4 jour dans le semestre
- Un stage immersion d'un jour par semaine

Ces stages répondent à la problématique de la prise en charge des urgences par les médecins installés en milieu rural à plus de 30mn d'un service d'urgence.

Accompagnement personnalisé

ACCUEIL
MEDECINS
AVEYRON



- ▶ Mise en rapport des candidats à l'installation avec les professionnels proposant des postes
- ▶ Guichet unique pour aider à finaliser les projets des candidats à l'installation : Cellule Accueil Installation (CD12, CDOM, ARS, CPAM)
- ▶ Aide à l'emploi du conjoint
- ▶ Ou toute autre forme d'aide dans les démarches à l'installation

Week-end Adrénaline Aveyron



- ▶ Le Département invite chaque année 200 internes à venir découvrir notre département en leur proposant un week-end d'activités de pleine nature. C'est l'occasion de découvrir le cadre de vie qu'offre notre territoire.
- ▶ Cet évènement est souvent une première approche avant de choisir un stage en Aveyron.

Remplacement



- ▶ Le département offre aux médecin la possibilité de publier via 2 sites internet :
 - ▶ Notre site internet : Accueil médecins Aveyron
 - ▶ Doc n Doc, plate forme nationale de mise en rapport directe entre remplacés et remplaçant.

Intégration des internes au territoire



- ▶ Invitation à des soirées d'accueil des internes et jeunes médecins en début de semestre
- ▶ Invitation aux évènements culturels et sportifs via nos partenaires, tout au long du semestre
- ▶ Découverte du département via des séances de sport de pleine nature

Le service de Protection Maternelle et Infantile de l'Aveyron



aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON



Présentation du service et des missions

aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON



La PMI c'est quoi?

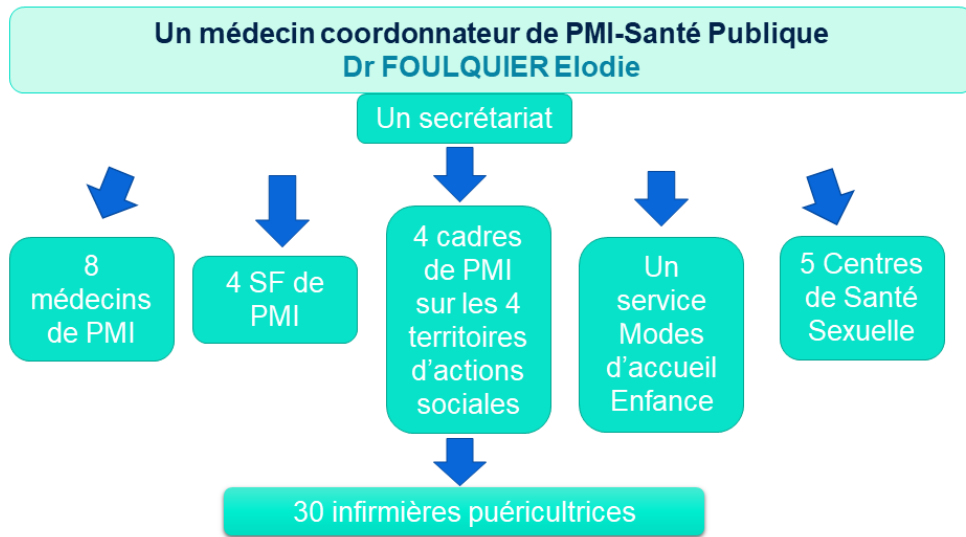
- Service de Protection Maternelle et Infantile
- né de l'Ordonnance du 2/11/1945
- Service départemental, placé sous l'autorité du Président du Conseil Départemental.

Au cœur des actions du service:

LA PREVENTION

médico-sociale

L'équipe départementale de PMI



Présentation Réseaux Parents Aveyron, le 14 Juin 2022

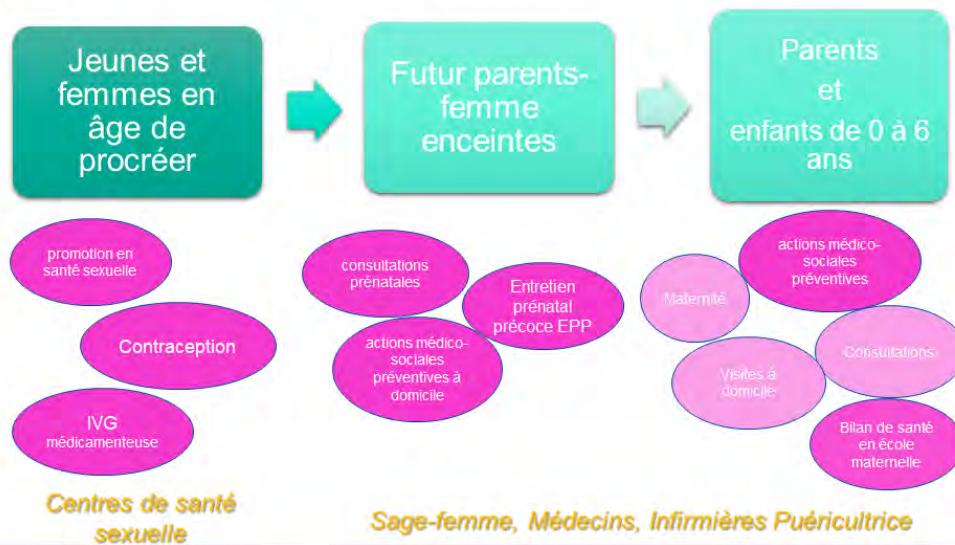
aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON

AVEYRON
LE DÉPARTEMENT

Nos missions et la population ciblée

[Article L2112-2](#) du Code de la Santé Publique



aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON

AVEYRON
LE DÉPARTEMENT

Par exemple à domicile:

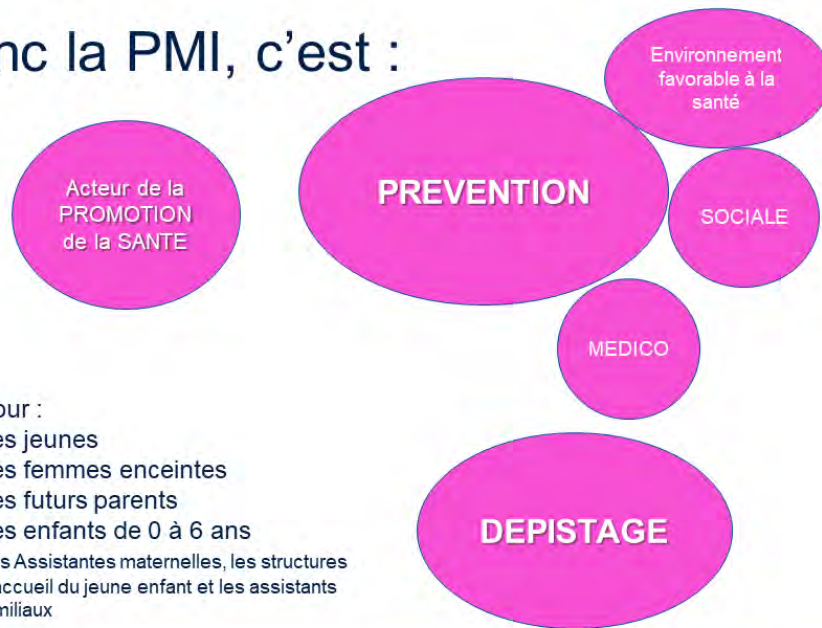
Après la sortie de la maternité, une infirmière puéricultrice peut rencontrer la famille à domicile ou en consultation pour peser l'enfant, aider aux premiers soins, répondre aux questions (rythme, alimentation, pleurs...), orienter vers d'autres professionnels selon les besoins...



Nos missions

- Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique:
 - Certificat de grossesse, certificat de naissance, certificat du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois et du 24 mois
- L'édition et la diffusion de documents:
 - Carnet de grossesse, carnet de santé, Cerfa des examens obligatoires
- Des missions concernant les Modes de gardes des jeunes enfants

Donc la PMI, c'est :



Pour :
-les jeunes
-les femmes enceintes
-les futurs parents
-les enfants de 0 à 6 ans
-les Assistantes maternelles, les structures d'accueil du jeune enfant et les assistants familiaux

Agir précocement

Lors des accompagnements et des consultations, nous assurons **le dépistage**

- des troubles du développement physique ou psychoaffectif,
- des troubles du neuro-développement
- des troubles sensoriels



et **l'orientation vers**

les professionnels de santé et structures spécialisées

Travail d'équipe **PLURIDISCIPLINAIRE**

Travail de **coordination**

Pour la santé et le bien-être de la famille et des enfants

Accès à des soins et accompagnements **programmés**

Un travail de proximité,
d'accompagnement
pour une prise en
charge globale de la famille et de
l'enfant, en créant du **lien**
avec d'autres professionnels

Maternités

Médecin traitant

Ass Mat, Crèches...

Ecoles

Assistante sociale

Service de psychiatrie

Aide sociale à l'Enfance

CAMSP, CMPP

Service de pédiatrie

CRIP

Les Associations

MDPH

psychologues

aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON



Un service pour **TOUS**

Principe de **l'universalité**

À la demande de la famille ou d'un
professionnel l'orientant avec son accord

Certains accompagnements sont ciblés en faveur de familles présentant des facteurs de vulnérabilités:

Les visites à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors de l'entretien prénatal précoce obligatoire, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière

Proportionnée

Sur l'ensemble du département

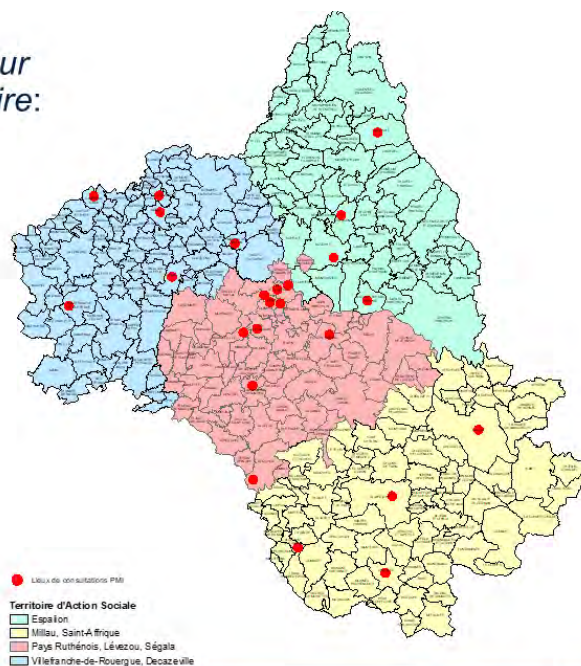
aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON



*Un service présent sur
l'ensemble du territoire:*

24 lieux de consultations



aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON

 **AVEYRON**
LE DÉPARTEMENT

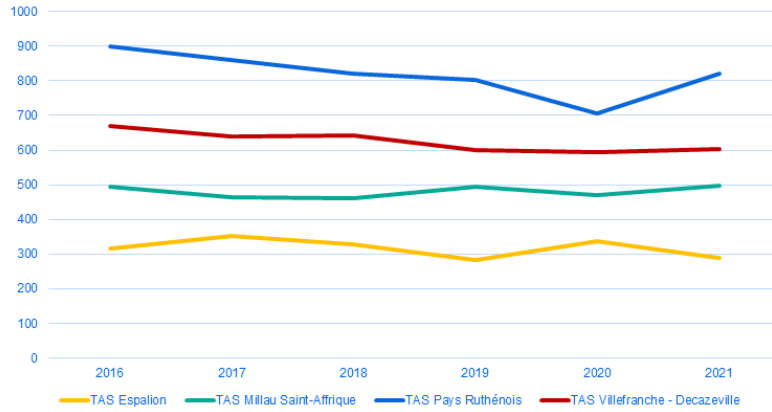
Quelques chiffres

aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON

 **AVEYRON**
LE DÉPARTEMENT

Evolution du nombre de naissances

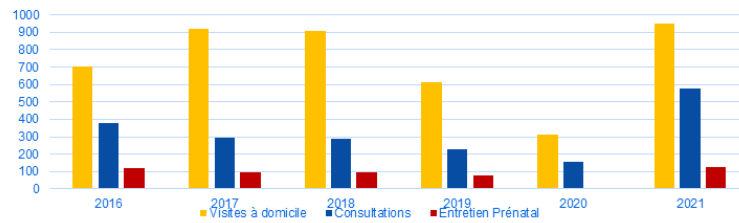


aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON

AVEYRON
LE DÉPARTEMENT

Interventions des Sages Femmes



En 2021:

947 visites à domicile

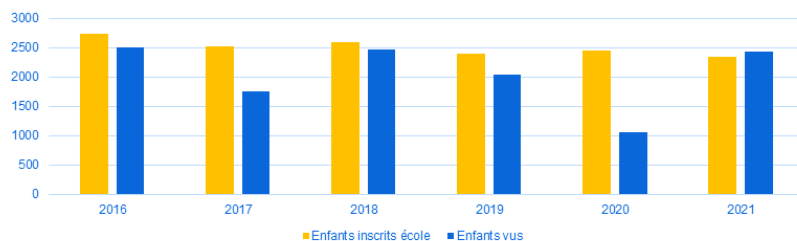
579 consultations

aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON

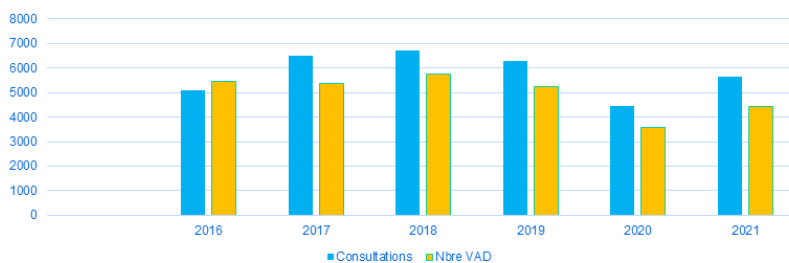
AVEYRON
LE DÉPARTEMENT

Bilan en école maternelle par les infirmières puéricultrices de PMI



En 2021, **2437 enfants** de 3 - 4 ans ont bénéficié d'un bilan de santé à l'école maternelle.

Consultations et Visites à Domicile des Infirmières Puéricultrices

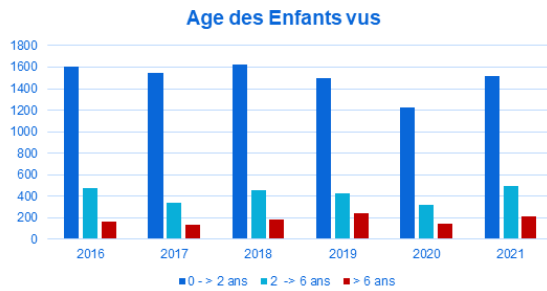


En 2021, 4440 visites à domicile ont été réalisées.

5655 consultations avec une infirmière puéricultrice.

Activités des Infirmières Puéricultrices

En 2021, 2216 enfants ont été vus au moins une fois par une puéricultrice de PMI



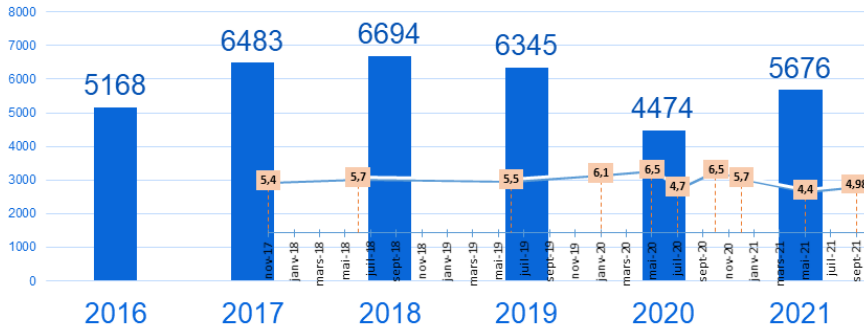
En majorité des enfants de moins de 2 ans

aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON



Nombre de Consultations Médicales



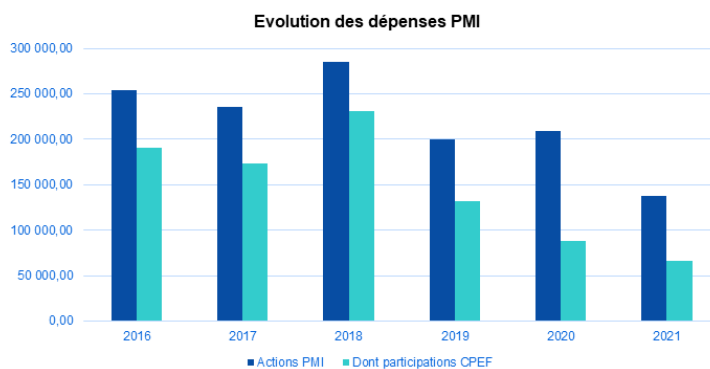
4,56 ETP médecin actuellement

aveyron.fr

ASSEMBLÉE POUR L'AVEYRON



Evolution des dépenses PMI



220 259 € budget moyen dédié aux actions PMI sur les 5 dernières années

Les enjeux

-
- COMMUNIQUER / SE FAIRE CONNAITRE
 - En tant que professionnels de santé
 - Service public pour TOUS
 - recentré sur nos missions
 - REPONSES aux demandes
 - Transformation numérique dans le secteur de la santé

L'accès aux soins hospitaliers en Sud-Aveyron

Présentation des Centres Hospitaliers de Millau, Saint-Affrique et Maurice Fenaille

▶ Les 3 établissements sanitaires du territoire Sud-Aveyronnais

Des acteurs ancrés et identifiés dans le territoire Aveyronnais

- 3 établissements qui ont vocation à répondre aux besoins de santé d'un **bassin de vie du Sud Aveyron de plus de 70 000 habitants dont 2 MCO publics distants de 30 kms (30 mn de route)** avec une Direction Unique
- Des **filiales formalisées par des conventions** entre les différents acteurs médico-sociaux du territoire
- Des **partenariats structurant dans l'offre de soins du CH de Millau**

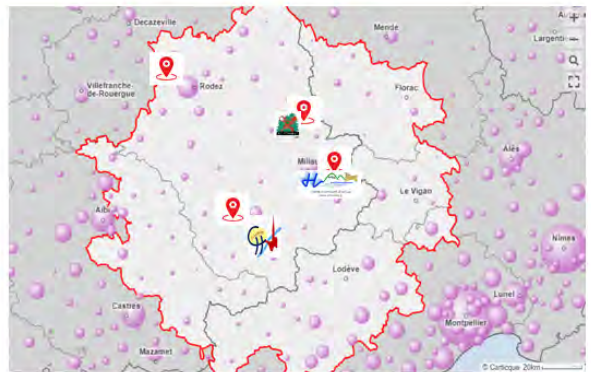
Liens **historiques (et complexes)** entre le CH de Millau et de **Saint Affrique** :

Mutualisation récente de professionnels de santé, de cadres et cadres supérieurs soignants, techniques et administratifs. Le CH Emile Borel est le principal partenaire du CH de Millau du fait de **l'élaboration d'un Projet Médical commun** : Equipe territoriale de biologie, souhait de mettre en place une filière gériatrique commune, ...

Etablissement identifiable par son **expertise sur la filière gériatrique**



Lien fort avec le CH Maurice Fenaille qui complète l'offre de SSR du territoire (ancienne direction commune et intérim de Direction actuel).



Collaboration de proximité avec les établissements du Nord Aveyron et notamment le CHS de Ste Marie sur la **filiale psychiatrique** dans le cadre du **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)** et le CH de Rodez principalement sur la **pédopsychiatrie, la cardiologie et les maladies infectieuses**.

Centre Hospitalier de Millau: 265 Boulevard Achille Souques – 12100 Millau Standard 05.65.59.30.00 Secrétariat de direction 05.65.59.31.57 – Fax 05.65.59.32.48



▶ Les 3 CHs : membres et acteurs du GHT Est Hérault Sud Aveyron



Compléter l'offre de soins de proximité avec des filières spécialisées dans une logique de parcours patient

Implication dans la gouvernance territoriale

- Projet médical du Sud Aveyron élaboré en partenariat avec le CHU, hôpital support, pour structurer les filières
- Projet Médical Partagé (PMP)
- Commission médicale de Groupement (CMG)
- Comité Stratégique du GHT

Filière de coopération

- CHU : Digestif (PIE), Chimiothérapie (établissement associé), Cardiologie, Urologie, Chirurgie orthopédique, Neurologie (expertise AVC), Hématologie clinique, Obstétrique, Ophtalmologie, Pneumologie, Rhumatologie...
- Filière SSR

Mutualisation de spécialistes

- Intervention d'Assistants à temps partagé (ATP) et de PU-PU/PH sur le CH de Millau et de St-Affrique afin que la population puisse bénéficier d'une offre de soins spécialisée en plus d'une offre de proximité (densité de spécialistes plus faible que le taux national)



- Intégration depuis le 1^{er} juillet 2016
- Bassin de population de 880 000 personnes



▶ Des actions autour du renforcement du lien ville – hôpital



- ❑ Collaboration avec les professionnels libéraux et les maisons de santé du territoire
- ❑ Intégration des libéraux sur le plateau technique du CH de Millau (sage femme, dentiste, ophtalmologue, addictologie etc.)
- ❑ Association des professionnels de ville autour des réflexions sur le Projet Médical Sud Aveyron (PMSA)
- ❑ Association de ces professionnels autour des réflexions structurant l'Hôpital commun à venir



Organisation de rencontres entre **médecins libéraux**, praticiens hospitaliers et ATP
Partage des **contraintes mutuelles** et réflexions autour de leurs **pratiques**
Soirées formations



Mise en place d'un **annuaire de contacts** : partagé entre les **soignants libéraux** et les **personnels soignants du CH de Millau**
Réorganisation de l'accueil téléphonique de prise de rendez-vous pour faciliter l'accès aux médecins libéraux (et aux patients)



Groupes de travail autour mise en place d'une **Whatsapp sécurisée (spico)** : coordination – sécurité des soins – continuité des parcours



▶ Les chiffres clés d'activité 2021



Séjours Patients

Millau : 10 147
St-Affrique : 4 433
Fenaille : 249 en SSR



Actes de radiologie

Millau : 35 740
St-Affrique : 8 286



Passage aux Consultations

Millau : 30 203
St-Affrique : 10 214



Sorties SMUR

Millau : 336
St-Affrique : 249



Passage aux Urgences

Millau : 15 835
St-Affrique : 8 380



Naissances

Millau : 347
St-Affrique : 169



▶ Les chiffres clés des personnels 2021



Nombre d'ETP de médecins

Millau : 71,5
St-Affrique : 22,2
Fenaille : 3,6



Nombre d'ETP non médical

Millau : 633,8
St-Affrique : 384,4
Fenaille : 95,39

La dynamique institutionnelle des 3 établissements

▶ Un projet structurant l'offre de soins existante sur le territoire du Sud Aveyron : le regroupement des hôpitaux de Millau et St-Affrique



☐ **Projet médical commun** avec les professionnels des CHs de Millau et St-Affrique, avec le concours des PU/PH du CHU dans une logique de parcours et en concertation avec les libéraux du territoire, intégrant le CH M.Fenaille sur la filière SSR, qui a pour objectifs de :

- ✓ Adapter l'offre de soins à la population par **la gradation** et **l'accessibilité aux soins** en particulier pour la **population âgée**
- ✓ Répondre aux enjeux d'**attractivité médicale** et paramédicale
- ✓ **Harmoniser les pratiques** et **mutualiser les forces** des établissements

avec pour finalité la construction d'un établissement regroupant les MCO et plateaux techniques des CHs de Millau et St-Affrique



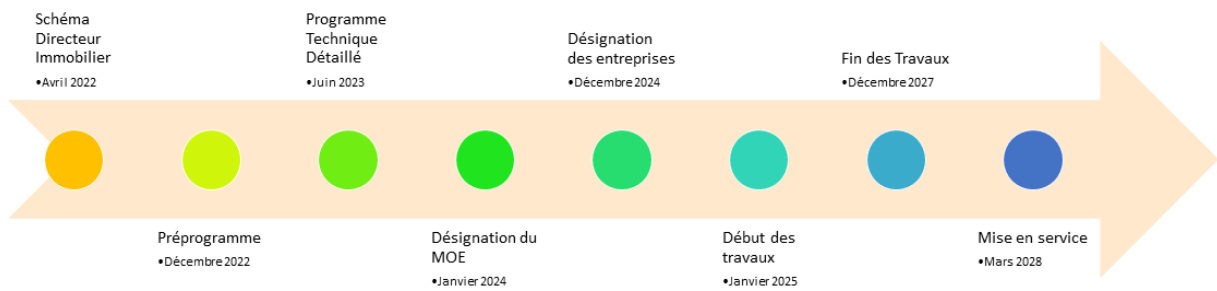


LE PROJET D'HOPITAL MEDIAN

▪ L'ambition de l'hôpital médian :

- **À Court et moyen terme** : développer l'activité afin de répondre aux besoins de la population, en mutualisant les ressources médicales dans le cadre d'équipes territoriales.
- **À Long-terme** : réunir l'offre de soins des deux hôpitaux pour atteindre une taille critique permettant de favoriser son attractivité.

▪ Planning prévisionnel 2022 :



Merci pour votre attention





Mme Brigitte FILHASTRE

Directrice

Direction de l'Autonomie



Données de population

278 703 habitants

- **35.3 %** de la population a plus de 60 ans
- **13.9 %** de la population a plus de 75 ans
- **8.5 %** de la population a un droit ouvert à la MDPH
- **5.8%** de la population est bénéficiaires d'une prestation versée par le Département (Allocation personnalisée d'autonomie, Prestation de compensation du handicap, Aide sociale à l'hébergement, ...)

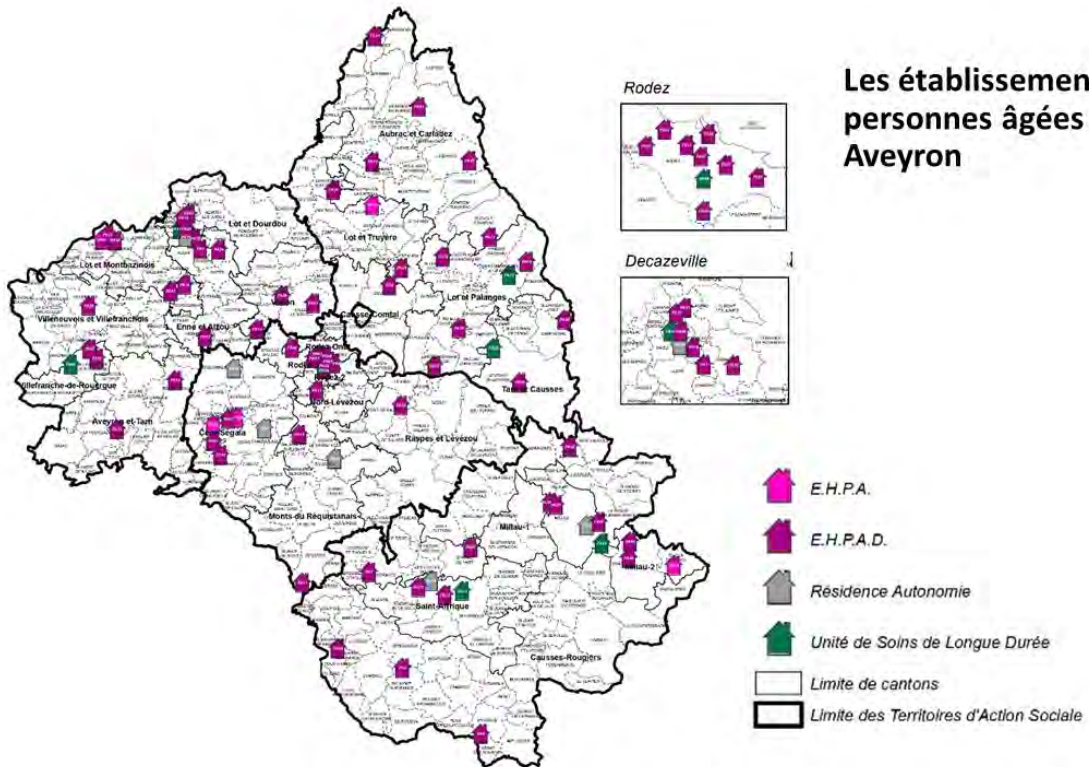
- ▶ **Aide personnalisée à l'autonomie**
 - A domicile : 5660 bénéficiaires dont 100 en GIR 1, 796 en GIR 2, 1271 en GIR 3, 3493 en GIR 4
 - En établissement : 4878 bénéficiaires

- ▶ **Prestation de compensation du handicap**

- 1875 bénéficiaires dont 1303 ont une aide humaine

Equipements pour personnes âgées

Etablissements		Capacités autorisées installées			
Type d'établissement	Nombre d'établissements	Capacité totale	Dont HP	Dont HT	AJ
EHPAD	62	5 040	4 985	55	94
EHPA	5	97	85	12	
USLD	7	300	300		
RA (dont la MARPA)	6	334	333	1	
AJ AUTONOME	1	12	0	0	12
AFR	3	18	18	0	0
	84	5 801	5 721	68	106



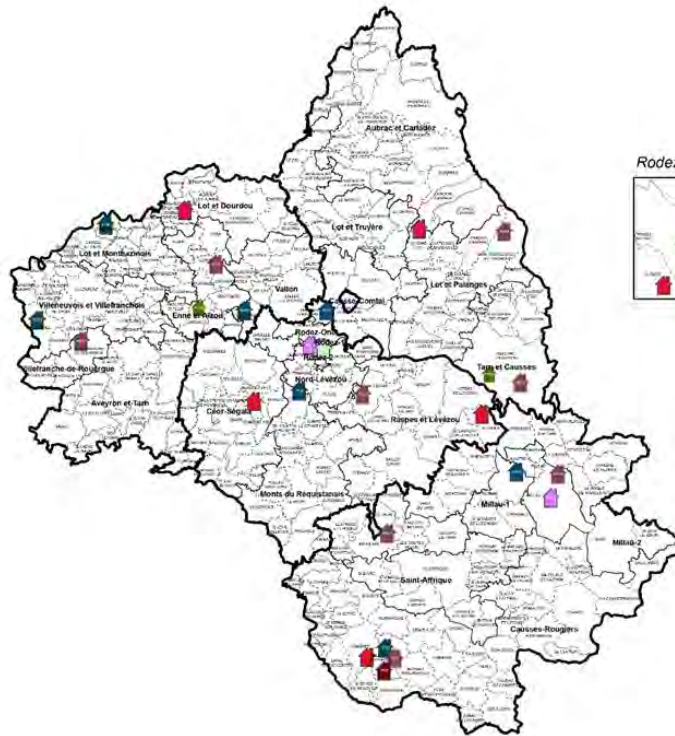
Personnes âgées : les enjeux

- **Un taux d'équipement élevé en Aveyron** à maintenir compte tenu du vieillissement de la population
- **Une adaptation de l'offre médico-sociale pour personnes âgées sur le département nécessaire** afin de réduire les inégalités territoriales, favoriser l'accès aux équipements de proximité et déterminer les perspectives d'évolution de l'offre souhaitable pour répondre aux besoins.
- **Evolution des SAAD vers des services autonomie à domicile**
 - Un nouveau métier émerge depuis quelques années dans le secteur du grand âge : le coordinateur autonomie.
- **Eviter les ruptures de parcours :**
 - lancement d'une expérimentation pour déployer des plateformes d'accompagnement des personnes âgées en favorisant une continuité de prise en charge du domicile à l'établissement en favorisant la prévention, en s'appuyant sur des solutions innovantes et le déploiement d'offres intermédiaires (Résidence Autonomie, Habitat inclusif)

Equipements pour personnes handicapées

Type d'établissement et service	Nombre d'établissement et service	Capacité totale
FH	7	331
FV	8	350
FAM	2	62
MAS	6	232
ITEP	2	163
IME	5	244
IEM	1	58
IES	1	49
SESSAD	9	228
SAVS	4	274
SAMSAH	2	45
TOTAL	47	1936

Les établissements pour personnes handicapées adultes en Aveyron

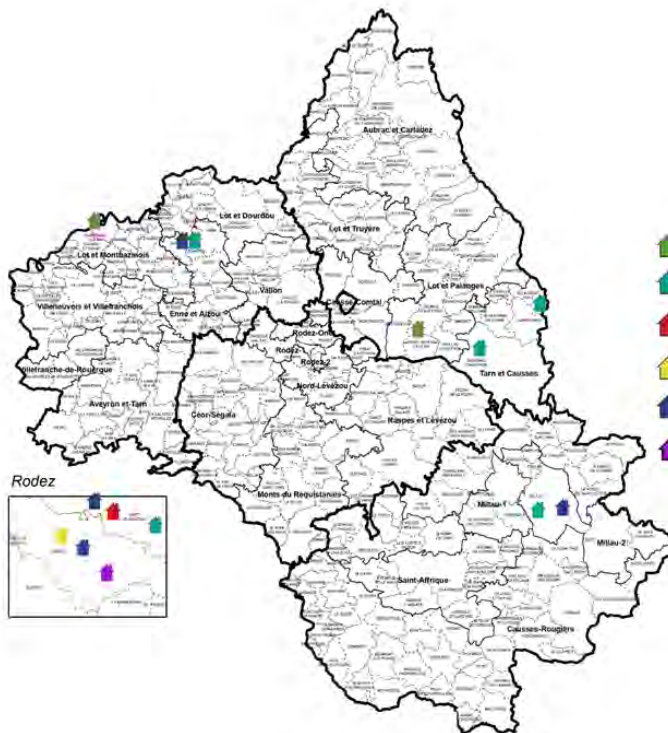


Rodez









-  Maison d'Accueil Spécialisée
-  Foyer d'Accueil Médicalisé
-  Foyer d'Hébergement
-  Foyer de Vie
-  Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (compétence conjointe)
-  Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
-  Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
-  Limite de cantons
-  Limite des Territoires d'Action Sociale

Les établissements pour personnes handicapées enfants en Aveyron



Rodez



-  ITEP (Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique)
-  IME (Institut Médico-Educatif)
-  IEM (Institut D'Éducation Motrice)
-  CDDS (Centre Départemental pour Déficients Sensoriels)
-  SESSAD (Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile)
-  IES (Institut d'Éducation Sensorielle)

Personnes handicapées : les enjeux

- **Une transformation de l'offre médico-sociale pour personnes handicapées âgées** sur le département pour mieux répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes, d'accompagnement de certains handicaps, d'évolution des projets de vie et favoriser l'inclusion.
- **Améliorer l'accompagnement de proximité pour l'accès aux droits**
 - ▶ Projet de territorialisation de la MDPH
- **Participer au déploiement des Communautés 360** : instance qui ont vocation à répondre de manière plus coordonnée et systémique à toutes les personnes en situation de handicap ainsi qu'à leurs aidants, en proximité de leur lieu de vie.

Enjeux communs : personnes âgées et personnes handicapées

- **Un enjeu majeur : répondre aux difficultés de recrutement** qui fragilisent la qualité de la prise en charge et la pénibilité des métiers et de nombreux établissements notamment dans le secteur PA de petites tailles pas forcément structurés en matière de RH. Une faible attractivité des métiers dans le médico social
 - ▶ **Déploiement de la plateforme des métiers de l'autonomie** pour apporter des solutions aux structures de l'aide à domicile (SAAD) et aux établissements médico-sociaux (PA et PH) qui peinent à recruter et à fidéliser leurs professionnels



**Lieutenant-colonel
Stéphane ALLEGUEDE**
Services d'incendie et de secours (SDIS)
de l'Aveyron

Service
Départemental
d' **I**ncendie
et de **S**ecours
12 Aveyron



*Présentation du
5 juin 2022*



JUINI 2022

- Missions & organisation
- Ressources
- Activités Secours à personne du territoire
- Les solutions

Missions & organisation



LES MISSIONS (CGCT L. 1424-2)



Incendies : prévention, protection et lutte

compétence exclusive

Autres accidents, sinistres, catastrophes : protection, lutte

Risques technologiques ou naturels : évaluation et prévention des risques

Secours d'urgence aux victimes d'accidents, sinistres, catastrophes

compétences partagées



GOVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC

Etablissement public départemental

Placé sous une double autorité



Opérationnel

La Préfète
Valérie MICHEL-MOREAUX

Autorité pour :
Mise en œuvre opérationnelle des moyens
Prévention
Formation



Administratif

Le Président du conseil d'administration du SDIS
Arnaud VIALA

De droit le Président du Conseil Départemental
ou désigné par le Président du Conseil Départemental

Missions :
Responsable de la gestion administrative et financière
Prépare et exécute les délibérations
Contracte les marchés

Le Service départemental des services d'incendie et de secours

Le Corps départemental des sapeurs-pompiers
Le Directeur, chef de Corps : Colonel hors classe Florian SOUYRIS

L'ORGANISATION TERRITORIALE



Les ressources



LES EFFECTIFS DU SDIS



1 530 sapeurs-pompiers :

- 1 365 sapeurs-pompiers volontaires **91,5%**
- 132 sapeurs-pompiers professionnels **8,5%**
dont 27 % de femmes

3 engagés de service civique

37 personnels administratifs et techniques

65 jeunes sapeurs-pompiers

140 membres de l'équipe de soutien départementale

Le « VOLONTARIAT », une ressource indispensable à la sécurité du territoire



80 % du territoire a une réponse opérationnelle reposant exclusivement sur la disponibilité des SPV

92 % des sapeurs-pompiers sont volontaires

34 centres d'incendie et de secours sur 40 sont armés exclusivement par des sapeurs-pompiers volontaires

UN ENGAGEMENT COMMUN



SAPEUR-POMPIER VOLONTAIRE EN AVEYRON

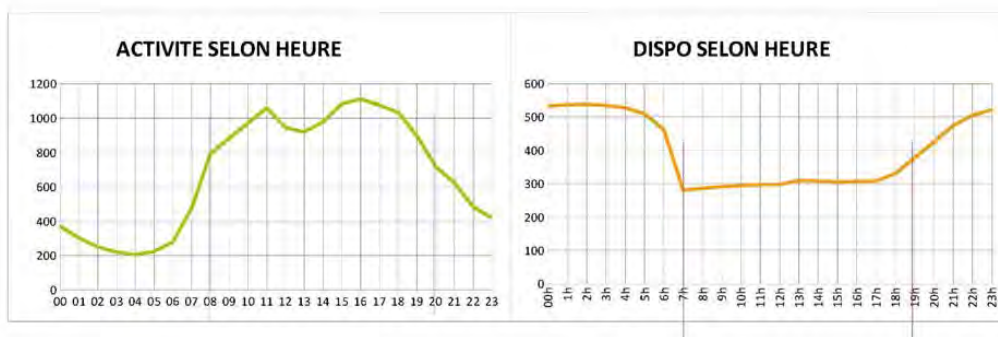
REJOIGNEZ-NOUS !



Plus d'informations sur : www.sdis12.fr



La réponse opérationnelle en journée



CONSTAT :

- la période d'activité maximale 8h/20h correspond quasiment à celle de disponibilité minimal 7h/19h
- Sur la période diurne l'activité X par 2,5 alors que la disponibilité sur la même période est / par 1,5

EFFECTIF DU PERSONNEL DU S.S.S.M.

(Service de Santé et de Secours Médical)

66 médecins

98 infirmiers

8 pharmaciens

2 psychologues

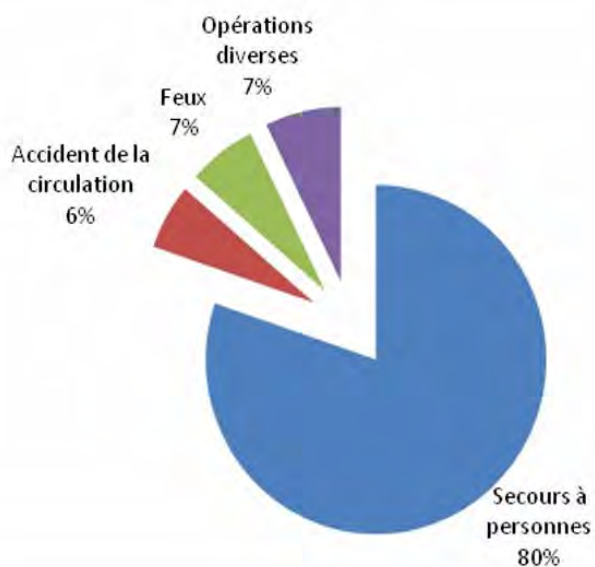
6 vétérinaires



L'activité secours à personne du territoire



L'ACTIVITÉ OPÉRATIONNELLE 2021



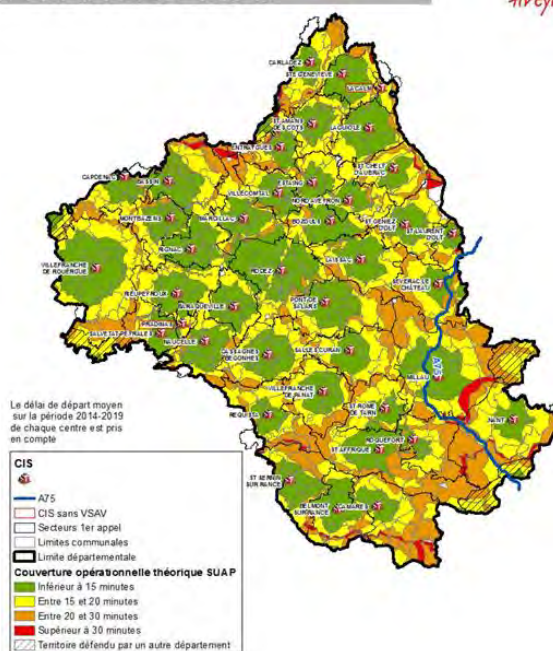
L'ACTIVITÉ OPÉRATIONNELLE 2021



	2019	2020	2021	Variation 2019/2020
Secours à personnes	11765	11600	12352	+ 6,5 %
Accident de la circulation	931	740	938	+ 34 %
Feux	1206	1077	996	- 10 %
Opérations diverses	1164	1234	1020	- 10 %
Total interventions	15066	14651	15306	+ 4,5 %

LA COUVERTURE OPERATIONNELLE THEORIQUE DU SECOURS D'URGENCE PAR LES VSAV

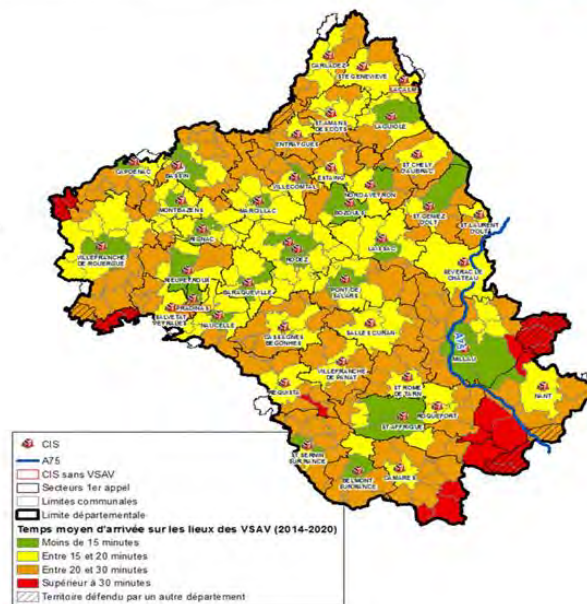
94% de la population peut recevoir des secours en moins de 20 mn



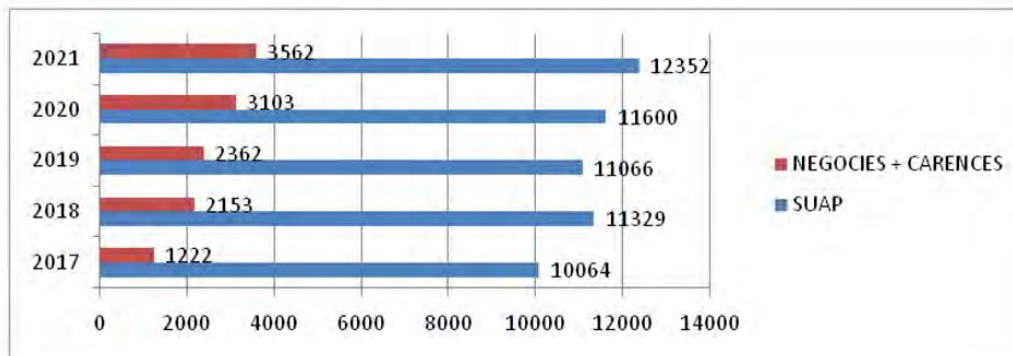
LA COUVERTURE OPERATIONNELLE PRATIQUE DU SECOURS D'URGENCE PAR LES VSAV



81% de la population peut
recevoir des secours en
moins de 20 mn



EVOLUTION DU SUAP ET DES CRENCES



- La part des carences dans le SUAP était en moyenne d'environ 9% de 2014 à 2018.
- La part des carences et des négociés **atteint 29% de l'activité SUAP** (27 % en 2020)
- Elles représentant **23 % du total des interventions** (20 % en 2020).
- Les interventions pour carence et les négociés ont **augmentés de 31 % cette année**.

Les solutions



LES SOLUTIONS

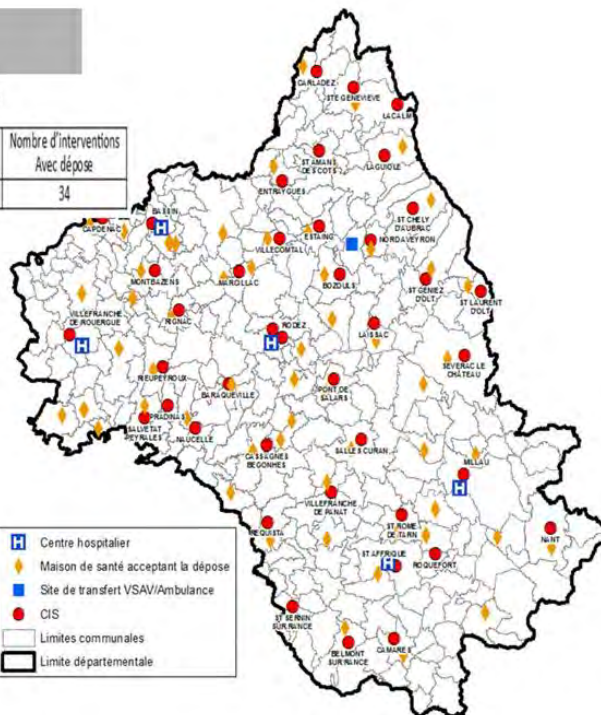
Comparaison des interventions SUAP avec dépose en maison de santé

Centre	Durée moyenne Toutes interventions	Durée moyenne interventions Avec dépose	Différence durée Avec et sans dépose	Nombre d'interventions Avec dépose
STE GENEVIEVE	03:12	02:11	01:01	34

REVISION DES TSU



Les jonctions



Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques

Leçons de l'expérience internationale

Dominique Polton
1^{er} février 2023

A partir d'une étude DREES – « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques » Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela. **LES DOSSIERS DE LA DREES N° 89** • décembre 2021



LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 89 • décembre 2021

Dominique Polton, Hélène
Chaput, Mickaël Portela

- ✓ Répartition géographique des effectifs médicaux inégale dans tous les pays, à des degrés divers
- ✓ Accès aux services de santé toujours plus difficile dans certains territoires (zones rurales, notamment éloignées ou isolées, zones urbaines défavorisées)
 - **Préoccupations partagées par beaucoup de pays, et pour certains depuis longtemps**
- ✓ Beaucoup de littérature scientifique, plusieurs rapports internationaux (OMS 2010, OCDE 2014, Commission européenne 2015, OMS 2021) – mais expériences pas toujours transposables (contextes géographiques parfois très différents)
- ✓ Deux questions :
 - ✓ Quels sont les **déterminants des choix d'installation** ?
 - ✓ Quelles sont les **politiques menées, quel est leur impact** ?

Facteurs influençant les choix d'installation : ce qu'on sait en France

Diverses enquêtes menées en France dans la période récente mettent en évidence **les déterminants des choix d'installation** :

- Facteurs **personnels** et **familiaux** (attachement au territoire, possibilités d'emploi du conjoint...)



(1) Enquête CNOM auprès d'internes, de remplaçants et d'installés (2019)

Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin



(2) Chaput, H. et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, Études et Résultats 1140, 2020

Facteurs influençant les choix d'installation : ce qu'on sait en France

Diverses enquêtes menées en France dans la période récente mettent en évidence **les déterminants des choix d'installation** :

- Facteurs **personnels** et **familiaux** (attachement au territoire, possibilités d'emploi du conjoint...)
- Conditions d'exercice**, et notamment pour les jeunes générations :
 - ✓ charge de travail
 - ✓ présence d'autres professionnels sur le territoire
 - ✓ existence d'un projet professionnel collectif



Tout à fait	1228	50%
Plutôt	791	32%

La présence sur le territoire d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital est-elle déterminante pour votre installation ? Remplaçants 87 %, internes 81 %, installés 59 % mais beaucoup plus chez les jeunes

(1) Enquête CNOM auprès d'internes, de remplaçants et d'installés (2019)

Motivations du choix du lieu d'installation actuel, selon l'âge du médecin

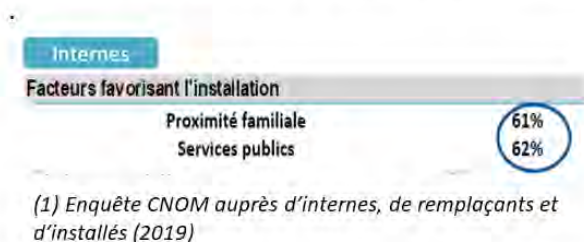


(2) Chaput, H. et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. DREES, Études et Résultats 1140, 2020

Facteurs influençant les choix d'installation : ce qu'on sait en France

Diverses enquêtes menées en France dans la période récente mettent en évidence **les déterminants des choix d'installation** :

1. Facteurs **personnels** et **familiaux** (attachement au territoire, possibilités d'emploi du conjoint...)
2. **Conditions d'exercice**, et notamment pour les jeunes générations :
 - ✓ charge de travail
 - ✓ présence d'autres professionnels sur le territoire
 - ✓ existence d'un projet professionnel collectif
3. **Qualité et cadre de vie** offerts sur un territoire



Facteurs influençant les choix d'installation : expérience internationale

1. Ces constats sur les déterminants des choix d'installation **se retrouvent dans tous les contextes nationaux – notamment conditions d'exercice** (horaires et charge de travail, isolement, PDS, difficultés de remplacement...)
 - Facilitation des conditions d'exercice, projet motivant, possibilité d'intégrer un collectif, support (formation continue, remplacement...)
2. Ce que l'on voit aussi, c'est que **l'origine** des médecins compte beaucoup : par exemple un résultat constant est que **l'origine rurale** du médecin est le meilleur prédicteur de l'installation en zone rurale
 - Levier = diversification des origines des étudiants en médecine
3. L'impact de la **formation** (est-ce que le fait de faire des stages ou internat en milieu rural influence la décision de s'y installer ?) est plus discuté – dépend sans doute du type d'expérience (durée des stages, place dans les études, qualité de l'immersion...) – certaines expériences positives
 - Action sur les contenus et modalités de formation (localisation des campus, enseignements, sponsors, lieux de stages..)
4. Si les **avantages financiers** importent, d'autres dimensions sont plus importantes encore
 - Les incitations financières peuvent être légitimes, mais ne sont pas suffisantes (conditions d'exercice, environnement du territoire, etc.)
5. Il faut recruter des professionnels, mais aussi **les maintenir dans la durée**
 - Importance du soutien aux professionnels en place

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ? Les différents registres d'intervention (1/2)

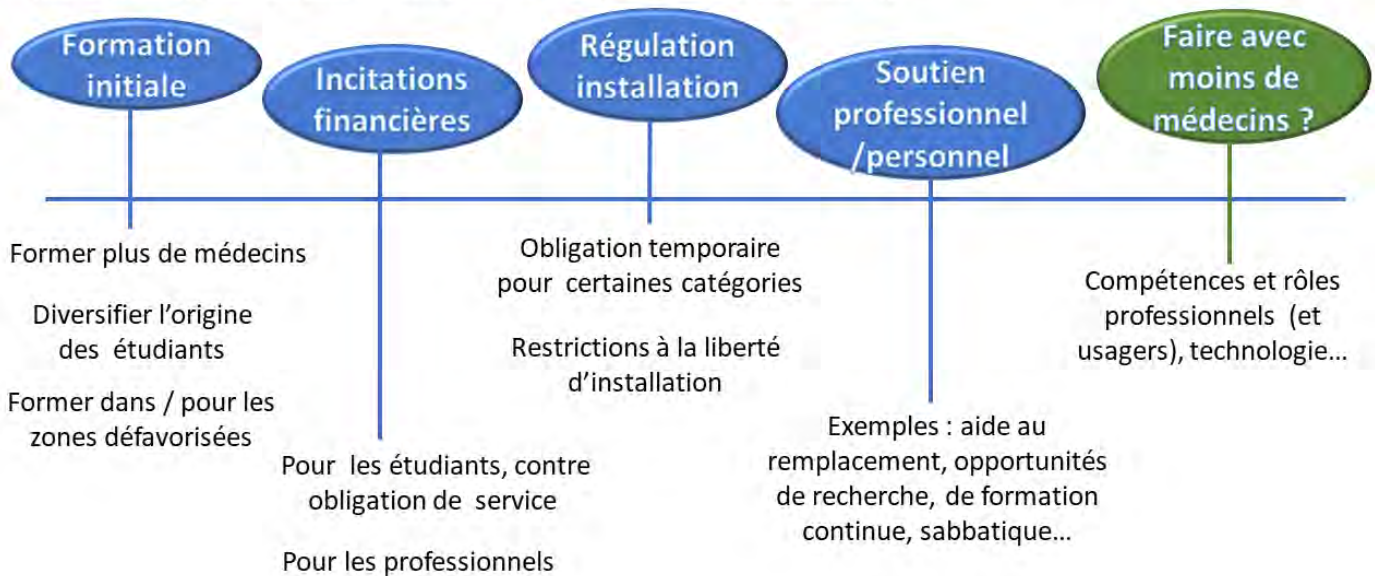
Une grande diversité de mesures mises en œuvre

Un exemple : catalogue des mesures en place dans les différentes provinces canadiennes en 2004.
(source : Fournier, 2004)

	C.-B.	Alberta	Sask.	Manitoba	Ontario	Québec	N.-B.	N.-É.	T.-N.-L.
A. MESURES DE RECRUTEMENT									
A1. Exposition pendant la formation									
Travail d'été d'étudiants		✓	✓		✓	✓			✓
Stage formation des étudiants	✓			✓	✓	✓			
Stage formation des résidents					✓	✓			
Mentorat		✓							
A2. Incitations financières pendant la formation									
Financement des précurseurs	✓								
Soutien tech. à la formation		✓							
Événement complet des résidents en MF en milieu rural									
T. année de résidence en MF			✓	✓					
Faculté de médecine					✓	✓			
A3. Marketing et initiatives de recrutement									
Foras de recrutement	✓								
Visites en région		✓			✓	✓			
Soutien fin. ou tech. aux régions et communautés	✓		✓	✓	✓	✓			
A4. Incitations financières à l'installation									
Primes d'installation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Remb. des frais d'installation									
Rémunération différentielle pour les zones rurales									
Niveau de revenu garanti									
Remb. des frais de logement									
A5. Résidence en spécialité pour les omnipraticiens									
Financement de la formation	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
A6. Recrutement de médecins étrangers									
Soutien tech. aux régions	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Préparation de recruteurs									
B. RÉTENTION									
B1. Soutien à la pratique									
Médecins remplaçants	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Éducation médicale continue	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Perfectionnement	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Soutien médical à distance									
Bibliothèque virtuelle									
B2. Soutien social et familial									
Soutien ind. et aux conjoints		✓							
B3. Incitations financières									
Prime de rétention	✓				✓	✓			✓
Exemption partielle de revenu	✓				✓	✓			✓
Garantie de revenu	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coût subsistances	✓								
Méprisant tarifaire					✓	✓			✓
Frais de sortie									
B4. Modes alternatifs de rémunération									
Salaires					✓	✓	✓	✓	✓
Vacation	✓				✓	✓			✓
Contrat forfait	✓				✓	✓			✓

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ? Les différents registres d'intervention (2/2)

Quatre grands registres d'interventions pour attirer et garder des médecins dans les zones mal pourvues
(World Health Organization, 2010 ; Wilson, et al., 2009 ; Ono, Schoenstein et Buchan, 2014).



Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

1. La formation initiale (1/3)

Augmentation du nombre de médecins formés	Accroît l'offre globale sans garantie d'une meilleure répartition sur le territoire Ce peut être néanmoins une condition nécessaire dès lors qu'il y a un manque global d'effectifs
Sélection des étudiants	<p>Les deux aspects sont souvent associés en pratique (+ aides financières)</p> <p>Exemples : programmes locaux ou stratégies nationales reposant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des lieux de formation spécifiques : Création de facultés rurales ou campus satellites, exemples Norvège, Canada, Australie [<i>cas particulier de l'Université de Jichi au Japon : institution dédiée + soutien financier aux étudiants avec engagement de service de 9 ans après la fin des études sur des postes fléchés</i>] - des quotas (ex 25 % d'étudiants d'origine rurale en Australie) et des procédures de sélection adaptées - des enseignements inscrits dans les territoires (conception des cursus, immersion par des stages, supervision) <p>Evidence croissante de résultats positifs (OMS 2021), mais stratégie de long terme</p>
Cursus de formation	

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

1. La formation initiale (2/3 - exemples)

<p>Physician Shortage Area Programme (PSAP) du Jefferson Medical College (Pennsylvanie, États-Unis)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objectif : sélectionner et former des médecins qui exerceront en zone rurale ✓ Résultats sur le recrutement (8 fois plus de chances de s'installer en zone rurale) et sur la réretention (après 11 à 16 ans, 68 % <i>versus</i> 46 %) 	<p>Australie</p> <p>Formation = clé de voûte de la stratégie mise en place à la fin des années 90 pour accroître l'offre de professionnels de santé en zone rurale</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objectifs pour les facultés de médecine : 25 % d'étudiants d'origine rurale, financements liés à ces objectifs ✓ Mise en place de cursus spécifiques, en déplaçant une partie de la formation clinique des hôpitaux universitaires vers des hôpitaux de proximité et des centres ruraux (<i>rural clinical schools</i>) ✓ Ecoles de médecine créées en milieu rural (James Cook University en 2000). ✓ Resserrement des écarts entre les métropoles et les zones très éloignées entre 2013 et 2018
<p>⚠ la responsabilité sociale des universités et les tensions avec d'autres objectifs (excellence scientifique)</p>	

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

1. La formation initiale (3/3 - exemples)



Programme de formation médicale à Saguenay (PFMS)

L'Université de Sherbrooke (**UdeS**) en collaboration avec l'Université du Québec à Chicoutimi (**UQAC**) vous offre depuis 2006, le « Programme de formation médicale » à Saguenay.

À chaque année, le programme accueille **32** nouveaux étudiants. Ce programme délocalisé est une réponse à la responsabilité sociale consistant à former davantage de médecins intéressés et mieux habilités à pratiquer hors des grands centres urbains.

La délocalisation de la formation médicale a été réalisée dans un contexte où il fallait augmenter les admissions en médecine et favoriser une meilleure répartition des médecins, tant sur les territoires géographiques qu'entre les disciplines, tout en gardant le souci de mieux répondre aux besoins des populations.

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

2. Les incitations financières (1/3)

Soutien financier **aux étudiants** en contrepartie d'engagements

- ✓ Dispositifs mis en place aux Etats-Unis, au Canada dans plusieurs provinces, en Australie
- ✓ Revue des études d'impact → permet en général d'accroître l'offre à court terme, avec des résultats discutables à plus long terme (ils restent moins longtemps que leurs confrères installés sans incitation financière mais ont plus de chances de continuer à exercer dans une zone sous-médicalisée – effet de sélection ?)
- ✓ Dépend aussi de l'expérience dans ces postes (qualité de l'accompagnement)
- ✓ et du caractère plus ou moins contraignant du dispositif

Un exemple peu probant en Australie : financement de places dans les facultés de médecins contre engagement de servir plusieurs années en zone rurale

Australia struggles to get medical students to work in regions

Less than 5 per cent of medical students on indentureship deal have fulfilled obligations to work outside cities

May 8, 2022

Fewer than 600 of more than 13,500 participants in the schemes, which stretch back to 2001, have so far fulfilled their "return-of-service" obligations.

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

2. Les incitations financières (2/3)

Soutien financier aux étudiants en contrepartie d'engagements	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dispositifs mis en place aux Etats-Unis, au Canada dans plusieurs provinces, en Australie ✓ Revue des études d'impact → permet en général d'accroître l'offre à court terme, avec des résultats discutables à plus long terme (ils restent moins longtemps que leurs confrères installés sans incitation financière mais ont plus de chances de continuer à exercer dans une zone sous-médicalisée – effet de sélection ?) ✓ Dépend aussi de l'expérience dans ces postes (qualité de l'accompagnement) ✓ et du caractère plus ou moins contraignant du dispositif
Incitations financières pour les médecins en exercice	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Un des leviers les plus utilisés, souvent le premier mis en place ✓ Modalités diverses : majorations de revenus (y compris en fonction de la durée), garanties de revenu, primes d'installation, prise en charge des frais de déménagement... ✓ Peu d'évaluations publiées (exemple français de l'avenant 20 à la convention de 2005), mais constat global décevant dans les pays qui ont une expérience ancienne, corroboré par les études d'économie expérimentale <p>En résumé :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Mieux rémunérer peut être légitime, mais en tant qu'intervention isolée, non suffisant pour attirer et/ou retenir les médecins dans des zones sous-médicalisées → Impact par rapport à des mesures de soutien à l'exercice ?

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

2. Les incitations financières (3/3 - exemples)

Exemples de dispositifs d'incitation financière

- ✓ **Québec** : 1982 : tarifs différenciés par zone géographique, avec majoration de 15 % en région éloignée pour les jeunes et une réduction de 30 % dans les régions universitaires
- ✓ Dans d'autres provinces canadiennes, financement additionnel avec une part fixe et une part à l'acte (ex **Colombie britannique**)
- ✓ **Allemagne** : primes d'installation allant de 15 000 à 60 000 euros dans les Länder allemands en 2014, selon l'OCDE ; au **Canada**, en 2004, 10 000 à 40 000 dollars canadiens selon les provinces
- ✓ **Danemark, Norvège, certaines provinces canadiennes** : garantie de revenu dans les zones très peu peuplées ou proposition de salariat
- ✓ **Australie** : primes pour le maintien en exercice venues compléter les primes d'installation ; échelonnement des paiements en **Ontario**

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

3. La régulation de l'installation (1/3)

Obligation de service temporaire pour certaines catégories	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L'obligation temporaire d'exercice en zone sous-médicalisée pour certaines catégories de médecins : ex médecins diplômés à l'étranger (ex Australie : 10 ans, provinces canadiennes, US) ou avant une spécialisation ✓ Solution de court terme, mais qui peut être contre-productive à long terme
Régulation générale (restrictions à la liberté d'installation)	<p>L'encadrement de la liberté de choix du lieu d'exercice :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ existe pour certains secteurs dans la plupart des pays (hôpital public) ✓ existe aussi pour la médecine de ville dans un nombre plus réduit de pays <ul style="list-style-type: none"> ▪ de manière ancienne, ex pays nordiques : Danemark, Norvège = contrat avec l'autorité locale (région ou municipalité), Finlande = postes salariés ▪ ou plus récente : ex Québec, Allemagne ▪ et parfois pour une partie des médecins seulement (Autriche) ou avec un recul de la régulation (Royaume-Uni) <p>Evaluation difficile (peu de littérature publiée et de données objectives robustes)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ En première analyse : sans doute moins d'inégalités de répartition, mais les difficultés à couvrir les besoins dans les zones les moins attractives demeurent ✓ Lien avec la situation des effectifs au plan national

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

3. La régulation de l'installation (2/3 - exemples)

Norvège : régulation de l'installation, mais souffre d'un déficit de médecins ancien et récurrent dans les comtés du Nord

→ mesures spécifiques pour attirer des médecins dans ces zones, en jouant sur plusieurs leviers :

- ✓ l'implantation d'une université en milieu rural, au nord de la Norvège
- ✓ une répartition des internes par un système de tirage au sort (abandonné ensuite)
- ✓ une politique proactive de support aux internes dans les zones éloignées

Problème : crise de recrutement permanente en médecine générale

Allemagne

- ✓ Début des années 1990 : découpage du territoire fédéral en 395 circonscriptions, densités cibles définies par type de territoire pour 14 groupes de spécialités, dont la médecine générale (correspondant à la situation au 31 décembre 1990 dans les anciens Länder de l'Allemagne de l'Ouest)
- ✓ Installation possible si le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du ratio – 2008 = saturation pour les spécialistes dans la plupart des circonscriptions, possibilité pour la médecine générale dans 2/3)
- ✓ Assouplissement en 2013 (réouverture de zones dans le Sud et l'Ouest)
- ✓ Impact difficile à analyser (peu de publications dans les bases bibliographiques) – serait à approfondir par une étude spécifique

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

3. La régulation de l'installation (3/3 - exemples)

Québec :

- Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour les médecins hospitaliers puis en 1998 pour la médecine générale
 - Accord avec la Fédération des médecins du Québec (FMOQ) : tout médecin voulant changer de région devait obtenir un avis de conformité ne pouvant être délivré que si la cible du PREM n'était pas atteinte.
 - Installation sans accord → rémunération amputée de 30 % et autres restrictions
 - La contrainte est allégée ou supprimée pour les médecins qui ont exercé pendant un certain nombre d'années dans une région éloignée (3 ans / 20 ans)
- Evolution positive des indicateurs (effectifs cibles atteints dans les régions éloignées)
 Mais la régulation est un élément d'une politique globale avec notamment une décentralisation des lieux de formation + croissance des effectifs formés

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

4. Les mesures de soutien

Soutien professionnel	<p>Mesures de soutien déployées en Australie, dans les provinces canadiennes, dans certains pays européens (Mason 2013, Fournier 2004, Barriball, 2015), telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ organisation et financement de remplacements pour permettre aux praticiens de s'absenter ; ✓ facilités pour la formation, le développement professionnel continu et l'acquisition de compétences nouvelles (compensation de la perte de revenu, prise en charge de frais de transport) ; ✓ aménagement des conditions de travail pour les médecins seniors, par exemple avec une réduction ou une suppression des gardes et astreintes (aussi : programmes de coaching, constitution de groupes / réseaux pour éviter l'isolement, tutoring...) <p>Peu d'évaluations de l'impact de ces mesures, qui sont d'ailleurs en général un élément d'une stratégie d'ensemble incluant d'autres dimensions (incitations financières, formation...) – Mais l'importance de ce type d'intervention est de plus en plus reconnue</p>
Soutien personnel	Idem importance reconnue mais peu d'évaluations

Quelles politiques mises en œuvre et quel impact ?

5. Faire avec moins de médecins ?

Aspect non traité spécifiquement dans la revue de littérature

Cependant l'expérience d'autres pays montre que pour assurer les services à la population, le nombre de médecins nécessaire varie en fonction **des organisations, des rôles professionnels et des partages d'activités / de compétences**. Notamment, dans un certain nombre de pays, le travail collaboratif entre médecins et infirmier.e.s permet à un médecin de suivre une file active plus importante

« En France, un médecin généraliste aurait à suivre, si toute la population était inscrite auprès de l'un d'entre eux, une patientèle de 1 300 personnes en moyenne¹. C'est sensiblement moins que ce que l'on peut observer dans d'autres pays où pourtant, les soins primaires jouent un rôle pivot très important, comme le Danemark (1 600 patients en moyenne), l'Angleterre (plus de 2 000) ou les Pays-Bas (2 200 patients) ».

Rapport HCAAM sur les soins de proximité, 2022

+ enjeu **d'usage du système de soins par la population** (lisibilité de l'offre, communication sur le mode d'emploi).

¹ Plutôt 1 400 à 1 500 aujourd'hui

Quelques réflexions conclusives

- ✓ Pas de recette miracle
- ✓ Inégalités de répartition ≠ pénuries localisées (rééquilibrer entre grandes zones ne suffit pas, nécessité de politiques proactives spécifiques à une échelle plus fine)
- ✓ Rôle de la démographie médicale globale (niveau d'offre globalement adéquat nécessaire)
- ✓ Évolution vers des stratégies globales (efficacité limitée de mesures isolées – cette importance d'une stratégie globale, combinant différents leviers, est soulignée par tous les rapports internationaux)
- ✓ Registres d'action pour attirer / retenir des médecins dans les zones mal desservies :
 - Incitations financières : ne suffisent pas prises isolément, doivent être conçues comme un élément d'un package global et il est essentiel de traiter conjointement les autres aspects des conditions de travail (horaires, isolement, permanence des soins, congés, formation...)
 - Formation (recrutement + modalités de formation) : levier structurel, de long terme, semble montrer des résultats là où il a été mis en œuvre – rôle des universités
 - Régulation : analyse à approfondir sur l'impact réel et les conditions de réussite des politiques menées dans quelques pays – ne résout pas ipso facto la problématique des pénuries localisées, et ne dispense pas de fournir des conditions de vie et de travail satisfaisantes
 - Soutien : mesures les moins documentées et évaluées mais l'expérience internationale souligne partout leur importance
- ✓ Organisation et rôles professionnels : un aspect majeur

Liens vers les documents DREES et HCAAM



LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 89 • décembre 2021

Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela (DREES)

En collaboration avec Quentin Laffeter et Christelle Millien

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>



Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_hcaam_organisation_soins_proximite.pdf

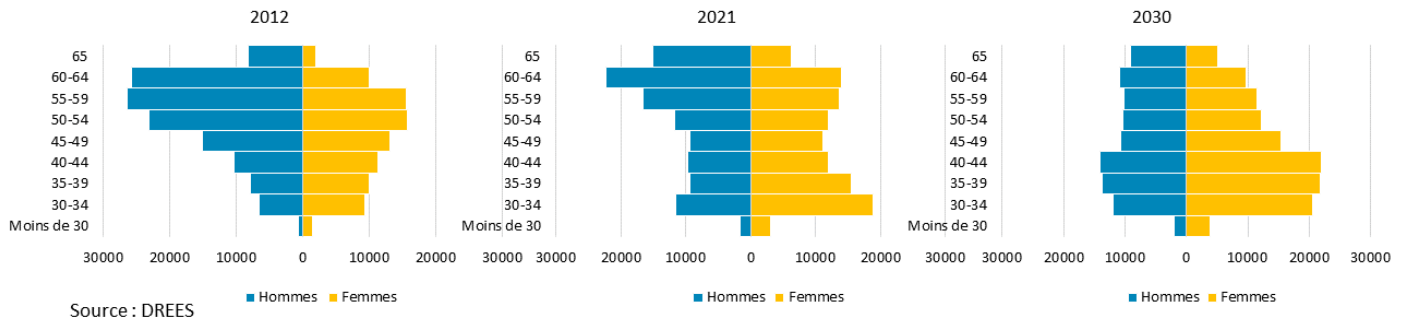
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcaam_organisation_soins_proximite_v270123.pdf

Back-up

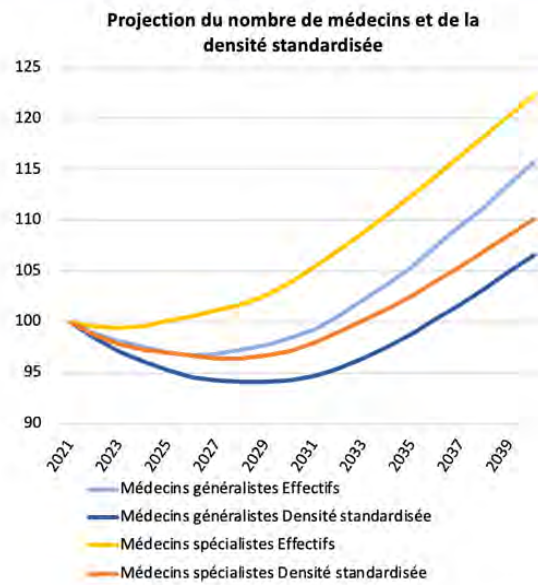


Back-up

Pyramides des âges des médecins en 2012 et en 2021, projection en 2030



Back-up



SOURCE CNSA.

Prix par jour (en €) en hébergement permanent - Chambre seule ASH - 2019

Departement	Statut juridique	Nombre d'EHPAD	Premier decile (D1)	Premier quartile (Q1)	Médiane	Troisième quartile (Q3)	Neuvième decile (D9)	Rapport inter-decile
ARIEGE	1-Public	20	57,88 €	59,65 €	61,08 €	62,85 €	65,26 €	1,13
ARIEGE	2-Privé non lucratif	6	58,26 €	59,89 €	64,70 €	66,45 €	68,65 €	1,18
ARIEGE	3-Privé commercial	2	55,40 €	55,40 €	59,50 €	63,59 €	63,59 €	1,15
ARIEGE	Tous statuts	28	57,50 €	59,83 €	61,54 €	63,47 €	66,45 €	1,16
AVEYRON	1-Public	26	44,12 €	46,03 €	49,23 €	51,67 €	54,37 €	1,23
AVEYRON	2-Privé non lucratif	21	47,97 €	48,71 €	52,84 €	55,51 €	57,80 €	1,20
AVEYRON	3-Privé commercial							
AVEYRON	Tous statuts	47	45,54 €	47,97 €	50,04 €	53,22 €	56,70 €	1,22
GERS	1-Public	19	48,65 €	54,04 €	56,46 €	59,17 €	62,86 €	1,29
GERS	2-Privé non lucratif	7	40,27 €	55,80 €	56,86 €	57,65 €	60,18 €	1,49
GERS	3-Privé commercial	6	56,10 €	56,16 €	62,44 €	69,00 €	73,91 €	1,32
GERS	Tous statuts	32	52,99 €	55,61 €	58,37 €	59,91 €	62,86 €	1,19
HAUTE GARONNE	1-Public	37	55,69 €	57,26 €	60,34 €	63,04 €	66,03 €	1,19
HAUTE GARONNE	2-Privé non lucratif	19	60,25 €	60,25 €	63,42 €	65,60 €	68,94 €	1,14
HAUTE GARONNE	3-Privé commercial	26	59,65 €	60,25 €	60,25 €	60,25 €	72,38 €	1,21
HAUTE GARONNE	Tous statuts	82	58,56 €	59,72 €	60,25 €	63,42 €	69,22 €	1,21
HAUTES PYRENEES	1-Public	12	53,58 €	56,44 €	59,13 €	60,20 €	62,65 €	1,17
HAUTES PYRENEES	2-Privé non lucratif	15	55,55 €	56,79 €	58,63 €	63,20 €	65,89 €	1,19
HAUTES PYRENEES	3-Privé commercial	1	48,90 €	48,90 €	48,90 €	48,90 €	48,90 €	1,00
HAUTES PYRENEES	Tous statuts	28	53,28 €	56,44 €	58,70 €	60,51 €	64,18 €	1,28
LOT	1-Public	29	52,31 €	54,65 €	57,90 €	60,39 €	62,98 €	1,20
LOT	2-Privé non lucratif	5	49,81 €	54,93 €	59,62 €	62,76 €	67,00 €	1,35
LOT	3-Privé commercial	0						
LOT	Tous statuts	34	52,31 €	54,65 €	58,06 €	60,90 €	62,98 €	1,20
TARN	1-Public	22	47,40 €	52,66 €	54,85 €	56,50 €	56,95 €	1,20
TARN	2-Privé non lucratif	22	53,10 €	54,85 €	60,25 €	61,60 €	64,00 €	1,21
TARN	3-Privé commercial	2	55,22 €	55,22 €	55,40 €	55,57 €	55,57 €	1,01
TARN	Tous statuts	46	51,54 €	53,74 €	56,02 €	57,22 €	57,22 €	1,11
TARN ET GARONNE	1-Public	23	53,98 €	55,24 €	58,23 €	59,60 €	60,54 €	1,12
TARN ET GARONNE	2-Privé non lucratif	10	54,64 €	56,40 €	58,80 €	59,24 €	66,10 €	1,21
TARN ET GARONNE	3-Privé commercial	0						
TARN ET GARONNE	Tous statuts	33	54,54 €	55,24 €	58,23 €	59,24 €	63,54 €	1,17



DEPARTEMENT DE L'AVEYRON

Extrait du Registre des Arrêtés du Département

Arrêté N° 12 - 490 du 19 JUIL 2012

OBJET : Tarification aide sociale 2012 de l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes "Les Clarines" de RODEZ

LE PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL

- Vu le Code de l'Action Sociale et des Familles ;
- Vu le Code général des collectivités territoriales ;
- Vu l'arrêté n°10-502 du 27 septembre 2010 portant habilitation partielle (9 lits) à l'aide sociale de l'EHPAD "Les Clarines" de Rodez ;
- Vu l'arrêté ministériel du 4 janvier 2012 relatif aux prix des prestations d'hébergement de certains établissements accueillant des personnes âgées ;
- Vu la convention d'aide sociale conclue entre le Département et l'Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes "Les Clarines" de Rodez, le 30 novembre 2010 ;
- Vu l'avis du Directeur Général Adjoint du Pôle des Solidarités Départementales ;
- Sur proposition** du Directeur Général des Services du Département ;

- A R R E T E -

Article 1° : Le tarif journalier "hébergement" (aide sociale) applicable à l'EHPAD "Les Clarines" de Rodez est fixé à :

56.35 € au 1^{er} Juillet 2012 (55,25 € en Année Pleine)

Article 2° : Tout recours contentieux contre le présent arrêté doit parvenir au Tribunal Interrégional de la Tarification Sanitaire et Sociale (T.I.T.S.S. - B.P. 952 - 33063 BORDEAUX CEDEX) dans le délai franc d'un mois à compter de sa publication ou de sa notification.

Article 3 : Le Directeur Général des Services du Département, le Directeur Général Adjoint du Pôle des Solidarités Départementales, le Directeur de l'établissement susvisé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Il sera publié au Bulletin Officiel du Département.

Fait à Rodez, le 19 JUIL 2012



Le Président,
Pour le Président du Conseil Général
et par délégation
Le Directeur Général
des Services du Département


Alain PORTELLI





COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MISSION « FLASH »

L'EHPAD DE DEMAIN : QUELS MODÈLES ?

La publication du livre de Victor Castanet, *Les Fossoyeurs*, a mis en lumière des dysfonctionnements majeurs dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe privé Orpea. Toutefois, les constats étaient connus. Le rapport de Mmes Iborra et Fiat avait notamment fait l'unanimité lors de sa présentation à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en 2018.

Le **modèle actuel** connaît en effet une **crise considérable** depuis plusieurs années. Les 6 500 EHPAD français, qui accueillent plus de 600 000 résidents, ne correspondent plus à la population qui y vit désormais. Les personnes y entrent en effet de plus en plus âgées et dépendantes. La situation ne va pas s'améliorer d'elle-même : 2,5 millions de personnes seront atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2050 et la génération du « baby-boom » atteindra 85 ans en 2030, début de « L'Alpe d'Huez » démographique. La **crise des EHPAD** s'illustre aussi par le fait qu'ils **n'attirent plus ni les résidents, ni les personnels, ni les familles**. Le choix de l'EHPAD est totalement **subi** et il y a donc **urgence** à réfléchir dès maintenant à **l'EHPAD de demain**.

La présente mission « flash » a donc pour objectif de faire le point sur les propositions et de les hiérarchiser. Des actions doivent être immédiatement entreprises, mais il importe également de définir les grands axes qui devront structurer les modèles de l'EHPAD de demain. Avant tout, les rapporteuses veulent souligner la nécessité de ne pas appréhender l'EHPAD de manière isolée, mais en **complémentarité avec les autres acteurs** du grand âge et du soin, qu'il importe de renforcer dans leur ensemble (hôpital, médecine de ville, unité de soins de longue durée). Il est également important de ne pas dessiner un modèle unique d'EHPAD : il faut une certaine souplesse afin de **s'adapter aux réalités des territoires**.

Les rapporteuses ont procédé à une dizaine d'auditions d'organisations syndicales représentatives, de directeurs d'EHPAD et d'associations engagées sur la question. Elles ont rencontré l'Association des départements de France (ADF) et entendu des acteurs institutionnels, à l'instar des agences régionales de santé (ARS), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). En complément, elles se sont appuyées sur une dizaine de contributions écrites précises et riches, qui ont utilement contribué à leurs réflexions.



Véronique Hammerer
Députée de Gironde
(La République en
Marche)



Caroline Fiat
Députée de
Meurthe-et-Moselle
(La France insoumise)



Isabelle Valentin
Députée de Haute-Loire
(Les Républicains)

MARS 2022

I. À COURT TERME : PLUS DE PERSONNELS, DE FINANCEMENTS, DE CONTRÔLES ET DE TEMPS

A. Plus de personnels, mieux rémunérés et mieux valorisés

L'EHPAD de demain est d'abord celui où les résidents sont bien traités et peuvent bien vieillir. À l'heure actuelle, faute de ressources humaines suffisantes, les **personnels peuvent être maltraités à leur corps défendant**.

En 2018, le **taux d'encadrement médian** était de **63,4 ETP pour 100 résidents**¹, avec de fortes variations. Les aides-soignantes, les aides médico-psychologiques et les accompagnants éducatifs et sociaux représentent 41,5 % des personnels et les infirmiers 11 %.

Pour l'EHPAD de demain, un **ratio de personnels par résident** s'impose et doit concerner l'encadrement « au chevet » du résident, c'est-à-dire les aides-soignants et infirmiers. Cela existe en Allemagne, dans des cantons suisses et des États américains².

Cette recommandation a été faite à de nombreuses reprises, variant de 0,6 ETP « au chevet » soit 0,93 ETP par résident³ à 0,75⁴.

À titre d'illustration, l'EHPAD idéal n'est pas celui où chaque résident dispose de dix protections mais plutôt celui où le personnel a le temps d'accompagner chaque résident aux toilettes autant que nécessaire.

Proposition n° 1. Définir un ratio minimum obligatoire de personnels soignants « au chevet » par établissement.

Dans l'EHPAD de demain, après les avancées du Ségur de la santé, il faut

continuer à **revaloriser les métiers du soin** qui structurent les EHPAD, notamment les aides-soignants, dont le rôle doit être renforcé. Leur formation en IFAS⁵ doit devenir gratuite. Les formations au concept d'« **humanité** » (méthodologie Gineste-Marescotti) devraient également être généralisées. Il faut par ailleurs **recruter des personnels** qui manquent cruellement dans les EHPAD, tels que des **aides médico-psychologiques, des orthophonistes et des ergothérapeutes**. La complémentarité de ces professions est indispensable pour assurer la qualité du soin et de la vie des résidents. La **formation des directeurs d'EHPAD** doit aussi être élargie.

Proposition n° 2. Recruter plus d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et d'aides médico-psychologiques, élargir la formation des directeurs d'EHPAD et rendre gratuite la formation des aides-soignants.

B. Renforcer les financements et créer une politique de prévention

L'EHPAD de demain ne pourra émerger qu'après une réforme profonde des financements et de la gouvernance. Sur le plan quantitatif tout d'abord, des moyens supplémentaires doivent être octroyés à nos EHPAD, tant pour renforcer l'encadrement en personnel, moderniser nos équipements, que pour réduire le reste à charge des résidents. L'EHPAD de demain doit être un EHPAD **accessible** aux concitoyens qui ont les revenus les moins élevés. S'il faut se féliciter des crédits supplémentaires que la dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) consacre aux EHPAD, **un véritable**

¹ CNSA, « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 », mai 2020.

² Conseil d'analyse économique, « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », Les notes du CAE, n° 35, octobre 2016.

³ Rapport d'information de Mmes Fiat et Iborra sur les EHPAD, Assemblée nationale, 2018 (n° 769).

⁴ Dominique Libault, « Concertation : grand âge et autonomie », mars 2019.

⁵ Institut de formation d'aides-soignants

changement de modèle nécessiterait de mobiliser au moins 1 point de PIB supplémentaire⁶.

Le renforcement des financements doit permettre, notamment, de mettre en œuvre une véritable politique de prévention de la perte d'autonomie, dont nous manquons clairement aujourd'hui. Dans le cadre de la réforme de la tarification des EHPAD, que tous les acteurs appellent de leurs vœux, davantage de crédits devront être octroyés à la prévention, éventuellement à travers la création d'une dotation dédiée.

Proposition n° 3. Mobiliser 1 point de PIB supplémentaire pour le financement des EHPAD. Flécher une partie de ces financements vers la prévention.

C. Renforcer les contrôles

Les contrôles doivent permettre de protéger les résidents autant que les personnels, qui souffrent eux aussi des dysfonctionnements des EHPAD.

Il faut d'abord clarifier la finalité de ces contrôles. Les indicateurs sur la base desquels ils sont menés doivent évaluer avant tout le respect de la bienveillance et de la bientraitance, et non de normes sans lien avec la qualité de vie des résidents. Les actions de contrôle doivent être efficaces et suivies d'effets sans monopoliser le temps du personnel des EHPAD.

En ce qui concerne l'opérateur des contrôles, deux solutions sont possibles. La première consiste à confier à un interlocuteur public unique indépendant la responsabilité des contrôles. Cette mission d'évaluation externe pourrait revenir à la Cour des comptes. La seconde solution reposerait, comme aujourd'hui, sur des contrôles réalisés par les

départements et les agences régionales de santé (ARS). Elle viserait néanmoins à clarifier les compétences de ces deux autorités et à créer les conditions d'un dialogue fructueux et d'une mutualisation efficace, indispensables à l'avènement de contrôles utiles.

Dans tous les cas, ces derniers doivent être effectués par des institutions disposant de suffisamment de moyens humains formés, notamment, aux montages financiers complexes. Ces contrôles devraient également permettre la participation active de soignants (infirmiers et aides-soignants notamment).

Lorsqu'ils sont menés sur place, les contrôles doivent l'être de manière inopinée. Il n'est plus concevable que les contrôles sur place soient annoncés à l'avance. Des contrôles au niveau des groupes, et non des seuls établissements, sont également nécessaires.

Enfin, les résidents et les familles doivent pouvoir se sentir libres de prendre la parole, notamment dans les conseils de la vie sociale (CVS). Des associations agréées d'usagers pourraient également intégrer ces conseils. Ceux qui dénoncent les graves dysfonctionnements de certains EHPAD, notamment les représentants des familles, doivent être protégés en tant que lanceurs d'alerte.

Proposition n° 4. Clarifier la finalité et la responsabilité des contrôles. Mutualiser la gouvernance et les contrôles entre ARS et départements. Faire des contrôles inopinés la règle. Mieux protéger les représentants des familles lanceurs d'alerte.

II. À MOYEN ET LONG TERMES : CHANGER DE MODÈLE, CHANGER DE REGARD

Afin d'éviter que des scandales comme celui d'Orpea se reproduisent à l'avenir, une liste

⁶ Rapport d'information de Mmes Fiat et Iborra.

de critères minimaux que devront remplir les EHPAD de demain gagnerait à être établie, à la suite d'un débat public. Plus aucun EHPAD ne pourra sortir de terre s'il ne respecte pas l'ensemble de ces critères.

A. Faire de l'EHPAD un lieu de vie

L'EHPAD de demain est avant tout **un lieu de vie où l'on soigne et non un lieu de soins où l'on vit**. Des petites structures, à taille humaine, doivent être privilégiées, car elles favorisent l'accompagnement individualisé de chaque résident et l'exercice de sa pleine citoyenneté.

Ainsi, **la chambre du résident doit redevenir son domicile**, garant de son intimité, avec tous les droits qui y sont attachés. Chaque résident doit pouvoir choisir qui y entre, ce qui peut se matérialiser par l'installation d'une sonnette par exemple. Il doit pouvoir aménager ce lieu, suffisamment spacieux, pratique et confortable, selon son goût et ses besoins. Ce « **droit au beau** »⁷ et au pratique doit également être pris en compte dans l'aménagement de l'EHPAD : outre l'ergonomie, l'architecture doit intégrer une exigence d'esthétisme pragmatique, permettant au résident de se sentir « chez lui ». Dans cet objectif, il est indispensable d'associer des spécialistes de la santé et des ergothérapeutes à la conception architecturale des EHPAD. Le cahier des charges sur la qualité de vie des résidents, datant de 1999, doit être révisé pour intégrer ces exigences, qui s'imposeront ainsi à tout nouvel EHPAD.

Ce « droit au beau » s'accompagne d'un « **droit au bon** », notamment dans la conception des repas, véritables plaisirs du quotidien pour les résidents.

Ceux-ci doivent également avoir, par principe, le droit d'aller et venir librement, dans l'EHPAD comme en dehors.

L'emplacement de l'EHPAD et sa desserte par les réseaux de transport en commun doivent permettre un accès aux commerces et services. L'EHPAD doit être ouvert sur son territoire et accueillir des projets à destination de l'ensemble de la population. Certains EHPAD hébergent ainsi déjà des salles communales ou de spectacles, voire des tiers-lieux telle une microbrasserie.

Ces évolutions nécessitent une réelle révolution culturelle dans la manière d'appréhender le grand âge. Elles pourraient utilement s'incarner dans un **changement de nom des EHPAD**.

Proposition n° 5. Ne plus construire d'EHPAD qui ne soit pas un véritable lieu de vie, apprécié selon quatre critères : la taille, la situation géographique, le projet d'ouverture et l'architecture.

Renommer les EHPAD en « Maisons collectives pour seniors », comme le propose le rapport de Mmes Fiat et Iborra.

B. Un lieu dans lequel l'accès aux soins et à l'accompagnement est assuré

Dans l'EHPAD de demain, la question n'est pas tant celle d'une plus grande médicalisation que celle d'un meilleur accès aux soins et à l'accompagnement, lequel nécessite une plus grande ouverture des EHPAD sur l'extérieur. Au-delà de la terminologie – les termes d'EHPAD « plateforme » ou « hors les murs » sont désormais bien connus – des évolutions concrètes sont nécessaires. **L'EHPAD de demain doit d'abord permettre de renforcer les liens avec les acteurs de la santé sur son territoire**. Davantage de places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation doivent être prévues en EHPAD. L'EHPAD de demain devrait également avoir pour modèle les

⁷ Rapport d'information de Mmes Fiat et Iborra.

MARPA-écoles⁸, dans le but de favoriser un véritable « vivre ensemble ».

L'EHPAD de demain doit également assurer un continuum avec les autres acteurs du grand âge. Il ne doit plus être un pis-aller, un lieu « où l'on n'entre que pour mourir », une fois que le maintien à domicile n'est plus possible. Les allers-retours entre structures d'accueil doivent être facilités et l'EHPAD de demain doit offrir un vaste bouquet de services accessibles tant aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile (accueil de nuit, accès à des professionnels soignants, accès aux soins par télé-médecine, ateliers collectifs pour prévenir la perte d'autonomie et lutter contre l'isolement, soutien aux aidants, restauration, blanchisserie, etc.). Il faut aller plus loin que l'article 47 de la LFSS pour 2022, qui permet aux EHPAD de devenir des centres de ressources territoriaux, en obligeant chaque EHPAD à **signer des conventions avec les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social**, en prévoyant des financements suffisants, voire en réfléchissant à un nouveau système d'autorisation pour que les partenariats se concrétisent plus facilement sur le terrain.

Si l'EHPAD de demain doit garantir l'accès aux soins, il doit avant tout éviter toute « surmédicalisation » et **privilégier les approches thérapeutiques non médicamenteuses** lorsque cela est possible.

Proposition n° 6. Ne plus agréer d'EHPAD qui n'ait pas signé de convention avec les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social de son territoire et qui n'offre pas un bouquet de services

⁸ Maisons d'accueil et de résidence pour l'autonomie, promues par la Mutualité sociale agricole.

⁹ CNSA, « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 », mai 2020.

largement accessibles, tant aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile.

C. Quel statut pour l'EHPAD de demain ?

En 2018, la France comptait 1 727 EHPAD privés commerciaux (130 000 places), → ≈ 75
2 147 privés non lucratifs (164 000 places) → ≈ 76
et 2 609 publics (253 000 places). → ≈ 96

Le scandale Orpea a montré comment le modèle lucratif pouvait entraîner des dérives, par volonté d'optimisation économique. Il est d'ailleurs intéressant de noter⁹ que **les EHPAD publics affichent un taux d'encadrement¹⁰ significativement supérieur** à ceux constatés pour les autres statuts¹¹. Le secteur privé lucratif se singularise par un niveau médian bas¹².

Les entreprises privées à but lucratif n'ont pas les mêmes obligations en termes de rendu de comptes que les autres, en raison de la préservation du secret des affaires. Cela doit être revu pour aligner les obligations.

Proposition n° 7. Renforcer la transparence des règles de rendu des comptes pour les EHPAD privés à but lucratif.

Trois solutions alternatives de plus long terme ont été évoquées pour l'EHPAD de demain. La première consisterait à **interdire le statut des EHPAD privés à but lucratif**, ce qui pose la question de la transformation des établissements existant aujourd'hui sous ce statut et de la baisse de la capacité d'investissement dans les futurs EHPAD.

Une deuxième solution serait d'**imposer le statut de société à mission** aux groupes privés gérant des EHPAD. Sous réserve de

¹⁰ Rapport entre les effectifs de personnels en équivalent temps plein (ETP) et le nombre de places dans l'établissement.

¹¹ 72,1 ETP pour 100 places. → public

¹² 52,3 ETP pour 100 places. → privé lucratif

sa constitutionnalité, cette mesure, bien qu'elle ne constitue pas une solution miracle, permettrait une vérification par un organisme tiers indépendant de l'exécution des objectifs sociaux et environnementaux que la société se donne pour mission de poursuivre dans le cadre de son activité¹³.

Enfin, une troisième voie consisterait à **séparer la gestion immobilière**, qui pourrait être assurée par des acteurs privés, **de l'accompagnement du grand âge**, dont la responsabilité relèverait uniquement du secteur public ou privé non lucratif. Cette option pose néanmoins la question d'une possible spéculation immobilière.

Proposition n° 8. Réfléchir à la réforme du statut des EHPAD, avec trois voies : l'interdiction des EHPAD privés lucratifs, l'obligation de les transformer en sociétés à mission ou la séparation entre la gestion immobilière et les activités d'accompagnement du grand âge.

¹³ Articles L. 210-10 et R. 210-21 du code de commerce.

ANNEXE : PROPOSITIONS POUR L'EHPAD DE DEMAIN**À COURT TERME : PLUS DE PERSONNELS, PLUS DE FINANCEMENTS, PLUS DE CONTRÔLES, PLUS DE TEMPS**

- 1/ Définir un ratio minimum obligatoire de personnels soignants « au chevet » par établissement.
- 2/ Recruter plus d'orthophonistes, d'ergothérapeutes et d'aides médico-psychologiques, élargir la formation des directeurs d'EHPAD et rendre gratuite la formation des aides-soignants.
- 3/ Mobiliser 1 point de PIB supplémentaire pour le financement des EHPAD. Flécher une partie de ces financements vers la prévention.
- 4/ Clarifier la finalité et la responsabilité des contrôles. Créer une véritable mutualisation de la gouvernance et des contrôles entre ARS et départements. Faire des contrôles inopinés la règle. Mieux protéger les représentants des familles lanceurs d'alerte.

À MOYEN ET LONG TERMES : CHANGER DE MODÈLE, CHANGER DE REGARD

- 5/ Ne plus construire d'EHPAD qui ne soit pas un véritable lieu de vie, apprécié selon quatre critères : la taille, la situation géographique, le projet d'ouverture et l'architecture.
- 6/ Ne plus agréer d'EHPAD qui n'ait pas signé de convention avec les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social de son territoire et qui n'offre pas un bouquet de services largement accessibles, tant aux personnes âgées vivant en établissement qu'à celles demeurant à domicile.
- 7/ Renforcer la transparence des règles de rendu des comptes pour les EHPAD privés à but lucratif.
- 8/ Réfléchir à la réforme du statut des EHPAD, avec trois voies : l'interdiction des EHPAD privés lucratifs, l'obligation de les transformer en sociétés à mission ou la séparation entre la gestion immobilière (qui peut être assurée par un acteur privé) et les activités d'accompagnement du grand âge.



Économie

Le ministère des Solidarités promet la refonte prochaine de la tarification des Ehpad

Publié le 22/02/23 - 17h48

Sollicité par la Fehap et la FHF qui s'inquiètent de la situation financière de leurs Ehpad, le ministère les a conviées, le 15 février, à parler prospective. Si un travail sur le modèle de tarification est envisagé, les fédérations demandent des mesures concrètes et rapides pour permettre aux établissements de se financer malgré l'inflation.



Ce 15 février au ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, Fehap et FHF ont défendu la nécessité d'une action politique rapide afin de donner les moyens aux Ehpad publics et associatifs de fonctionner en pleine crise économique. (Agathe Moret/Hospimedia)

Information mise à jour : L'article a été complété avec la réaction de la Fehap.

Inflation, le mal de l'année ? Ce 15 février, la FHF et la Fehap échangeaient avenue Duquesne avec le cabinet du ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées, l'Assemblée des départements de France (ADF) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Au cœur des discussions : **l'envolée des prix des matières premières et leur impact sur le fonctionnement des établissements.**

Autour de la table, fédérations, collectivités et exécutif ont donc cherché à trouver les pistes pour "*maintenir une offre publique et associative de qualité sur le territoire, accessible y compris aux plus modestes*", comme le résumait le ministère et l'ADF dans un communiqué commun du 21 février. Entre les lignes, la réflexion portera donc notamment sur la question du **reste à charge des résidents.**

Le sujet était revenu sur le devant de la scène en novembre dernier, lors de l'examen du projet de loi de finances rectificative (PLFR) pour 2022 à l'Assemblée nationale. Gabriel Attal, ministre délégué à l'Action et aux Comptes publics, annonçait alors sa volonté de "déterminer la manière la plus efficace" d'accompagner les familles modestes ou en situation de précarité face au reste à charge de leur proche institutionnalisé en lançant une mission confiée à Christine Pirès-Beaune (lire notre [article](#)).

Des travaux sur la tarification des Ehpad

En lien avec la mission parlementaire, Fehap, FHF, ADF, CNSA et Gouvernement ont donc validé ce 15 février leur intention "d'engager ensemble dans les mois à venir des travaux sur le modèle de tarification actuel des Ehpad". Reste à en fixer le calendrier. Parmi les pistes mises en avant par la FHF : l'instauration d'une loi de programmation, la fusion des sections soins et dépendance, la modification du périmètre de la section hébergement, ou encore la mise en place de tarifs différenciés en fonction des revenus.

Positive, cette perspective, estime cependant Marc Bourquin, conseiller stratégique à la FHF, est loin de répondre à l'urgence de la situation. De fait, après une inflation de 6% pour une hausse des tarifs de +1% consentie par les départements en 2022, et des projections d'inflation de 4% à 5% en 2023 pour une taux départemental de +2,5%, les établissements subissent un sous-financement jamais vu. Alors que la FHF révélait dans une dernière étude l'augmentation fulgurante des déficits des Ehpad en 2022 (lire notre [article](#)), le responsable attend donc avant tout une position claire de l'exécutif pour que des mesures structurelles soient prises rapidement afin d'arrêter la source de l'hémorragie sur le terrain.

Même constat du côté de la Fehap. La fédération a elle aussi pris le pouls de ses adhérents afin de mesurer l'ampleur de la situation. D'après les retours d'une enquête lancée en janvier auprès de cent Ehpad, 92% des structures étaient en "mauvaise santé financière" et 77,5% étaient en déficit. "Le coût de l'inflation représente 375 millions d'euros (M€) pour les Ehpad habilités à l'aide sociale pour seulement 25 M€ de compensation en 2022. Nous constatons une hausse significative des déficits et une aggravation patente de la trésorerie des Ehpad", s'inquiète Charles Guépratte, le directeur général. De l'ordre de 31 000 € par établissement en 2019, le déficit moyen a atteint 62 000 € en 2021 pour culminer en 2022 à 256 000 €. Soit huit fois plus en l'espace de quatre ans. En cause : la baisse de nouvelles personnes accompagnées (20% des raisons mentionnées), les revalorisations salariales (20%) et l'inflation (15%). Parmi les répondants, 70% anticipent encore une dégradation en 2023 par rapport à 2022.

L'urgence au réhaussement des tarifs hébergement

Si l'exécutif se dit "particulièrement attentif aux établissements dont la situation financière se dégraderait et nécessiterait un soutien de l'ARS et du conseil départemental", la posture ne convainc pas. "Il nous faut une réponse systémique, car le problème est systémique", insiste Charles Guépratte. Tout mécanisme de soutien d'urgence au cas par cas, "c'est de la simple réanimation", complète Marc Bourquin. Dans ce contexte, les deux fédérations se rejoignent : "Le sujet de fond et de court terme, c'est l'augmentation des tarifs", résume Marc Bourquin.

Évoquant le sauvetage "à juste titre" d'Orpéa et l'augmentation de 5,14% du taux directeur consenti au secteur privé non habilité à l'aide sociale (lire nos articles [ici](#) et [là](#)), le représentant de la FHF appelle donc le ministère à faire désormais un effort pour le reste du secteur au risque de "préparer un paysage à moyen terme où le service public et associatif sera marginalisé". Comment ? FHF et Fehap plaident pour l'augmentation du tarif hébergement à même hauteur pour tous les Ehpad habilités à l'aide sociale. Une mesure qui devra être prise "au plus vite" via la proposition de loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France ou le projet de loi de finances pour 2024. Celle-ci nécessitera, aux yeux de la

FHF, un effet rétroactif au 1^{er} janvier 2023 *a minima*. Et la Fehap de souligner la nécessité, dans l'entre-deux, de la création d'un fonds d'urgence national.

Agathe Moret

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

Pas encore abonné à HOSPIMEDIA ?

Testez **gratuitement** notre journal en vous rendant sur
<http://www.hospimedia.fr>

Votre structure est abonnée ?

Rapprochez-vous de votre référent ou **contactez nous** au 03 20 32 99 99 ou
sur <http://www.hospimedia.fr/contact>

ASSEMBLEE POUR L'AVEYRON

Hôtel du Département, Rodez

le mercredi 1^{er} mars 2023 à 17h

Problématique d'accès à la santé des personnes en situation de handicap (PSH)

1^{ER} Mars 2023

L'Assemblée pour l'Aveyron, mène une réflexion sur le thème de « l'Accès aux services de santé en Aveyron » dans le but de produire un rapport de recommandations aux élus départementaux.

1 Présentation

Sophie Raymon : Directrice Générale de la Fondation OPTEO./Diplômée de l'EHESP , école des Hautes études en santé publique

La Fondation OPTEO, c'est anciennement l'ADAPEI de l'Aveyron et de Tarn et Garonne, l'association a été transformée en Fondation après avis du Conseil d'Etat en 2019.

- C'est une belle histoire aveyronnaise au service de l'intérêt général et de la population en situation de handicap.
- C'est le docteur Salles qui en 1963 a créé et développé l'association
- Aujourd'hui, cet organisme à but non lucratif d'utilité publique compte 2600 personnes accompagnées, et quelques 1200 salariés
- Le siège social est à St Mayme à Onet le Château, le pouvoir de décision demeure aveyronnais.
- Un modèle de gouvernance
 - o ARS « commissaire du gouvernement »/ DG ARS
 - o Une œuvre tournée vers l'intérêt général et l'utilité publique

Les missions de la Fondation :

Buts de la Fondation

- Prodiger un accompagnement adapté et favoriser l'épanouissement, le bien-être, l'accès au droit commun, ainsi que l'inclusion dans la société des personnes en situation de handicap, de fragilité sociale, ou de dépendance.
- Favoriser la recherche et le développement sur les modes d'accompagnement,
- Défendre les intérêts moraux, matériels et financiers de ces personnes
- Développer sur le territoire une expertise reconnue
- Initier toute nouvelle forme d'accompagnement favorisant l'émancipation des personnes en situation de handicap et/ou de fragilité et/ou de dépendance
- Apporter une aide aux familles et aux aidants

2/ Les constats:

Zoom sur la problématique d'accès à la santé et de vieillissement des PSH :

Le principe d'accessibilité universelle et d'égal accès au système de santé repose sur la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation sociale et la citoyenneté des PSH.

Le droit à un parcours de vie repose sur la même loi.

Comme dans toute la France, des problématiques pour les PSH d'accès à la santé et aux soins en général (cf constats)

+

La problématique de l'augmentation des besoins en soins des PSH qui vieillissent (comme la population générale)

- Les constats

Le rapport Jacob¹

Publié en 2013, le rapport de Pascal Jacob sur « [l'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées](#) » est sans appel : en France, près de trois millions de personnes handicapées* pourraient être mieux soignées. En cause, de nombreux obstacles, parfois difficiles à surmonter : accessibilité des lieux, difficultés de communication, place insuffisante des aidants, manque de coordination entre professionnels de santé, absence d'interlocuteur dédié... Loin d'une simple liste à la Prévert, ces freins entravent considérablement l'accès aux soins. Pire, des patients renoncent parfois à se soigner tant les difficultés s'accroissent.

« Les personnes handicapées ont plus de difficultés que les autres, notamment, et particulièrement pour accéder aux soins courants. Bien souvent, c'est à l'hôpital que ces soins doivent être réalisés, et parfois en urgence, avec toutes les difficultés que cela peut engendrer pour les personnes en situation de handicap, pour leur entourage et aussi pour le personnel soignant.

(...), les personnes **handicapées paraissent plus exposées que les autres, que le reste de la population, non seulement du fait de leur handicap, qui quelquefois les prédispose peut-être un peu plus et leur donne des risques un peu plus élevés, mais également du fait de la prise en charge souvent insuffisante et souvent inadéquate.**

De son côté, le rapport « [Zéro sans solution](#) » du conseiller d'État Denis Piveteau, rendu public en 2014, pointe « *le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches* ».

¹ « Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement » RAPPORT Établi par : Pascal JACOB Président de Handidactique -Avec la collaboration de Adrien JOUSSERANDOT en mission auprès de Madame Marie-Arlette CARLOTTI, Ministre déléguée chargée des Personnes handicapées et de la Lutte contre l'exclusion et de Madame Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé Avril 2013

Le Livre Blanc sur la santé des personnes en situation de Handicap (UNAPEI)

Des besoins en santé importants

Des pathologies multiples sont fréquentes chez les personnes handicapées mentales du fait du handicap, de son évolutivité et des pathologies associées. Ainsi, l'épilepsie est source de surhandicap (fréquence des crises, traitements, chutes). Les multiples thérapeutiques nécessaires sont génératrices d'effets secondaires. Les retards de prise en charge induits par les difficultés d'accès aux soins conduisent à l'aggravation des pathologies et à des thérapeutiques beaucoup plus lourdes. Le handicap génère des besoins spécifiques qui nécessitent une connaissance précise du type de handicap, des compétences multiples et parfois des techniques d'assistance complexes. Une prise en charge multidisciplinaire est ainsi indispensable. Les besoins de santé ordinaires nécessitent souvent une approche spécifique : soins dentaires (MEOPA, ...), évaluation de la douleur (échelles comportementales), appareillages....

Un vieillissement qui s'ajoute au handicap

L'espérance moyenne de vie des personnes en situation de handicap est estimée en 2009 globalement inférieure de 10 à 15 ans à celle de la population générale. Si l'espérance de vie des personnes handicapées mentales a globalement triplé et tend à rattraper celle de la population générale, elle est cependant inversement corrélée au niveau intellectuel.

Cette avancée en âge des personnes handicapées est à l'origine d'un besoin en soins de plus en plus important comme dans la population générale (cancer, démence, maladies cardiovasculaires, atteintes sensorielles, atteintes musculo-squelettiques) mais avec des conséquences plus sévères du fait des déficiences préexistantes et parfois un vieillissement prématuré.

La maladie d'Alzheimer semble ainsi apparaître plus tôt chez les personnes trisomiques.

De façon générale, cette précocité du vieillissement semble surtout liée à des maladies spécifiques, à l'épilepsie, aux traitements médicamenteux, à l'environnement social et très souvent aux difficultés d'accès aux soins et à la prévention (dents, yeux, audition...). En ce qui concerne les personnes ayant un handicap psychique, ce constat est encore plus sévère. Elles sont victimes d'une surmortalité en raison de pathologies associées, d'un taux de suicides plus élevé et de comportements à risques.

Des difficultés de communication

Les difficultés de communication majorées par les troubles cognitifs chez certaines personnes handicapées mentales gênent considérablement le repérage et l'analyse des symptômes présentés et leur chronologie. Cela conduit à des errements diagnostiques, à la multiplication d'examen paracliniques et à des traitements inappropriés porteurs d'effets secondaires indésirables. Le délai de prise en charge effective est ainsi prolongé.

Autre difficulté, la participation de la personne handicapée est difficile à recueillir. Pourtant l'adhésion (ou le refus) à un projet de soins doit être recherchée en vérifiant systématiquement qu'elle s'intègre dans une vision globale de la santé de la personne.

Pour les personnes polyhandicapées cette difficulté de communication est accrue. Si elles ressentent la douleur comme toute personne, elles ont plus que d'autres des difficultés à l'exprimer. Elles peuvent ainsi souffrir des semaines ou des mois avant que leurs douleurs ne soit reconnues et donc traitées. Cette douleur non exprimée et non comprise par l'entourage est source de troubles du comportement qu'il faut savoir analyser. Il en est de même de la personne porteuse de trisomie 21 chez qui la douleur a longtemps été niée car elle la ressent et l'exprime différemment.

Une coordination des parcours de santé très insuffisante

L'accès au diagnostic et à un accompagnement adapté est encore souvent très retardé et entraîne un risque de sur-handicap. Pour les personnes handicapées mentales, les situations de rupture de soins sont très fréquentes :

- passage de l'enfance à l'âge adulte,
- vieillissement,
- hospitalisation,
- changement de mode d'accompagnement,
- isolement social...

De plus, le médecin généraliste n'a le plus souvent pas le temps, la formation, les relais et la connaissance des différents interlocuteurs du territoire lui permettant d'assurer une coordination efficace.

Il est le plus souvent très isolé. Ce risque de fractionnement des soins entre les différents intervenants n'est pas négligeable. Il expose à la multiplication des traitements et à l'absence de prise en compte de certains aspects médicaux parfois élémentaires. **Une médicalisation en apparence importante peut ainsi masquer une prise en charge en fait incomplète.**

En Aveyron, Audit Clinique auprès de la population accompagnée dans les foyers de vie de la Fondation OPTEO

Cet audit mené par un medecin en santé publique du CREAI ORS, répond au besoin d'objectiver les besoins en santé des personnes accueillies.

=> analyse du profil des personnes accompagnées en foyer de vie afin de déterminer les besoins en matière de santé de celles-ci, « *notamment en matière de médecine générale, de gériatrie, de psychiatrie, de neurologie, d'ergothérapie, de soins infirmiers* ». Ce besoin s'inscrit dans un contexte d'avancée en âge de la population accueillie avec, en corolaire, le développement de pathologies et de limitation d'activités.

Au total :

- ✓ 299 personnes concernées par l'étude
- ✓ 3 refus (un résident et deux tuteurs familiaux)
- ✓ **Un recueil d'information pour 296 personnes :**
 - 275 en Aveyron, 43 à Villefranche-de-Rouergue, 83 à Pont-de-Salars, 59 à Auzits, 90 à St-Geniez-d'Olt

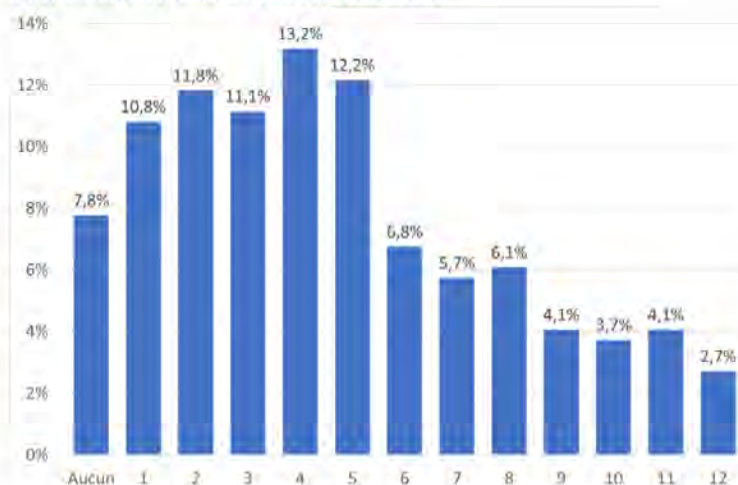
Anomalie à l'origine du handicap

Retard mental	108		36,6%
Anomalies chromosomiques	68		23,1%
Schizophrénies et psychoses non organiques	31		10,5%
Hypoxie néonatale et paralysie cérébrale	17		5,8%
Méningites et encéphalites	14		4,7%
Autres malformations congénitales	12		4,1%
Autisme	7		2,4%
Epilepsie	7		2,4%
Encéphalopathie non infectieuse	6		2,0%
Autres pathologies	25		8,5%

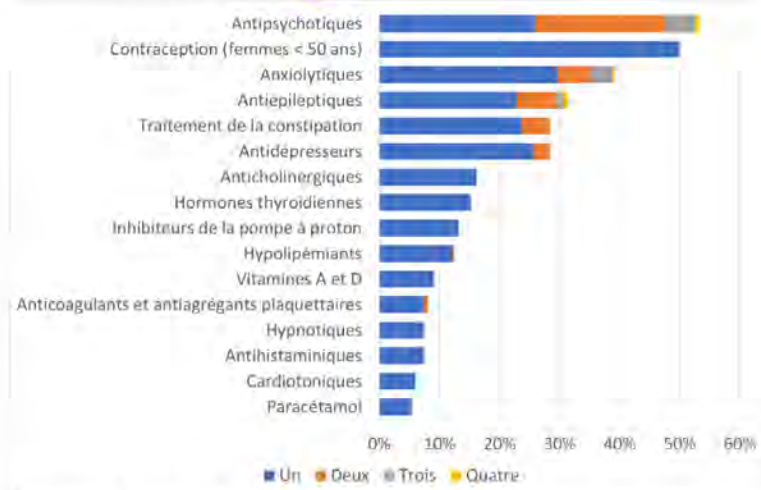
Pathologies associées

Maladies endocriniennes	97	32,8%
Troubles mentaux	94	31,8%
Maladies du système nerveux	87	29,4%
Maladies de l'appareil circulatoire	72	24,3%
Maladies du système ostéo-articulaire	46	15,5%
Symptômes et signes	34	11,5%
Maladies de l'œil	29	9,8%
Maladies de l'appareil respiratoire	22	7,4%
Maladies de l'oreille	20	6,8%
Maladies de l'appareil digestif	20	6,8%
Tumeurs et cancers	19	6,4%
Maladies de la peau	12	4,1%
Malformations congénitales et anomalies chromosomique:	11	3,7%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	10	3,4%
Maladies infectieuses	9	3,0%
Maladies du sang	5	1,7%
Maladies d'origine périnatale	2	0,7%
Traumatismes et accidents	2	0,7%

Traitements médicamenteux



- Moins d'une personne concernée sur dix n'a pas de traitement médicamenteux
- En moyenne, 5,0 traitements par personne ($\pm 3,1$) ; médiane : 4 [3 ; 7]
- Un nombre de traitements qui augmente avec l'âge :
 - 3,4 chez les moins de 35 ans - 4,8 chez les 35-54 ans - 6,1 chez les 55 ans et plus.



Les questions soulevées :

- le suivi médical
- la iatrogénie
- la coordination médicale
- l'accès aux soins spécialisés

3/ Les préconisations

3.1 Prendre en compte l'accès à la santé des PSH à l'hôpital

La HAS a publié un guide de bonnes pratiques afin d'aider les établissements de santé à répondre aux besoins spécifiques de ces patients .

La Fondation a contribué aux travaux de la HAS.

Face à ces constats, la HAS publie un guide sur « [L'accueil, l'accompagnement et l'organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap](#) ». Objectif ? Optimiser l'organisation des soins et améliorer les pratiques professionnelles. Pour y parvenir, le guide recense les actions à entreprendre, les procédures à mettre en place et les ressources à mobiliser tout au long de la prise en charge. **Identifier une ou plusieurs personnes ressources** Dans ce guide, la HAS préconise l'identification d'une ou plusieurs personne(s) ressource(s), ayant une compétence spécifique relative au handicap et qualifiée(s) de « référent handicap ou d'équipe mobile ». Il s'agit d'une fonction qui peut être mutualisée au sein du territoire et qui intervient en appui des professionnels de santé.

Dans les Bouches-du-Rhône, le dispositif « [Handi santé 13](#) » fait figure de précurseur. Depuis trois ans, des référents handicap sont présents dans les centres hospitaliers de la Timone et de la Conception (AP-HM), de Salon-de-Provence, Aix-en-Provence et Martigues. « *Le patient handicapé nécessite une prise en charge différente, adaptée et spécialisée, qui intègre la place des aidants dans les soins* », insiste Isabelle Monnier, infirmière, référente handicap depuis 2015 à l'AP-HM.

Faciliter le parcours du patient tout au long de la prise en charge

Pour être efficace, le référent handicap doit être clairement identifié(...)

3.2 Prendre en compte l'accès à la santé des PSH dans le cadre de la médecine de ville ; et des paramédicaux

Intégrer dans les projets de CPTS la dimension « handicap »

Prioriser l'accès à la santé des personnes avec le plus d'ISS (inégalités sociales de santé)

Garantir l'accès à un médecin référent

3.3 Prendre en compte le vieillissement des PSH

⇨ Dans le cadre du Projet régional de santé

Retenu dans le cadre des orientations du PRS territorial

⇨ Dans le cadre des travaux sur la société du bien vieillir

3.4 La Charte Romain Jacob

<https://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>

12 recommandations pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap

La charte Romain Jacob impose aujourd'hui un accès au droit commun, notamment par rapport à :

- L'accès aux soins ;
- L'accessibilité ;
- Le droit au répit ;
- L'accès à l'emploi ;
- L'aide aux aidants ;
- L'inconditionnalité de l'accompagnement au quotidien

7

La Charte Romain Jacob est née de la volonté des personnes vivant avec un handicap d'améliorer leur accès aux soins.

Elle a été rédigée en 2014, suite à plusieurs séries de réunions impliquant des personnes vivant avec un handicap, des soignants et des représentants de l'administration, sous l'égide de l'association Handidactique. À travers 12 grands principes, elle s'impose comme le véritable guide éthique de l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap.

La Charte Romain Jacob a été réalisée PAR ET POUR les personnes vivant avec un handicap et trouve sa légitimité grâce aux 7 000 signataires, du Président de la République à toutes les organisations du soins et de l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap.

3.5 Les consultations dédiées

Les dispositifs de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap permettent l'accès à des consultations médicales générales ou spécialisées au sein d'un établissement de santé ou d'une maison de santé, avec un accompagnement spécifique adapté.

Ils s'adressent aux enfants et/ou adultes (selon les dispositifs) à domicile ou en établissement médico-social, pour lesquels le recours aux soins dans les conditions habituelles n'est pas réalisable, en raison de la situation de handicap.

3.6 Les consultations blanches

Préconisées pour préparer des personnes handicapées à un examen médical, les consultations blanches peuvent être remboursées par l'Assurance maladie depuis le 1er avril 2022.

Témoignage : Handiconsult, « le premier jour, les patients découvrent les lieux ; le deuxième, ils se dirigent spontanément vers la bonne pièce et, le troisième, ils s'assoient sur le fauteuil, face au médecin », décrit Séverine Liataud, infirmière coordinatrice. Une approche progressive, qui, selon elle, « ne doit pas être considérée comme un échec mais comme une étape ». Elle précise que « la relation humaine est aussi importante que l'acte technique ». Dans ce centre de soins adaptés, on a le « luxe » de pouvoir prendre son temps puisque l'ensemble des prestations est pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Selon l'avenant 9 à la convention médicale (article en lien ci-dessous), elles peuvent désormais être prises en charge à hauteur de 25 euros, comme pour une consultation classique.

3.7 La prévention

Accessibiliser la prévention :

- Une adaptation des campagnes de prévention en FALC
- Un parcours dédié

Pour la Fondation OPTEO
La Directrice Générale
Sophie RAYMON

8

Annexe :

- Audit Clinique auprès de la population accompagnée dans les foyers de vie de la fondation OPTEO



www.apf-francehandicap.org

Délégation de l'Aveyron

FAM Marie Gouyen



« Je souhaite que ceux qui viennent et viendront à l'association trouvent toujours auprès d'elle cette 'autre chose' qui est l'essentiel. »

André Trannoy, fondateur



APF France handicap en quelques chiffres

- **1 siège national, 12 directions régionales, 96 délégations présentes sur 46 territoires**
- **Des conseils APF de département et de région**
- **449 structures** pour enfants, adolescents et adultes
- **51 structures emploi** dont 25 entreprises adaptées et 26 établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- ✓ **180 000 donateurs**
- ✓ **18 000 adhérents**
- ✓ **35 000 usagers**
- ✓ **12 500 bénévoles**
- ✓ **174 jeunes en service civique**
- ✓ **14 743 salariés**
- 68 séjours de vacances **APF Évasion**
- 605 sessions de formation réalisées par **APF Formation**

3



Qui sommes-nous?

- APF France handicap fête cette année ses **90 ans**,
- Association nationale **reconnue d'utilité publique** qui rassemble aujourd'hui près de 100 000 acteurs (adhérents, élus, salariés, bénévoles, volontaires...).
- Association de **défense et de représentation** des personnes en situation de handicap et de leurs proches.
- APF France handicap porte des **valeurs humanistes, militantes et sociales** et un projet d'intérêt général, celui d'une **société inclusive et solidaire** pour l'égalité des droits, la citoyenneté, la participation sociale et le libre choix du mode de vie.
- APF France handicap affirme, dans sa charte, **son indépendance de tout parti politique et de toute religion** et la primauté de la personne.



Extrait de notre Charte

« L'être humain ne peut être réduit à son handicap ou sa maladie quels qu'ils soient. En tant que citoyenne, la personne handicapée exerce ses responsabilités dans la société : elle a le choix et la maîtrise de son existence. »

5



Nos composantes

APF France handicap se compose de délégations départementales, d'établissements et services médicaux sociaux et d'entreprises adaptées qui agissent en faveur de l'inclusion dans tous les domaines de la vie.





Le projet associatif 2018-2023 "Pouvoir d'agir, pouvoir choisir"

Ce projet associatif vise à mobiliser tous les acteurs d'APF France handicap autour de cinq axes stratégiques :

- Rendre les droits effectifs
- Être acteur d'une société inclusive et solidaire
- S'engager pour l'autonomie et l'autodétermination des personnes
- Construire ensemble pour être plus forts
- Renforcer notre dynamique participative

Projet associatif adopté au Congrès de Montpellier (2018)

7



Une délégation départementale

- **Une délégation basée à Onet le Château**, 212 adhérents, 50 bénévoles.
- **Nos missions** : porter le projet associatif dans tous les domaines de la vie (représenter, défendre les droits collectifs et individuel et lutter contre l'isolement)
- Deux groupes relais à Villefranche de Rouergue et à Saint Affrique
- Un projet d'habitat inclusif sur Rodez , un service d'accès aux droits (HandiDroits et un service mandataire Mand'APF
- **Financement** : dons, legs, ressources propres et appels à projets.



- Un droit garanti par les textes fondamentaux
- Des mesures particulières de compensation et de mise en accessibilité pour le rendre effectif



Ces constats sont issus d'un travail des représentants des usagers dans les instances de démocratie sanitaire et des professionnels du soin des ESMS APF France handicap en Occitanie.

➤ **Un accès insuffisant aux lieux et aux équipements de soin**

- Plus de visites à domicile & problématique des transports (problématique d'accès à des VSL adaptés pour la prise en compte de fauteuils roulants, transport et attente sur brancard faute de transports TPMR)
- Accessibilité des équipements de santé
- Nécessité d'accompagnement
- Nécessité d'éviter le recours aux urgences

=> remise en cause du libre choix et de la confidentialité.

➤ **Un parcours de soins compliqué :**

- Actuellement cette coordination repose beaucoup trop sur la personne malade
- Le médecin traitant conditionne l'accès aux soins et à un parcours de soins coordonnés, au renouvellement de traitements complexes...
- Manque de professionnels de santé et difficulté de coordination.
- Insuffisance de places de SAMSAH pour déficience motrices.

=> **Prise en charge globale difficile**

➤ **Un coût majoré :**

- un important reste à charge
- des dépassements d'honoraires abusifs
- des frais supplémentaires d'aide humaine et parfois de transport

=> accroissement des difficultés financières

- Accès à un médecin traitant, aux cabinets libéraux et aux services d'urgence
- Coordination du parcours de soins & virage domiciliaire
- Augmentation des frais de santé
- Attractivité des métiers
- La démocratie en santé

Le handicap en chiffres - Édition 2023

PANORAMAS DE LA DREES

Paru le 21/04/2023

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie un nouvel ouvrage : *Le handicap en chiffres*, qui réalise une synthèse de l'information statistique disponible, à partir de travaux et d'études déjà publiés. Son objectif est d'éclairer et de rassembler en un même ouvrage les réponses à des questions telles que le nombre de personnes handicapées en France, le nombre d'enfants et d'adultes handicapés accompagnés en établissement, le nombre d'enfants handicapés scolarisés, les emplois occupés par les personnes handicapées ou encore le profil des personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). À cette occasion, pour faciliter l'accès à ses travaux, la DREES met en ligne, pour la première fois, une traduction en facile à lire et à comprendre (FALC) d'une de ses études, qui porte sur Les adultes handicapés accueillis dans les établissements et services médico-sociaux.

L'ouvrage *Le handicap en chiffres*, composé de 6 chapitres déclinés en 28 fiches, présente tout d'abord des données générales sur la mesure du handicap et aborde ensuite plus spécifiquement la situation des enfants et des adultes handicapés à travers différentes thématiques : l'accompagnement des enfants et leur scolarisation, les revenus et conditions de vie des personnes à domicile, l'emploi, les établissements médico-sociaux, et enfin les minima sociaux et les prestations. D'autres aspects moins souvent abordés sont également déclinés : les majeurs protégés dans les établissements, le départ à la retraite des personnes handicapées ou leur participation à la vie associative et citoyenne par exemple.

Quel est le nombre de personnes handicapées en France ?

En 2021, 6,8 millions (13 %) de personnes de 15 ans ou plus vivant à leur domicile déclarent avoir au moins une limitation sévère dans une fonction physique, sensorielle ou cognitive et 3,4 millions (6 %) déclarent être fortement restreintes dans des activités habituelles, en raison d'un problème de santé. Selon la définition retenue, de la plus stricte qui impose de cumuler ces deux critères, ou la plus large qui prend en compte l'ensemble des limitations et restrictions, on compte entre 2,6 millions et 7,6 millions de personnes handicapées ou dépendantes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire. Sur les seules personnes de 15 à 60 ans, ce chiffre varie de 0,9 à 3,3 millions. S'y ajoutent plus de 140 000 personnes de 16 ans ou plus hébergées en établissement spécialisé dans la prise en charge du handicap.

Combien d'enfants et d'adultes handicapés sont accompagnés en établissement ?

Fin 2018, 167 300 enfants et adolescents handicapés sont accompagnés dans les établissements et services médico-sociaux qui leur sont dédiés, soit 1 % de l'ensemble des moins de 20 ans. A la même date, 311 700 personnes sont accompagnées dans des établissements et services médico-sociaux dédiés aux adultes handicapés, soit 0,6 % de l'ensemble de la population de 20 ans ou plus en France.

Combien d'enfants handicapés sont scolarisés ?

Sur l'année scolaire 2021-2022, 212 400 élèves en situation de handicap étaient scolarisés dans les établissements du premier degré et 197 000 l'étaient dans les établissements du second degré.

Quels sont les emplois occupés par les personnes handicapées ?

Lorsqu'elles travaillent, les personnes reconnues handicapées exercent une moins grande variété de métiers par rapport aux autres personnes : 20 professions représentent 37 % de

l'emploi des personnes reconnues handicapées, contre seulement 25 % de l'emploi des autres personnes.

Qui sont les bénéficiaires de l'AAH ?

Fin 2021, 1,25 million de personnes bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés. Les trois quarts des allocataires touchent l'AAH en tant qu'adulte isolé, en très grande majorité sans enfant, même si seulement un peu plus de la moitié des bénéficiaires de l'AAH vivent vraiment seuls (les autres vivent avec un de leur parent, les deux, ou encore avec un frère ou une soeur).

Situation de la psychiatrie des mineurs en France

RAPPORTS D'INFORMATION

Rapport d'information n° 494 (2016-2017), déposé le 4 avril 2017

Les informations clés

B. LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Le constat des difficultés d'accès aux soins psychiatriques est récurrent. Les retards de prise en charge sont une critique majeure formulée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) dans son évaluation du plan psychiatrie et santé mentale (2011-2015)⁹⁶⁽²⁾. Ces difficultés constituent pour les mineurs atteints de troubles une perte de chance d'autant plus importante que la **précocité de la prise en charge est déterminante**.

Plusieurs facteurs sont de nature à causer ces retards : **l'inadaptation de l'offre et son insuffisance**, en particulier dans certains territoires, sont accentuées par la hausse des demandes. De plus, un grand nombre de **familles** connaissent des difficultés d'accès aux soins lorsque ceux-ci ne sont pas pris en charge financièrement.

1. Les inégalités territoriales et sociales

A) LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE COUVERTURE

Au cours de son audition par la mission d'information⁹⁷⁽²⁾, le HCSP a estimé que la France ne souffrait pas d'un déficit général de l'offre mais plutôt d'une mauvaise répartition de celle-ci. De fait, la question de la meilleure allocation des ressources sanitaires sur l'ensemble du territoire se pose pour toutes les spécialités médicales. Elle ne connaît pas de solution évidente. On ne peut cependant nier la pénurie réelle de moyens dans plusieurs territoires, qu'il s'agisse de zones urbaines, péri-urbaines ou rurales.

Le HCSP constate l'existence d'importantes inégalités territoriales, encore accentuées en pédopsychiatrie. S'agissant à titre d'exemple de l'offre d'hospitalisation, en psychiatrie générale, le nombre de lits d'hospitalisation par département variait de 1 à 5 en 2011, et de 1 à 3 en 2015 alors qu'en psychiatrie infanto-juvénile, **le ratio est d'environ 14 lits pour 100 000 habitants**. Cette moyenne cache des écarts très importants. Contrairement à l'évolution du nombre de lits en psychiatrie générale, les écarts de couverture en lits de pédopsychiatrie se sont creusés sur la période 2011-2015. De plus, selon la direction générale de l'offre de soins (DGOS), 10 départements ne comptent aucun lit d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile.

De même, la répartition territoriale des pédopsychiatres est empreinte de fortes disparités. **La densité moyenne est de 15,1 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans**, avec une variation de moins de 4 pour les départements les moins dotés (Pas-de-Calais, Corse du Sud, Eure) à 23 dans les départements les mieux dotés (Gironde, Alpes-Maritimes, Côte-d'Or, Drôme, Pyrénées-Atlantiques, Calvados). Cette densité est de près de 100 pour 100 000 jeunes à Paris. La pédopsychiatrie libérale est elle aussi inégalement répartie sur le territoire.

La politique de santé, en particulier mentale, ne poursuit depuis son origine d'autres objectifs que de garantir à chacun où qu'il se trouve un accès aux soins de meilleure qualité. Les lois de santé successives ont rappelé cette exigence et appelé à la mobilisation de toutes les ressources disponibles.

Ces dispositions risquent cependant de revêtir un caractère seulement incantatoire en l'absence de définition très précise de l'offre à mettre en regard des besoins sur chaque territoire.

Le rapport remis au Gouvernement par M. Michel Laforcade présente une nouvelle préconisation afin de **garantir l'accès à une offre de base homogène sur l'ensemble du territoire**. Il s'agit, pour lutter contre les inégalités de prises en charge, de mettre en place un panier de soins et de services minimal. La mission d'information est convaincue de l'intérêt de cette proposition. Pour qu'elle puisse trouver une application concrète, il conviendra de mener un important travail d'identification du contenu de ce panier puis d'allocation de moyens. M. Michel Laforcade a d'ores et déjà souligné que ce panier minimal devra comporter un certain nombre de lits d'hospitalisation complète en urgence en pédopsychiatrie dans chaque département. Le ministère des affaires sociales et de la santé prévoit de définir le contenu du panier en annexe de l'instruction qui sera adressée aux ARS pour l'application du décret relatif au projet territorial de santé mentale.

Proposition n°20 : Identifier et mettre en place un panier de soins et de services homogène dans chaque département.

La garantie d'un socle minimal de soins et de services ne doit pas exonérer les pouvoirs publics de la poursuite des efforts afin de soutenir les initiatives des professionnels de terrain, en particulier dans les territoires les moins bien dotés. En effet, à elle seule, la mobilisation des professionnels ne suffit pas pour remédier aux inégalités car l'innovation se heurte souvent à la pénurie de moyens.

La mission d'information a trouvé une illustration de ce problème dans le témoignage porté par les professionnels de pédopsychiatrie du département du Gard qu'elle a auditionnés ^{98 (*)}.

B) LES INÉGALITÉS LIÉES AUX MODALITÉS DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE

Aux inégalités territoriales s'ajoutent celles causées par les difficultés financières d'accès aux prises en charge pour les familles moins aisées. Là où l'offre existe, certaines familles ont en effet les moyens de consulter directement des thérapeutes, psychologues ou médecins spécialistes, en prenant les consultations à leur charge.

De fait, se crée un décalage entre ceux qui n'ont d'autre choix que d'attendre leur tour et ceux qui disposent des moyens et des connaissances pour accéder par eux-mêmes à une prise en charge rapide. **Même si ce constat n'est pas propre à la pédopsychiatrie, ni à la psychiatrie en général, il est d'autant plus préoccupant que la prise en charge des malades, du fait de l'évolution des pathologies et de leur nature, nécessite fréquemment une intervention au long cours des professionnels concernés. A quoi bon en effet un repérage et un dépistage précoces s'il ne s'ensuit pas une prise en charge précoce et continue ?**

Par ailleurs, la grande diversité des professionnels appelés à intervenir auprès des mineurs est également source d'inégalité. En effet, les consultations de certains professionnels en dehors du cadre hospitalier, comme les psychothérapeutes, ne sont pas remboursées tandis que d'autres ne le sont que sous certaines conditions selon le lieu d'exercice.

2. L'engorgement des structures

A) DES STRUCTURES DE PLUS EN PLUS SOLLICITÉES

Selon les chiffres communiqués à la mission d'information, la file active de mineurs jusqu'à l'âge de quinze ans vus au moins une fois dans l'année dans les inter-secteurs de pédopsychiatrie a connu une hausse de plus 80 % entre 1991 et 2003. Cette augmentation s'est poursuivie entre 2007 et 2014, à

hauteur de 22 %, avant de s'atténuer dans la période récente. Le Dr Christian Müller constate que l'âge moyen de la patientèle se réduit, ce qui peut selon lui s'expliquer par le développement en cours des travaux relatifs à la psychiatrie du bébé et à l'attachement ⁹⁹(²).

L'ensemble des structures de prise en charge sont en effet confrontées à des sollicitations de plus en plus nombreuses face à la hausse des demandes de consultation, aux appels à intervenir dans d'autres structures et à **la nécessité de s'organiser pour assurer la coordination avec les autres acteurs.**

La hausse des demandes n'est pas nécessairement en lien avec une hausse des prévalences. Elle témoigne en tout cas d'un besoin accru de prise en compte de ce qui apparaît comme un trouble. Quand bien même une part de ces demandes serait des demandes d'écoute, éventuellement de diagnostic et d'orientation, il faut pouvoir y répondre.

Les acteurs de terrain rencontrés par la mission d'information semblent partager cette analyse. Le Dr Guillaume Bronsard entendu lors du déplacement de la mission d'information dans les Bouches-du-Rhône a ainsi souligné l'évolution des demandes auxquelles il est confronté en tant que praticien, demande accrue des parents mais aussi des partenaires publics (école, ASE, PJJ) dans un contexte où les inquiétudes se traduisent souvent par une demande de psychiatisation.

Au sein du CMPP dont il assure la responsabilité, le Dr Bronsard indique avoir à faire face au cours d'un même après-midi à des situations très graves et à d'autres qui le sont moins. Il considère toutefois que les unes comme les autres doivent pouvoir être prises en compte et que le rôle du psychiatre est aussi d'écouter et de dire non s'il l'estime nécessaire.

B) DES DISPOSITIFS SATURÉS

Au regard de la forte hausse des besoins, le nombre de structures de prise en charge et leurs effectifs ont très peu augmenté. **Si le nombre de CMP a très légèrement progressé, celui des autres structures contribuant à la prise en charge psychiatrique des enfants et adolescents (associatives, structures privées, hospitalières, hospitalo-universitaires, médico-sociales) n'a pas crû mais « le nombre d'actes réalisés dans l'ensemble de ces structures a augmenté sous la pression des demandes parentales »** ¹⁰⁰(²).

Les chiffres communiqués à la mission d'information par la DGOS font état d'une hausse de 4,5 % de l'ensemble des personnels exerçant au sein des structures de psychiatrie infanto-juvénile entre 2012 et 2014. Dans ce contexte, la DGOS constate que la hausse de l'activité « *est difficile à absorber pour les établissements, de sorte que les délais d'attente sont devenus trop longs pour les familles, les enfants et les professionnels* » ¹⁰¹(²). De fait, les multiples dispositifs concourant à la prise en charge des mineurs atteints de troubles psychiatriques connaissent des difficultés pour répondre aux demandes qui leur sont adressées.

De plus, plusieurs professionnels auditionnés ont considéré que certains besoins ne sont pas suffisamment couverts et que d'autres structures sont trop sollicitées comme par exemple les centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages.

(1) LE CAS DES CENTRES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES (CMP) ET DES CENTRES MÉDICO-PSYCHO-PÉDAGOGIQUES (CMPP)

Ce problème d'engorgement se présente d'abord pour les structures d'entrée dans le parcours de soins psychiatriques, les CMP et les CMPP. Le temps d'attente nécessaire à l'accès à une première consultation fait l'objet d'une critique unanime. Un délai de neuf mois a été indiqué pour les Bouches-du-Rhône s'agissant des CMP. Il pourrait s'élever à plus d'un an dans d'autres départements. La dernière étude sur les délais d'attente remonte à 2008. Il s'agit de chiffres issus des données « RAPSY 2008 » exploitées par la Drees. En 2008, dans 42 % des cas un délai d'attente d'une semaine à un mois

s'écoulait avant une première consultation avec un médecin en CMP, dans 14 % des cas ce délai était de plus de 3 mois. Malgré l'absence de données plus récentes, il semble que le délai d'attente ait encore augmenté au cours des dernières années.

Il ressort des pratiques et des propositions présentées à la mission d'information qu'une partie de la solution pourrait relever d'une meilleure organisation. À moyens constants, l'un des leviers dont disposent les agences régionales de santé (ARS) est d'améliorer la gestion des files actives des CMP. L'ARS d'Ile-de-France en particulier insiste sur la nécessité d'une meilleure régulation entre CMP, lesquels fonctionnent de manière très autonome. Elle estime qu'une gestion commune des files actives permettrait d'ouvrir aux familles la possibilité d'obtenir le premier rendez-vous disponible dans un CMP même si celui-ci n'est pas celui auquel la première demande a été adressée.

Compte tenu des difficultés d'accès à l'offre, les familles ont naturellement tendance à déposer des demandes dont l'objet est identique auprès de plusieurs structures de prise en charge, dans le champ sanitaire ou médico-social. Une gestion centralisée ou en commun permettrait de prendre en compte les demandes en éliminant les doublons.

Au-delà, afin de permettre une meilleure régulation, il paraîtrait utile de généraliser ce que le Pr Maurice Corcos nomme des « *indicateurs de saturation* »¹⁰²⁽²⁾. Leur mise en place contribuerait à mieux identifier les points du territoire qui connaissent les difficultés les plus importantes et la situation de chaque CMP et CMPP.

Ces indicateurs pourraient par exemple « *intégrer aux données de file active les délais de premier rendez-vous, le taux de premiers rendez-vous non honorés (abandon de la demande, avec raison de l'abandon, nombre d'adressages ailleurs...), les délais des rendez-vous suivants, la complexité des prises en charge, l'adéquation de l'offre proposée à l'offre indiquée (sentiment du professionnel d'avoir les moyens de proposer la prise en charge indiquée pour la situation), travail de liaison interinstitutionnel, etc.* ».

De plus, la mise en place de ces indicateurs permettrait d'assurer un suivi de l'évolution des temps d'attente.

Proposition n°21 : Améliorer la gestion des files actives des centres médico-psychologiques (CMP) par la mise en place d'une gestion commune.

Proposition n°22 : Mettre en place des « indicateurs de saturation » des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) afin de savoir où se concentrent les difficultés et de faciliter la régulation.

Ces différents outils devraient contribuer à une fluidité d'accès plus importante aux CMP et CMPP. Deux questions se posent néanmoins, celle de la priorité accordée à certains cas et celle des urgences.

La question des priorités ou du « tri » à effectuer dans la file active apparaît complexe dans la mesure où seule une première consultation au sein de la structure peut permettre de déterminer la gravité relative de chaque situation. Il convient par ailleurs de rendre disponibles des moyens susceptibles de répondre aux situations non programmées ou aux urgences.

Pour que la psychiatrie des mineurs puisse pleinement remplir sa mission de prise en charge en assurant la continuité des soins, en particulier en cas d'urgence, **il faut également que les CMP puissent voir leurs moyens adaptés à l'amplitude des besoins**, s'agissant notamment des horaires d'ouverture. Comme l'a affirmé le Dr Christian Müller, « *l'organisation dans certains endroits de la pédopsychiatrie s'est calquée sur une temporalité plus scolaire que sanitaire, ce qui est un problème. Il faut qu'il soit question d'une*

disponibilité sanitaire : 7 jours sur 7, 24 heures et 24. La psychose infantile ne s'arrête pas le week-end » ^{103 (*)}.

Proposition n°23 : Accroître les capacités d'ouverture des centres médico-psychologiques (CMP) ainsi que leur capacité à recevoir en urgence.

(2) UNE PÉNURIE DE LITS À L'HÔPITAL

De toutes les spécialités médicales, la psychiatrie a connu, dans le prolongement du mouvement de désinstitutionalisation, le rythme de fermeture de lits le plus important depuis les années 1980 ^{104 (*)}. Un mouvement contraire a néanmoins été amorcé au début des années 2000. Il apparaît cependant que les capacités hospitalières d'accueil à temps plein en pédopsychiatrie sont encore trop limitées et qu'il existe de fortes inégalités dans la répartition de l'offre hospitalière.

L'essentiel des prises en charge hospitalières s'effectue au sein des hôpitaux de jour. De façon générale, il existe peu de services de pédopsychiatrie et peu de services avec des hospitalisations conventionnelles. Selon la Drees ^{105 (*)}, en 2014, s'agissant de la psychiatrie infanto-juvénile, les 9 502 places en hôpital de jour étaient utilisées pour 1,348 millions de journées tandis que les 2 257 lits d'hospitalisation à temps plein étaient utilisés pour 500 554 journées.

Entre 1986 et 2000, le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile s'est contracté de 70 %, avant d'entamer une hausse à partir de 2001. Sa croissance est de 5 % entre 2012 et 2014, après 4 % entre 2001 et 2012. Cette tendance est propre à la psychiatrie infanto-juvénile, le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie générale ayant continué de baisser.

Le nombre de journées d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents à temps complet a connu une hausse plus soutenue que celle du nombre de lits ouverts, ce qui justifie la poursuite du mouvement d'ouverture de lits telle qu'on peut l'observer dans certains territoires.

Le manque de lits en pédopsychiatrie est souvent dénoncé, de même que l'importance des délais d'obtention d'une place en hôpital de jour. Dans son rapport au Gouvernement et devant la mission d'information, M. Michel Laforcade estime en effet que « trop de lits ont parfois été fermés dans certains territoires, notamment en période de crise. Les jeunes sont alors pris en charge, de manière bancale, dans les secteurs pour adultes, avec une promiscuité qui pose problème. Inspirons-nous de ce qui existe comme lieux de crise et rouvrons quelques lits là où c'est indispensable » ^{106 (*)}.

L'existence de tels effets délétères a été soulignée par de nombreuses autres personnes auditionnées par la mission d'information. **Face au choix entre l'hospitalisation en psychiatrie pour adultes et l'absence de prise en charge adaptée, certains professionnels jugent parfois préférable pour un mineur sortant des urgences de ne pas être hospitalisé à temps complet alors que cette solution serait justifiée par sa situation.**

Si une réouverture de lits s'est amorcée dans certains territoires comme par exemple l'Ile-de-France ou, à la suite de l'audit conduit par l'ARS en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), dans les Bouches-du-Rhône, à d'autres endroits, les besoins n'ont pas encore été pris en compte. On observe des inégalités d'accès aux lits d'hospitalisation complète. Selon le rapport Moro-Brison, le nombre de lits moyen pour 100 000 jeunes de 0 à 19 ans est de 13,8 en France, avec des variations importantes qui peuvent s'expliquer par des spécificités territoriales (10 départements ne comptent aucun lit d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile : la Martinique, Mayotte, la Manche, l'Eure, la Creuse, les Côtes-d'Armor, la Corrèze, l'Aube, l'Ardèche et les Alpes-de-Haute-Provence ; le ratio s'élève à 120 dans les Hautes-Alpes, 84 dans les Landes, 50 dans le Lot, 39 à Paris, 37 en Lozère, 35 dans le Cantal et en Haute-Vienne, 33 dans la Nièvre) ^{107 (*)}.

Proposition n°24 : Poursuivre le mouvement de réouverture de lits hospitaliers en psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires où cela apparaît nécessaire.

L'ouverture de lits supplémentaires doit permettre de prendre en charge de manière adéquate les situations de crise et d'assurer une continuité des soins quand elle ne peut l'être en hospitalisation de jour ou après une seule hospitalisation dans un lit de nuit.

Cependant, les praticiens hospitaliers ont aussi mis en garde contre une possible dérive qui serait d'utiliser l'accès à de nouveaux lits pour y faire prendre en charge les cas pour lesquels on ne trouve pas de solution par ailleurs, alors même qu'ils ne nécessiteraient pas d'hospitalisation. Il convient en effet d'éviter à tout prix les hospitalisations inutiles.

Le Pr Jean-Philippe Raynaud a d'ailleurs attiré l'attention de la mission d'information sur le risque déjà avéré de comorbidité associé à l'hospitalisation de longue durée . Ainsi qu'il l'a indiqué en faisant référence à sa pratique au CHU de Toulouse, « *sachez que les lits sont aussi des pièges, surtout pour les adolescents, car ils risquent de ne plus pouvoir partir. Je dispose de onze lits d'hospitalisation et nous avons trois à quatre adolescents qui sont là depuis plusieurs années. Imaginez le prix de la journée dans ce CHU de pointe ! Au bout de quelques mois d'hospitalisation d'un jeune, mon équipe estime le plus souvent que nous fabriquons de la comorbidité car il ne pourra plus s'adapter à l'extérieur dans un dispositif médico-social, social ou ordinaire .* » ^{108 (2)}

Il convient donc de préparer le plus tôt possible les sorties d'hospitalisation et de ne pas opposer l'hospitalier à l'extra-hospitalier en favorisant les liens entre l'hôpital et les autres modes de prise en charge.

(3) LA NÉCESSITÉ DE DÉVELOPPER LES STRUCTURES D'AVAL

La nécessité de trouver une solution de sortie pour les patients hospitalisés à temps complet et dont la situation nécessite une poursuite de la prise en charge a pour conséquence que les professionnels consacrent, au regard de la quantité importante de travail qu'ils ont par ailleurs à fournir, un temps important à la recherche d'une place adéquate.

Selon les témoignages obtenus par la mission d'information, il arrive que des mineurs ayant séjourné à l'hôpital après avoir été pris en charge dans une structure médico-sociale ne puissent pas retourner dans la structure qui les accompagnait, soit que la place ne soit plus disponible, soit que l'établissement estime être dans l'incapacité de lui offrir une prise en charge adaptée.

Par ailleurs, des mineurs sortant d'une hospitalisation à temps complet qui auraient besoin d'une prise en charge dans une institution d'aval font également face au manque de places. Qu'il s'agisse d'hôpitaux de jour, de CATTP ou de structures de soins-études, l'insuffisance de l'offre est caractérisée et les délais d'attente sont particulièrement longs . Selon le Pr Maurice Corcos, ces délais s'élèvent à un an en moyenne et seuls 20 % des demandes obtiennent une réponse positive ^{109 (2)}.

La mission d'information estime donc indispensable de soutenir le renforcement des capacités d'accueil dans les structures sanitaire d'aval.

Proposition n°25 : Favoriser le développement des structures d'aval sur l'ensemble du territoire en augmentant les capacités d'accueil en hôpital de jour, en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et dans les structures intégrant soins et études.

Par ailleurs, il ressort de témoignages concordants reçus par la mission d'information, que certaines structures médico-sociales, en particulier les ITEP et les IME, sont amenées à accueillir des mineurs souffrant de troubles psychiatriques alors que cela ne correspond pas à leur vocation première . Les

ITEP en particulier doivent en principe permettre de prendre en charge des enfants qui présentent des troubles du comportement sans problème majeur de maladie psychiatrique chronique ou de troubles cognitifs.

L'accueil d'une population de jeunes qui ne correspond pas à celle qu'ils devraient théoriquement accueillir est d'autant plus regrettable que les équipes mobilisées dans ces structures n'ont généralement pas bénéficié d'une formation adaptée à la prise en charge de troubles psychiatriques. Les modalités d'organisation de ces établissements, qui ne sont ouverts qu'une partie de l'année et ferment notamment les week-ends, rendent d'autant plus difficile la gestion de ces cas complexes.

Le rapport de M. Michel Laforcade affirme ainsi qu'*« on note une augmentation de troubles mentaux graves dans les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) comme dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), qui complique les accompagnements dans ces établissements, faute de prise en charge adaptée par la psychiatrie infanto-juvénile (insuffisance de places en hospitalisation plein temps ou en accueil de jour). Ces établissements se trouvent dans l'obligation de gérer des cas complexes qui nécessiteraient des prises en charge multi-partenariales et une bonne information des acteurs sur les réponses territoriales existantes mais pas forcément connues »*.

La situation des établissements médico-sociaux est à mettre en regard de celle des services de protection de l'enfance. Ceux-ci se doivent en effet d'accueillir tous les enfants sans autre solution d'accueil, y compris ceux qui sont habituellement pris en charge dans des établissements médico-sociaux en dehors de leur période d'accueil. Ils sont ainsi amenés à faire face à la situation de mineurs souffrant de troubles mentaux pour lesquels ils n'ont pas de solution adaptée et ne disposent pas de relais suffisants auprès des structures sanitaires et médico-sociales. S'agissant spécifiquement des enfants relevant de l'ASE, le Pr Viviane Kovess-Masféty indique que *« la pédopsychiatrie n'intervient souvent qu'en ultime recours, alors même que, face à des enfants gravement perturbés, un travail à long terme est nécessaire. »*^{110(*)}

Déplorant le cloisonnement avec les autres structures de prise en charge, le Dr Sylviane Gissinger s'interroge : *« comment répondre aux besoins pour des problèmes plus intenses, plus urgents pour les enfants de l'ASE qui demandent des réponses adaptées ? J'ai en tête l'exemple de ces enfants ayant des pathologies lourdes qui passent de nombreux mois en foyer de l'enfance, sans prise en charge adaptée, faute de place dans un établissement spécialisé. »*¹¹¹⁽²⁾

L'exemple de l'ITEP des Cadeneaux dans les Bouches-du-Rhône

Une délégation de la mission d'information a été reçue par l'équipe responsable de l'ITEP des Cadeneaux dans les Bouches-du-Rhône. Cette structure, qui comporte un service d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad), un internat, un semi-internat et un Sessad professionnel présente la particularité d'être de statut public.

L'ITEP prend en charge des mineurs souffrant de difficultés psychologiques dont les principales manifestations sont des troubles du comportement. La plupart des jeunes ont eu un parcours chaotique dès l'enfance ou la petite enfance sans que la structure soit toujours en parfaite capacité d'en reconstituer elle-même l'historique. Environ un tiers des jeunes relèvent de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Sur les 54 places occupées en internat, 10 le sont par des jeunes provenant d'autres ITEP.

Malgré la présence de personnels sanitaires, la vocation première de l'ITEP n'est pas de soigner mais de rendre le jeune autonome et de lui permettre de s'insérer dans la société, en particulier à travers un enseignement ou une formation professionnelle adaptée.

La délégation de la mission d'information a été particulièrement attentive au fort engagement de toute l'équipe avec laquelle elle a pu s'entretenir et qui se mobilise autour d'un projet ambitieux et qui porte ses fruits.

Les mineurs atteints de troubles psychiatriques sont particulièrement difficiles à prendre en charge pour l'ITEP. Ils désorganisent fréquemment la prise en charge des autres jeunes et il est malaisé de trouver une solution qui leur convienne, même en urgence. La crainte est donc d'autant plus forte que l'ITEP ne se transforme, selon l'expression utilisée par l'un des responsables, en lieu de « *long-séjour du sanitaire* ». En tout état de cause, il ne dispose pas des moyens pour ce faire.

Afin de répondre aux cas qui nécessitent une approche également psychiatrique, la structure appelle de ses vœux la possibilité de recourir à une équipe commune en psychiatrie avec le champ sanitaire et la mise en place de structures intermédiaires innovantes.

* ⁹⁶ *Haut Conseil de la santé publique, « Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 », avril 2016.*

* ⁹⁷ *Audition du mardi 17 janvier 2017.*

* ⁹⁸ *Audition du vendredi 24 février 2017.*

* ⁹⁹ *Audition du mercredi 1^{er} février 2017.*

* ¹⁰⁰ *Rapport Moro-Brison.*

* ¹⁰¹ *Audition du mercredi 1^{er} février 2017.*

* ¹⁰² *Propositions sur la psychiatrie des mineurs adressées à la mission d'information le 24 février 2017 par le Pr Maurice Corcos, le Dr Marie-Aude Piot et le Dr Jean-Christophe Maccotta.*

* ¹⁰³ *Audition du mercredi 1^{er} février 2017.*

* ¹⁰⁴ *Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) voir : www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/hopital/nombre-de-lits-journees-et-durees-moyennes-de-sejour.html.*

* ¹⁰⁵ *Drees, Panorama des établissements de santé 2016.*

* ¹⁰⁶ *Audition du mercredi 21 décembre 2016.*

* ¹⁰⁷ *Rapport Moro-Brison.*

* ¹⁰⁸ *Audition du mardi 24 janvier 2017.*

* ¹⁰⁹ *Propositions sur la psychiatrie des mineurs adressées à la mission d'information le 24 février 2017 par le Pr Maurice Corcos, le Dr Marie-Aude Piot et le Dr Jean-Christophe Maccotta.*

* ¹¹⁰ *Audition du mardi 17 janvier 2017.*

* ¹¹¹ *Audition du mercredi 25 janvier 2017.*



Modèles alternatifs à l'EHPAD

- **Le maintien à domicile (aide humaine, travaux d'aménagement et l'EHPAD à domicile)**
- **Le déménagement dans un nouveau logement plus adapté à la perte de mobilité**
- **Les résidences seniors et les résidences autonomie**
- **L'habitat inclusif**
- **L'habitat partagé accompagné**
- **Le béguinage**
- **L'accueil familial**
- **La cohabitation intergénérationnelle**

Les solutions alternatives à quels couts ?

Types d'hébergement	Coût moyen constaté	
EHPAD	2.183€ par mois en 2021	Les Ehpads accueillent des personnes ayant une dépendance totale ou partielle de soins ou d'assistance pour leur vie quotidienne.
Aide humaine à domicile pour le maintien dans le logement	Entre 583€ et 1.939€ par mois selon l'âge	Vous bénéficiez d'une aide à domicile pour vous aider dans les gestes de la vie quotidienne : ménage, toilette, repas...
Résidences seniors	923€ pour un studio à 1.528€ pour un 3 pièces	Vous vivez dans un appartement en tant que locataire tout en bénéficiant des services de l'établissement (ménage, restauration, coiffeur...).

Types d'hébergement	Coût moyen constaté	
Résidences autonomie	688€ pour un studio à 787€ pour un 2 pièces	Le fonctionnement est identique à la résidence autonomie, sauf qu'elles dépendent du secteur public ou du secteur privé non lucratif.
Habitat inclusif	Montant du loyer équivalent au prix du marché pour le même type de logement	Vous vivez dans un appartement avec des espaces de vie en commun. La particularité de l'habitat inclusif est que des projets de vie sociale doivent être établis en commun avec les autres habitants (prise en charge commune d'un garde de nuit par exemple).
Habitat partagé accompagné	1.600€ par mois	Comparable à une colocation, chacun dispose d'une grande chambre avec douche et toilettes. Des auxiliaires de vie sont présents en permanence pour assurer l'aide à la toilette, le ménage, l'entretien du linge, les animations...
Béguinage	Entre 450€ et 750€ par mois	Ensemble pavillonnaire, souvent des petites maisonnettes de plain-pied, doté d'une cour extérieure centrale. Des services collectifs sont proposés (conciergerie, restauration, animation...).
Hébergement chez un accueillant familial	Reste à charge d'environ 1.100€, une fois les aides déduites	Vous vivez sous le même toit que

Types d'hébergement	Coût moyen constaté	
		l'accueillant familial (professionnel agréé par le conseil départemental). Vous partagez les repas, les sorties et les activités. Votre accueillant peut vous aider dans les actions du quotidien (lever, coucher, toilette...).
Colocation intergénérationnelle	La personne âgée reçoit un loyer modeste par rapport au prix du marché en échange de services rendus par le locataire	En tant que senior, vous mettez à disposition une partie de votre logement pour un loyer modeste. En contrepartie, le jeune locataire s'engage à rendre des petits services et assure une présence régulière.
Changer de logement	Variable selon les loyers pratiqués dans la zone géographique et les besoins	Vous recherchez un logement plus adapté à vos besoins : de plain-pied, proche des commerces, à proximité de la famille...

Maintien à domicile : aide humaine, travaux et Ehpad à domicile

Le maintien à domicile est le type d'hébergement privilégié par les Seniors. Selon l'Insee, 96% des hommes et 93% des femmes vivaient à domicile en 2016.

Cette tendance est également valable pour les personnes de 80 ans et plus. Toutefois, cela nécessite souvent de faire appel à une aide à la personne et d'effectuer des travaux d'aménagement ou de sécurisation du logement. En parallèle, un nouveau mode d'hébergement se développe depuis quelques années, l'EHPAD à domicile.

Faire appel aux services d'aide à la personne, au portage des repas...

En France, l'âge moyen de perte d'autonomie est de 83 ans ([source](#)). Pour les Seniors qui souhaitent rester vivre à domicile le plus longtemps possible, il est souvent nécessaire de mettre en place un accompagnement pour les actes de la vie quotidienne comme la préparation des repas, le ménage ou bien encore l'aide à la toilette.

Faire appel à [une aide humaine lors du maintien à domicile](#) des personnes âgées représente un coût important. Cependant, des aides financières peuvent être sollicitées :

- **L'Allocation personnalisée à l'autonomie** : plus d'un million de personnes bénéficient de l'APA, dont 60% dans le cadre d'un maintien à domicile. Selon le degré de dépendance, le montant de l'APA varie de 705,13 euros à 1.807,89€.
- **Portage des repas** : selon votre département de résidence, l'aide au repas peut prendre la forme de livraison de plateau-repas à réchauffer directement au domicile de la personne âgée ou d'une prise en charge des repas dans un foyer restaurant.
- **Aide ménagère** : dans le cadre de la perte d'autonomie et du maintien à domicile, le département ou la caisse de retraite peuvent prendre en charge le coût d'une aide ménagère.

Comment coûte le maintien à domicile ?

Selon l'âge de la personne concernée par le maintien à domicile, le coût varie.

En effet, les besoins évoluent en fonction de l'âge (source [francetvinfo.fr](#)) :

- 583 euros par mois en moyenne entre 65 ans et 75 ans
- 748 euros par mois en moyenne entre 75 à 85 ans
- 1.939 euros par mois en moyenne au-delà de 85 ans

Aménager de son logement pour bien vieillir chez soi

Selon [une étude de l'Ifop](#), **85% des Français souhaitent vieillir à domicile**. C'est donc la première alternative à l'EHPAD que nous détaillerons dans cet article.

Vieillir chez soi est possible, à condition d'aménager son logement pour le rendre plus sûr. Et pour cause, l'un des plus gros risques à rester dans sa maison ou son appartement quand on est senior est la chute ! Rarement anodines, elles peuvent entraîner des traumatismes, voire des fractures, notamment du col du fémur. Il est possible de solliciter [des aides au maintien à domicile](#).

Salle de bains, chambre, séjour ou salon... Voici quelques mesures simples et rapides à mettre en place dans chaque pièce de votre logement :

- Améliorez la circulation dans votre habitat en retirant tous les obstacles potentiels (fils électriques d'une lampe ou du téléphone fixe, plantes, etc.).
- Empêchez les glissades en enlevant les tapis (ou en optant pour des modèles antidérapants, notamment dans la douche ou la baignoire), en recouvrant les surfaces à risque comme le carrelage ou le parquet vitrifié et en plaçant des nez de marches antidérapants.

-
- Ajoutez des points d'appui en installant des rampes dans la salle de bain et les escaliers, des barres d'appui ou encore un siège de douche mural par exemple.
 - Pensez également à l'éclairage, essentiel pour éviter les chutes, et aux équipements et ustensiles qui facilitent la vie (placards abaissables, étagères coulissantes, canne tripode, montre téléalarme, etc.).

Pour vous accompagner dans l'aménagement de votre domicile, n'hésitez pas à vous rendre dans [un CICAT](#) (centre d'information et de conseil en aides techniques). Des professionnels sont là pour vous orienter vers le matériel le plus adapté à votre situation (sans intérêt commercial).

Vous pouvez également demander l'avis d'une ergothérapeute. Ce professionnelle viendra à votre domicile pour un état des lieux et vous proposera des solutions personnalisées.

Tournez-vous vers la caisse de retraite complémentaire Agirc-Arrco si vous en dépendez : le diagnostic « Bien chez moi » vous coûtera 15€. Pour les autres, [l'association Soliha](#) offre le même type de prestation.

Comment financer les travaux d'aménagement ?

Selon la nature des travaux, le budget nécessaire peut être important. Par exemple installer un monte-escalier coûte en moyenne entre 3.000 euros et 10.000 euros. [Des aides pour financer un monte-escalier](#) existent.

Autre exemple si vous souhaitez changer votre baignoire en douche, il vous en coûtera en moyenne entre 2.300 euros et 3.600 euros. Là aussi, [des dispositifs pour rénover sa salle de bains](#) peuvent être sollicités. Quels que soient les travaux envisagés, il est important [de faire des devis](#) afin de comparer les offres des professionnels près de chez vous.

L'EHPAD à domicile, une solution vouée à se développer

[L'EHPAD à domicile](#) est une solution encore trop peu présente en France, mais elle a toutefois sa place dans cet article, car elle est vouée à se développer dans les années à venir.

Son principe est simple : il s'agit de proposer aux seniors qui le souhaitent **le même suivi, la même sécurité et le même accompagnement qu'en EHPAD**, sans avoir à quitter leur domicile.

Après une évaluation de vos besoins, une personne issue de l'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes va coordonner l'ensemble des professionnels de santé : infirmier, auxiliaire de vie, kinésithérapeute, etc.

Votre sécurité sera assurée par les outils technologiques (détecteurs automatiques de chute, téléassistance, installations domotiques, objets connectés, etc.). De cette manière, un suivi constant peut être mis en place.

Cela passe aussi par d'éventuels petits travaux d'aménagement et par l'humain (astreinte infirmière de nuit). Au-delà de l'aspect purement sécuritaire, vous pourrez également vous rendre ponctuellement à l'EHPAD pour profiter des animations, pour partager les repas avec des résidents ou pour vos consultations médicales. Enfin, en cas de besoin, vous pourrez être admis en urgence à l'EHPAD.

Quel est le coût de l'Ehpad à domicile ?

Le coût moyen en Ehpad “classique” était de 2.004 euros par mois en 2019 ([source](#)) et s’élève à 2.183 euros pour l’année 2021.

En ce qui concerne l’Ehpad à domicile, il revient moins cher, car la surveillance et l’aide à la personne ne sont pas permanent.

Choisir un nouveau logement plus adapté à la perte de mobilité

Quand il n’est vraiment pas concevable d’aménager son habitation, l’une des solutions est **de déménager dans un logement mieux équipé**.

Si vous envisagez cette alternative, deux possibilités s’offrent à vous. Vous pouvez tout d’abord rester à proximité de votre ancien domicile. Cela vous permettra de conserver votre réseau de connaissances. Un atout important, car il n’est pas toujours simple de se faire de nouveaux amis ! Mieux, vous connaissez déjà le quartier et avez vos habitudes.

Vous pouvez également partir plus loin (voire très loin). En effet, vous rêvez peut-être d’un environnement plus calme, à la campagne ou à la montagne, de températures plus clémentes ou de vous rapprocher de vos enfants et petits-enfants.

Si vous déménagez dans une autre ville, il sera primordial de prendre en compte plusieurs facteurs :

- La proximité des petits commerces, des services publics et des services de santé ;
- Le réseau de transport en commun pour vous rendre dans les quartiers qui vous intéressent ;
- L’offre d’activités adaptées aux seniors, qu’elles soient culturelles ou sportives ;
- L’accessibilité de la commune (trottoirs larges et bien entretenus par exemple).

Pour vous guider dans votre choix, n’hésitez pas à vous appuyer sur les **programmes comme « Petites villes de demain »** qui soutient les commerces, valorise le patrimoine et implique un maximum les habitants dans les projets menés par le territoire.

Les 222 communes « **Action cœur de ville** » sont également intéressantes puisqu’elles promulguent la réhabilitation des centres-villes, l’accessibilité et la mobilité, la mise en valeur de l’espace public et du patrimoine, ainsi que l’accès aux équipements et aux services publics.

Quant au label « **Ville amie des aînés** », il est à prendre avec des pincettes, car les critères à respecter pour l’obtenir ne sont pas publics.

Quel est le coût d’un changement de domicile ?

Dans un premier temps, il faut prendre en compte le coût du déménagement. Vous pouvez vous tourner vers votre caisse de retraite pour savoir si vous êtes éligible à une aide pour financer une partie du déménagement.

Le futur loyer est aussi un élément important à prendre en compte. Si vous souhaitez un logement plus adapté, plus proche de commerces ou dans un centre-ville, cela risque d’augmenter le prix de votre loyer.

Les résidences seniors et les résidences autonomie

Dans les résidences seniors, sécurisées et adaptées, vous profiterez d'un appartement rien qu'à vous en tant que locataire. Vous pourrez avoir vos propres meubles et apporter votre touche de décoration personnelle, tout en bénéficiant des services proposés par l'établissement (ménage, blanchisserie, restauration, coiffeur, animations, sorties, activités sportives, etc.).

Rencontrer de nouvelles personnes y est donc plus facile qu'isolé en ville. Le revers de la médaille : la résidence senior n'est pas à la portée de tous. En effet, les charges et le loyer sont particulièrement élevés. Si cela ne vous freine pas, pensez tout de même à visiter l'établissement à différents moments de la journée et à discuter avec ses habitants avant de sauter le pas.

Combien coûte **une résidence seniors** ?

Pour déterminer le prix d'un logement en résidence seniors, plusieurs facteurs sont à prendre en compte, comme par exemple la zone géographique du logement, le standing de la résidence ou bien encore les services en supplément qui sont proposés.

Le prix moyen d'un logement en résidence seniors varie de 923 euros pour un studio à 1.528 euros pour un trois pièces. Il peut y avoir une forte différence selon les services proposés.

Les résidences autonomie, quant à elles, sont **plus accessibles** puisqu'elles dépendent du secteur public ou du secteur privé non lucratif. Elles sont organisées sur le même principe que les résidences seniors, mais le parc est globalement ancien et aurait bien besoin d'être rénové.

Combien coûte **une résidence autonomie** ?

Selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, **le prix médian est de 688 euros pour un studio avec une petite cuisine, de 643 euros pour un studio avec cuisine isolée et de 787 euros pour un 2 pièces.**

Ces chiffres font état du prix médian en 2019.

Ces dernières années, les prix ont légèrement augmenté du fait des travaux de modernisation et de rénovation qui ont été jugés nécessaires.

L'habitat inclusif, une alternative à la maison de retraite

L'habitat inclusif est destiné aux seniors et aux personnes en situation de handicap qui souhaitent un mode d'habitation partagé. Ainsi, si vous optez pour cette alternative à l'EHPAD, **vous vivrez à plusieurs sous un même toit.**

Bien évidemment, vous disposerez d'un appartement adapté au grand âge, mais vous aurez également accès à des espaces de vie communs et des services en lien avec le projet de vie sociale établi avec les autres habitants.

Quelle différence entre les résidences autonomie et l'habitat inclusif ? Les projets de vie sociale sont établis en commun avec les autres habitants. Par exemple, tout le monde se met d'accord pour faire appel à une personne qui sera présente la nuit et la charge est répartie entre tous les habitants. Ce point est vraiment la spécificité de l'habitat inclusif et ce qui le différencie également de [l'habitat partagé](#) ou [du béguinage](#) que nous verrons un peu plus loin.

Côté environnement, l'habitat partagé est au cœur des villes afin d'éviter le risque d'isolement et d'avoir facilement accès aux services publics, aux transports en commun et aux petits commerces. Ce type de logement est en plein développement. Il ne faut donc pas hésiter à se renseigner sur les projets à venir de votre commune.

Quel est le prix d'un habitat inclusif ?

Si vous résidez dans un logement inclusif, vous pouvez prétendre à l'aide au logement. Cela signifie que [le logement est conventionné](#).

Ainsi, le loyer maximum est fixé selon [l'article R 353-16 du Code de la construction et de l'habitation](#) comme pour tous les locataires qui résident dans un logement conventionné. Le loyer est réévalué selon [l'Indice de référence des loyers](#) (IRL).

[Connaissez-vous l'aide à la vie partagée ? Il s'agit d'un dispositif qui est expérimenté depuis 2021. Concrètement, il s'agit d'une aide versée à chaque habitant à hauteur de 10.000 euros par an.](#)

[L'aide à la vie partagée](#) permet de financer les projets collectifs de l'habitat inclusif concerné. Pour en bénéficier, il faut que l'habitat inclusif soit conventionné par le département (un projet doit être établi en lien avec le département).

Attention, même si l'aide à la vie partagée est versée à titre individuel, elle ne permet pas de financer des besoins personnels, telle que le financement d'une aide à la personne. Elle pourra être utilisée pour les animations ou les projets collectifs.

L'habitat partagé accompagné, la colocation des seniors

[L'habitat partagé accompagné est un peu la colocation des seniors](#). Ce type de logement regroupe 7 ou 8 personnes. Chacune dispose d'une grande chambre avec salle de douche et toilettes, avec accès à un extérieur.

Un vaste espace commun réunit salon, salle à manger et cuisine et permet de retrouver les autres résidents. Avec ce système, vous avez un maximum de liberté : vous pouvez ainsi organiser votre journée comme il vous plaît.

Les seules conditions :

- Partager le déjeuner et le dîner avec les autres colocataires ;
- Participer à la vie de la maison (préparation des repas par exemple).

Si vous perdez en autonomie, ne vous inquiétez pas ! Des auxiliaires de vie sont là 24 h/24 pour vous épauler au quotidien. Elles assurent ainsi l'aide à la toilette, le ménage, l'entretien du linge, les animations.

Plusieurs prestataires proposent des habitats partagés accompagnés. À titre d'exemple, découvrez [le réseau Hapa](#) ou bien encore [Âges et Vie](#).

Bon à savoir : il existe même des habitats partagés accompagnés spécifiques pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, comme la maladie d'Alzheimer.

Combien ça coûte de vivre dans un habitat partagé accompagné ?

Selon le prestataire Ages et vie, le coût est de 1.600 euros en moyenne par mois constaté au niveau national, une fois les aides déduites.

Cela comprend le loyer, l'alimentation et bien sûr les services d'aide à la personne.

Le béguinage, un ensemble de logements au sein d'un espace clos

Initialement, le béguinage date du Moyen Âge et était un mode de vie collectif réservé aux femmes : les béguines. Il s'agissait d'un **regroupement de logements individuels et de bâtiments communs** (généralement un lieu de culte) au sein d'un espace clos. Aujourd'hui, le béguinage est ouvert à tous et a perdu sa dimension religieuse. En revanche, la philosophie d'entraide et de solidarité reste la même.

Concrètement, le béguinage se présente sous la forme d'un ensemble pavillonnaire, souvent une dizaine de petites maisonnettes de plain-pied, doté d'une cour extérieure centrale. Ces logements sont parfaitement adaptés aux attentes des personnes âgées.

Vous trouverez également des commerces à proximité et pourrez surtout bénéficier de services collectifs : conciergerie, gardiennage, restauration, blanchisserie, animation... Si vous en avez besoin, vous pouvez bien sûr faire appel à une aide à domicile.

Le béguinage permet ainsi de profiter d'un environnement sécurisé et convivial pour rencontrer facilement d'autres seniors. La plupart ont une vocation sociale, par conséquent les loyers restent attractifs.

[L'association Vivre en Béguinage](#) est une mine d'informations sur le sujet. N'hésitez donc pas à consulter leur site internet !

Bon à savoir : le conseil départemental du Pas-de-Calais attribue [un label « béguinage »](#) aux projets immobiliers qui respectent des critères précis, vous assurant un logement adapté à vos besoins.

Quel est le prix d'un logement en béguinage ?

Lorsque le béguinage est géré par la collectivité locale, cette solution est l'une des moins chères et s'adresse notamment aux personnes possédant une petite retraite.

Comptez entre 450 euros et 750 euros par mois pour un logement en béguinage.

L'accueil familial, un professionnel agréé par le département

En optant pour cette solution, **vous intégrerez le quotidien d'un accueillant familial en vivant sous son toit**. Ce dernier est un professionnel, agréé par le conseil départemental, son logement doit donc répondre à de nombreux critères (décence, chambre de 9 m² minimum, habitation sans danger pour les personnes se déplaçant avec difficulté...).

Mais **l'accueil familial** ne se limite pas au simple hébergement du senior : les repas, les sorties à l'extérieur, les activités, ainsi que l'entretien de ses effets personnels sont également inclus. Durant tout votre séjour (car il est tout à fait possible de profiter de l'accueil familial à titre ponctuel), vous aurez accès à toutes les pièces communes. Votre accueillant pourra aussi vous aider dans les actes du quotidien si vous le désirez (lever, coucher, toilette, etc.).

L'accueil familial est une excellente alternative à l'EHPAD, car il est en moyenne 30% à 50% moins cher ! Mais ce n'est pas son seul atout. Vous profiterez d'une présence stimulante de jour comme de nuit et partagerez de vrais moments en famille. Le réseau **CetteFamille** peut vous aider à trouver un accueil familial près de chez vous.

Combien coûte un accueillant familial ?

En moyenne, la personne hébergée doit payer un reste à charge de 1.100 euros pour un accueillant familial, une fois les aides déduites.

La cohabitation intergénérationnelle, partagez votre logement

La cohabitation intergénérationnelle est une dernière alternative à la maison de retraite. **Si votre maison ou votre appartement est devenu trop grand pour vous, pourquoi ne pas le partager** avec un jeune homme ou une jeune femme ? Généralement, il s'agit d'étudiants, car ceux-ci ont de plus en plus de difficultés pour se loger à petit prix.

Les deux parties peuvent tirer parti de cette situation :

- De votre côté, vous restez chez vous, tout en profitant d'une présence rassurante. Votre locataire pourra même vous aider pour les tâches quotidiennes.
- Du côté du jeune étudiant, il aura une chambre pour un prix modique. Plus son engagement à vos côtés est fort, plus son loyer baisse.
- Et pour vous deux, vous vous enrichirez d'une interaction sociale bienvenue !

Attention, il s'agit ici de trouver un juste équilibre pour que tout le monde soit satisfait de la situation. Si l'étudiant a le devoir d'être un minimum présent et de s'investir dans de menus services, il n'a pas pour vocation à remplir le rôle d'une aide à domicile !

Vous n'avez pas besoin d'être propriétaire pour sous-louer une de vos chambres. Vous devez juste avertir votre bailleur de vos intentions. Celui-ci ne peut s'y opposer.

Si cette solution vous plaît, le plus simple est de vous tourner vers une association comme [Cohabilis](#) ou [Ensemble2générations](#). Elles vous accompagneront dans toutes les démarches administratives et vous mettront en relation avec les personnes intéressées.

Des avantages pour la personne âgée et le locataire

Dans le cadre de l'habitat intergénérationnel, la personne âgée reçoit un "petit" loyer en échange de services rendus par le locataire.

Cette solution s'adresse principalement aux personnes sans perte d'autonomie, mais qui ont besoin d'une aide légère dans la vie quotidienne ou d'une présence.

Aides financières pour ceux qui ne veulent pas vieillir à l'EHPAD

Si vivre dans un EHPAD représente un poids certain dans le budget des personnes âgées, ces solutions alternatives ne sont pas forcément plus économiques.

Heureusement, il existe des aides pour financer des équipements ou des travaux pour aménager votre habitation et des dispositifs pour se maintenir à domicile, payer le loyer d'une structure comme la résidence senior ou encore une nouvelle location meublée.

Voici une liste non exhaustive :

- Les aides au maintien à domicile (Bien vieillir chez soi de l'Anah, l'aide à l'adaptation du logement d'Action Logement, etc.)
- Le portage des repas
- Obtenir une aide ménagère
- Chèques emploi service universel préfinancés : comment les obtenir ?
- Le crédit d'impôt pour service à la personne
- Faire appel à un aidant familial
- L'ARDH de la Carsat
- La prime Carsat pour l'amélioration de l'habitat
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- L'Aide au logement : l'APL pour une location meublée
- Les logements sociaux
- Le dispositif MaPrimeAdapt' : inspiré de l'aide à la rénovation énergétique MaPrimeRénov, cette aide devrait voir le jour en 2024

Pacte Territorial Santé

Cf : Annexe rapport Assemblée Départementale « Programme Régional de Santé 2023-2028 – Avis du Département de l'Aveyron »

1- Organisation territoriale de santé et évolution de l'offre hospitalière et des secours

Objectifs PRS :

- Améliorer la coordination et l'organisation territoriale des structures et professionnels, dans le but d'éviter les ruptures de soins, d'accompagner les parcours patients et de fluidifier les solutions d'aval.
- Organiser l'offre de transport dans le cadre des Soins non programmés

➤ **Hôpital départemental et réorganisation des soins**

Le centre hospitalier Jacques Puel de Rodez joue déjà le rôle d'hôpital territorial sur une large partie centre-nord du département et conforte cette assise en étant dorénavant fer de lance de l'organisation hospitalière de l'ouest du département.

Cette place de choix est appelée à s'étendre dans un futur proche au sud du département avec l'avènement souhaité de l'hôpital médian du sud.

A la création des GHT, pour des raisons politiques qui n'ont plus lieu d'être à présent, le sud et le nord du département ont été écartelés, ce qui eu pour effet de disjoindre les dynamiques des hôpitaux du département à l'heure où tout plaide pour qu'ils fonctionnent le plus étroitement possible ensemble. Il est souhaité via le GST que l'on corrige cette disposition, sans fragiliser les liens indispensables avec le CHU de Millau, pour faire du centre hospitalier de Rodez le véritable centre névralgique de la couverture hospitalière du département de l'Aveyron.

Par ailleurs, et de manière plus spécifique, depuis plusieurs années, la situation du secteur de la psychiatrie en sud-Aveyron est extrêmement préoccupante, et le Département n'a eu de cesse de souligner la nécessité absolue de rapprocher les services de psychiatrie sud-Aveyronnais et du pôle ruthénois, en mesure d'assurer le pilotage opérationnel départemental et le « parcours patient » que sont en droit d'attendre les patients et leurs entourages. Le PRS et le pacte territorial doivent être l'occasion de procéder à l'officialisation de ce nouveau schéma organisationnel.

En parallèle, à l'échelle de la population aveyronnaise, il est noté par les équipes d'intervention d'urgence (SDIS notamment) une augmentation très sensible des troubles psychiatriques pris en charge qui laisse présager le besoin d'un effort conséquent de prévention. La faible densité de population est à nouveau un frein à une prise en charge efficace de ce type de pathologie pour laquelle l'isolement est délétère.

➤ **Desserte routière du futur hôpital médian**

L'implantation du futur hôpital médian du Sud Aveyron suscite naturellement des inquiétudes quant à l'accessibilité des populations du bassin de santé géographiquement les plus éloignées du lieu.

Le Département de l'Aveyron s'est engagé à réaliser de lourds investissements routiers (plus de 30 millions d'euros) pour réduire les temps de parcours.

Les études et les phases préalables sont en cours et nécessitent de faire l'objet de contrat de partenariat avec l'État.

➤ **La problématique de l'urgence**

L'étendue colossale du département pose sans cesse la question de l'organisation de l'AMU. Au fil des ans, et par-delà les crises, on se rend compte que la charge pèse toujours in fine sur le SDIS qui écope pour les parties les plus éloignées du territoire des transports médicaux urgents. L'Aveyron, comme beaucoup de départements ruraux, organise sa réponse de sécurité civile sur un maillage territorial permis par une mobilisation importante de sapeurs-pompiers volontaires (92 % de l'effectif). Si la sollicitation opérationnelle en terme quantitative ne représente pas un enjeu majeur pour la majorité des structures, le temps passé en intervention, considérablement allongé en raison de transports éloignés pèse sur cette mobilisation. Le maillage territorial et indirectement l'offre de soins d'urgence sont désormais menacés.

Le SDIS est également un partenaire reconnu par le SAMU par l'appui de son action à travers un nombre conséquent d'infirmiers de sapeurs-pompiers sous protocole et la mise en place d'outils de diagnostic avancés (notamment ECG) télétransmissibles.

Le Département demande au SDIS de l'Aveyron d'ouvrir, dans le cadre du CNR, une réflexion de fond sur la mise en place d'une ambulance dédiée, au SDIS, basée à l'Etat-Major et que l'on travaille sur les modalités de son financement.

A ce jour, l'appui de l'action au SAMU et la mise en œuvre des solutions de telediagnostic sont supportés financièrement par les collectivités territoriales.

➤ **La volonté d'une expérimentation ambitieuse sur la gestion de l'urgence :**

Le Département et le SDIS souhaitent affermir la volonté politique d'un projet de création d'un centre unique de réception et de traitement des appels d'urgence commun au SDIS et au SAMU et possiblement étendu aux forces de sécurité.

Face à l'obstacle de sa localisation et profitant de l'opportunité de la nécessaire reconstruction du centre de secours principale de Rodez, le Département demande au SDIS de conduire une pré-étude pour envisager la faisabilité de l'implantation d'une plateforme technique neuve concentrant le centre de secours de Rodez, l'état-major du SDIS et le CTA commun sur le site de l'hôpital Jacques Puel. L'évaluation des capacités foncières de la zone est en cours.

AVIS DE L'ASSEMBLEE POUR L'AVEYRON
L'Assemblée pour l'Aveyron encourage l'initiative du Département et du SDIS de lancer une expérimentation ambitieuse sur la gestion de l'urgence et sur l'implantation d'une plateforme technique neuve.
L'Assemblée pour l'Aveyron propose la mise en place d'un numéro unique d'appel vers un centre technique unique où tous les services d'urgence et de gendarmerie seront regroupés afin d'optimiser la prise en charge des secours et de mieux réguler les services d'interventions pour les urgences.
L'Assemblée pour l'Aveyron regrette Le SDIS de l'Aveyron demande à ce que l'on ouvre dans le cadre du CNR une réflexion de fond sur la mise en place d'une ambulance dédiée, au SDIS, basée à l'Etat-Major et que l'on travaille sur les modalités de son financement.
L'Assemblée pour l'Aveyron s'interroge sur la pertinence de la proposition de faire du centre hospitalier de Rodez le véritable centre névralgique de la couverture hospitalière du département de l'Aveyron.

2-Personnes âgées

Objectif PRS :

- Créer des dispositifs spécifiques manquants sur le territoire pour l'accueil et la prise en charge des personnes âgées et de leurs aidants.
 - Développer une alternative à l'entrée en établissement par un accompagnement renforcé à domicile
- Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

L'Aveyron accueille une forte proportion de population âgée : 27% de personnes de plus de 65 ans quand il est inférieur à 21% à l'échelle nationale (INSEE, 2020). En 2050, ce taux s'élèvera à 36 % contre 26 %. L'Aveyron préfigure la France de 2050 en matière démographique. Logiquement, la politique Autonomie constitue un des enjeux majeurs de la collectivité.

L'Aveyron est donc aujourd'hui confronté au défi de la structuration des parcours des personnes âgées sur les territoires, du domicile aux structures médicalisées au fur et à mesure du vieillissement et de la montée en charge de la dépendance.

Face au défi du vieillissement, la collectivité a lancé, depuis fin 2021, une expérimentation visant à adapter le modèle de prévention et de prise en charge du parcours de la personne âgée de manière globale et coordonnée (3 parcours indissociables : résidentiel, social, et de soins) en visant la construction d'un continuum de prise en charge.

Une grande majorité des 70 ans et plus souhaite rester à domicile et n'envisage pas de quitter leur logement dans les années à venir, 22 % souhaitent l'adapter. Cependant, le manque de services de maintien à domicile est souligné, pour 19 % des répondants, comme une raison pour quitter son domicile, de même que le coût des adaptations et les complications inhérentes à ces adaptations

Parmi ceux qui envisagent de quitter leur domicile, 41% envisagent d'aller dans une résidence autonomie, 15% une résidence service et 10% dans un EHPAD.

Pour toutes les personnes la notion de bien vieillir est essentielle.

Au regard de ces données et de la situation des EHPAD notamment, le pilotage départemental de cette approche « parcours » de la personne âgées, du domicile (SAAD) jusqu'à l'EHPAD, en passant par des solutions intermédiaires que sont les résidences autonomies et l'habitat inclusif (financement Département) est indispensable. Il est souhaité par ailleurs, qu'une réflexion commune et prospective sur l'EHPAD de demain en milieu rural soit conduite. Ce travail nous paraît devoir :

- Associer largement les partenaires
- S'étendre aux questions liées au maintien à domicile et à l'habitat inclusif
- S'appuyer sur l'observation de pratiques innovantes ailleurs en Europe et dans le monde.

AVIS DE L'ASSEMBLEE POUR L'AVEYRON

L'Assemblée pour l'Aveyron soutient la position du Département comme acteur indispensable du parcours de la personne âgée et encourage l'initiative de lancer une réflexion commune et prospective sur l'EHPAD de demain.

L'Assemblée pour l'Aveyron soutient et encourage le développement de l'habitat inclusif et le maintien à domicile. (voir rapport)

L'Assemblée pour l'Aveyron propose que soit considérée la pluralité de notre territoire et les différences entre les « ruralités », notamment au niveau des revenus et ressources des

personnes âgées (nord aveyron vs Lévézou par exemple). Aussi, la pluralité des besoins, dont notamment la prise en compte de la grande majorité des personnes qui n'iront pas en EHPAD, soit considéré dans une offre plus globale adaptée.

L'Assemblée pour l'Aveyron demande une politique innovante par l'intégration de foyers de vie dans le milieu agricole afin de donner une vie moins tournée vers le médical assisté et plus vers une retraite axée sur l'activité en soutien aux besoins économiques du milieu agricole. Ceci réduirait les coûts d'accès à la santé et permettrait aux personnes âgées de continuer à avoir une sociale dynamique (voir le Rapport de l'assemblée sur les EHPAD).

3-Personnes en situation de handicap : situation des Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV)

Objectifs PRS:

- Renforcer l'offre d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes dans leur projet de vie.
- Poursuivre la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale
- Promouvoir une adaptation de l'accompagnement des ESMS aux spécificités des besoins des personnes en situation de handicap
- Promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de soins des personnes

Les personnes handicapées connaissent une augmentation importante et constante de leur espérance de vie, la question de leur vieillissement et de l'ajustement de leur prise en charge, notamment liée à l'évolution de leurs besoins en soins, devient un sujet prégnant.

Les personnes en situation de handicap âgées de plus de 50 ans sont de plus en plus nombreuses, ce qui impose une véritable adaptation de l'offre médicosociale, selon la Cour des comptes qui vient de rendre public le 13 septembre 2023 un rapport sur le sujet.

Les effets du vieillissement, chez certaines personnes en situation de handicap, peuvent se traduire par la survenue de handicaps ajoutés, de maladies dégénératives, de déficiences sensorielles et d'incapacités fonctionnelles impactant leur autonomie, et ce dans un processus de vieillissement qui peut s'avérer plus précoce. L'évolution de la situation et des besoins, notamment en soin, doit être anticipé pour éviter des ruptures dans le parcours.

Trois types de prises en charge spécifiques sont proposés sur le département, notamment au sein :

- de petites unités spécifiques adossées à des établissements pour adultes en situation de handicap : à ce jour, le département dispose de 79 places d'hébergement permanent et 1 place d'hébergement temporaire installées dans des Foyers de Vie (FV) à destination des PHV. Les FV sont des structures relevant de la compétence exclusive du Département ne disposant, en ce sens, pas de moyens en soins. Le Département apporte une dotation complémentaire pour favoriser de l'aide à la coordination complémentaire.
- d'une petite unité spécifique au sein d'un EHPAD : le Département soutient financièrement, à titre expérimental, l'accueil de 7 PHV dans une unité dédiée au sein d'un EHPAD.

Globalement, la MDPH a statué ces 5 dernières années sur 165 demandes d'orientations pour les PHV :

- 85 demandes concernaient des demandes d'avis pour une admission en EHPAD : il s'agit de dérogations car les personnes ont moins de 60 ans,
- 80 demandes concernaient des demandes d'orientation vers des unités PHV au sein d'établissements d'accueil pour personnes handicapées (cités ci-dessus).

Par ailleurs, une part importante des PHV vivent à domicile. Or le département ne dispose que de 12 places de SSIAD spécialisées PH (sur les 937 places départementales) ce qui limite les réponses qui peuvent être apportées et peut mettre en difficultés certains SAAD. Il est impératif que dans le cadre de la mise en place des futurs services autonomie à domicile des moyens soient dédiés aux PHV.

Compte tenu de l'évolution des besoins de ces PHV, qu'elles soient en établissement ou à domicile, il est indispensable d'adapter leur accompagnement et la médicalisation nécessaire à leur prise en charge et à leur accompagnement.

Cette réflexion nous paraît devoir être partie intégrante de la précédente, sur la prise en charge des PA et l'EHPAD d'avenir.

Le Projet Régional de Santé (PRS) identifie bien un besoin en matière d'accompagnement du soin des PHV, sans orienter vers une médicalisation des places en ESMS. Il prône la recherche de solutions de partenariats locaux (médecins de ville, infirmiers...) sans qualifier le besoin et les financements affiliés et nécessaires. Le PRS évoque également des places de SSIAD PH mais sans précision du dimensionnement. Il s'agit de « créer des conditions pour que les ESMS puissent bénéficier de l'appui d'experts et de ressources techniques » (structures d'exercice coordonné en ville) et « d'impulser la création d'équipes ressources, notamment équipes mobiles pluri pour aller dans les établissements PH ».

AVIS DE L'ASSEMBLEE POUR L'AVEYRON

L'Assemblée pour l'Aveyron soutient le Département dans sa volonté de prendre en considération l'évolution des PHV et d'adapter leur accompagnement et leur prise en charge.

L'Assemblée pour l'Aveyron soutient l'objectif de promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de soin des personnes

L'Assemblée pour l'Aveyron encourage la transformation et l'adaptation de l'offre médico-sociale

L'Assemblée pour l'Aveyron soutient l'idée que les réflexions sur les PHV fait partie intégrante des réflexions sur la prise en charge des PA et l'EHPAD

L'Assemblée pour l'Aveyron propose de ne plus faire de différence dans les considérations PH ou non PH mais de prendre en compte les besoins des PH à tout moment et dans tout projet. Ce sera de l'inclusion de fait.

4- Enfants en situation de handicap (dont enfants suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance - ASE)

Objectif PRS :

- Améliorer la prévention en santé mentale.
- Améliorer l'offre de répit en mobilisant les acteurs du territoire : accompagner des projets de répit innovants pour répondre à des besoins non couverts (situations complexes, périodes de vacances...) dans le champ du handicap et de la santé mentale

- Promouvoir une complémentarité entre les acteurs du sanitaire et du médico-social pour renforcer et fluidifier le parcours de soins des personnes

➤ **Offre médico-sociale enfants**

Si le département a pu bénéficier de nouveaux dispositifs (Unités d'enseignements maternelle pour les autistes et bientôt unité élémentaire, dispositifs d'autorégulation, équipe mobile TSA, PCPE, Plateforme de repérage précoce pour les TND), il reste pour les enfants en situation de handicap une insuffisance de places en IME et en SESSAD notamment pour les autistes et les autres troubles neuro développementaux. Cette insuffisance de places est d'autant plus prégnante pour l'accompagnement des situations complexes et notamment des enfants suivis par l'ASE.

Le département ne dispose pas de structures capables d'accueillir les enfants en cas de difficultés sur les temps de fermeture des ESMS ou en relais pour les situations de rupture.

➤ **Des dispositifs sanitaires et médico-sociaux saturés qui fragilisent fortement les familles et impactent la protection des mineurs**

- Le dispositif de pédopsychiatrie sous dimensionné (constat national)

Plusieurs alertes de divers départements font état depuis plusieurs années des conséquences désastreuses sur les politiques de protection de l'enfance du défaut d'accompagnement et de prise en charge du soin de jeunes souffrant de troubles psychiatriques et/ou psychiques.

Le défaut croissant de réponse clinique à des situations de crise de jeunes, notamment ceux confiés à l'aide sociale à l'enfance, met à mal l'ensemble des dispositifs de protection de l'enfance, conduisant à des démissions des familles d'accueil et des professionnels travaillant dans les établissements médico-sociaux.

Il s'agit là d'une problématique majeure de soin : les jeunes et adolescents en crise doivent pouvoir trouver des réponses rapides pour éviter l'installation d'une souffrance psychique au sein même de la famille, avec des réactions inappropriées voire de passages à l'acte, à l'origine de nombreuses situations de placement de jeunes en protection de l'enfance.

- Des orientations en DITEP non mises en œuvre ou de façon très partielle

L'absence de prise en charge ou des prises en charge séquentielles (parfois une demi-journée par semaine) laissent les enfants en situation de troubles du comportement dans leurs familles ou leurs lieux d'accueil durant des journées entières et avec une réponse très faible à leur situation de handicap,

- La situation de saturation des IME (cf ci-dessus)

Listes d'attente et mêmes conséquences qu'indiquées pour les DITEP pour des enfants en situation de déficience,

- Les dispositif type CAMPS, CMPP, UMP sous dimensionnés

Des dépistages et des soins dès la petite enfance de troubles du développement, des apprentissages et/ou psychologiques à saturation avec des listes d'attente parfois de plusieurs mois voire années

La difficulté d'accès aux soins et d'autant plus prégnante pour les familles vulnérables : précarité financière limitant l'accès aux prises en charge dans le privé, difficultés de déplacements et ruralité...,

Ces situations viennent fragiliser les familles et peuvent générer du danger au domicile familial en lien avec un épuisement parental. Elles viennent accentuer, dégrader les situations familiales jusqu'à générer du danger pour les mineurs et nécessiter un accueil au titre de la protection de l'enfance. La difficulté du parent devient alors celle de l'accueillant qui ne peut répondre seul à l'ensemble des problématiques.

En conséquence, et de façon spécifique sur les enfants de l'ASE porteur d'un handicap, un diagnostic des situations dites complexes est en cours (fin septembre) afin d'être partagé avec l'ARS en vue d'envisager un dispositif alliant offre sociales et médico-sociales (MECS, Assfam, DITEP, IME) pour des réponses

« innovantes » et sortant des offres « classiques ». Le soin (psychiatrique notamment) reste un sujet où la mobilisation des différents acteurs est indispensable.

Des perspectives positives se dessinent à destination des enfants protégés en situation de grande vulnérabilité et en difficulté pour une admission dans les structures du médico-social. Ces perspectives représenteront un soutien indispensable pour ces jeunes et pour de nos accueillants.

Il s'agirait d'un dispositif de répit avec un accueil en journée et/ou en internat. Le cahier des charges sera précisé d'ici fin 2023 pour un appel à projet et une mise en œuvre en 2024. Le budget ONDAM de l'ARS est de 214 320 euros par an, ce financement est pérenne. L'ARS a déjà informé qu'un financement conjoint ARS-CD12 serait nécessaire pour mettre en place un tel dispositif.

Concernant ce projet, il convient d'être vigilant à la formulation des objectifs, souvent exprimés par les partenaires comme étant d'abord et principalement un soutien aux accueillants de l'Aide sociale à l'Enfance et aux professionnels de l'ASE de façon générale. Or ce sont les enfants sans réponse à leur droit aux soins, à l'éducation et à leur situation de handicap qui ont besoin d'être soutenus et accompagnés par les professionnels compétents. Les difficultés des accueillants sont une conséquence de cet état de fait : ils n'ont pas compétence à répondre à l'ensemble des besoins des enfants protégés et ne se substituent pas à l'intervention des partenaires des autres champs d'action.

Au-delà de ces questions spécifiques, la volonté du Département de l'Aveyron est d'ouvrir une large réflexion sur l'ASE, afin d'anticiper au mieux la baisse inéluctable du nombre d'assistants familiaux et d'ouvrir un dialogue transparent et direct avec les structures partenaires pour dresser un état des lieux de l'offre actuelle, des capacités des acteurs actuels à la faire évoluer et des perspectives pour combler les manques.

De façon beaucoup plus générale à l'échelle de la population aveyronnaise, il est noté par les équipes d'intervention d'urgence (SDIS notamment) une augmentation très sensible des troubles psychiatriques pris en charge qui laisse présager le besoin d'un effort conséquent de prévention. La faible densité de population étant à nouveau un frein à une prise en charge efficace de ce type de pathologie pour laquelle l'isolement est délétère.

AVIS DE L'ASSEMBLEE POUR L'AVEYRON

L'Assemblée pour l'Aveyron encourage la complémentarité entre acteurs du sanitaire et du médico-social

L'Assemblée pour l'Aveyron propose de renforcer les actions de prévention en santé mentale

L'Assemblée pour l'Aveyron propose que La MDPH devienne un centre d'orientation d'analyse et de proposition pour une politique de l'handicap plus volontaire et adaptée aux pathologies déclarées. La MDPH doit être présente dans la cellule départementale de coordination et d'animation, afin de permettre un développement des foyers de vie, des IME des ESSAT, avec le camps pour donner une politique de l'handicap et d'accès aux soins plus aisés aux personnes handicapées dans le souhait de réduire les coûts onéreux et tardifs de soins pouvant, par une prise en charge précoce, être réduits.

L'Assemblée pour l'Aveyron regrette le manque de prise en charge dès la petite enfance, le manque de dépistage des maladies ou des troubles psychiatriques par un manque de coordination par la MDPH avec des spécialistes, pour dépister au plus précoce cette

pathologie afin de mieux orienter l'enfant vers la structure la mieux adaptée pour son handicap.

L'assemblée pour l'Aveyron propose la mise en place de médecins référents dans les hôpitaux Aveyronnais afin d'accueillir les personnes handicapées (enfant ou adulte) dans le souci d'être efficient pour diminuer le stress des personnes différentes, mais aussi de diagnostiquer le besoin en soins de façon plus précoce et ainsi avec la MDPH d'orienter cette personne et sa famille dans le centre adapté !

5- Le travail sur l'attractivité des métiers

Objectifs PRS :

- Agir dès la formation des professionnels de santé y compris pendant leurs périodes de stage.
- Soutenir le recrutement, l'installation et l'activité des professionnels de santé (*et du médico-social*) dans les territoires
 - Le Département de l'Aveyron est engagé de longue date dans une stratégie d'attractivité de professionnels de santé et poursuit cet effort sans relâche, en y mobilisant notamment son Agence Départementale de l'Attractivité et du Tourisme qui héberge une cellule spécifiquement dédiée à cet enjeu.
 - La mise en place d'une plateforme des métiers de l'autonomie vient compléter ce dispositif.
 - La volonté du Département est aussi de concrétiser l'ambition de résoudre la difficulté d'hébergement des étudiants en médecine, lorsqu'ils sont en stage dans notre territoire. Le projet d'un internat territorial basé à Rodez, près du centre hospitalier, porté par le Département de l'Aveyron et la mairie de Rodez est en passe de voir de jour mais nous considérons qu'il faut une autre initiative, similaire, en Sud Aveyron. Il faut relancer la réflexion, définir les modalités avec les autres acteurs, il faut relancer la réflexion pour coller aux attentes de cette partie du département et corroborer la construction à venir de l'hôpital médian.

AVIS DE L'ASSEMBLEE POUR L'AVEYRON

L'Assemblée pour l'Aveyron regrette que la réponse à la crise d'attractivité d'un métier soit de l'accueil et du logement. On incite des personnes qui sont attirés par le métier à venir chez nous. On ne répond pas au problème d'attractivité du métier.

Autre contribution :

COORDINATIONS DANS LE PARCOURS DE SOINS

CPTS /MSP ← « infirmier(e)s coordination de parcours » → hopital / ehpad ???

Loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a prévu plusieurs mesures pour soutenir la mise en place d'une médecine de parcours, qu'elle définit comme la « prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux ». Parmi elles : le déploiement de CPTS pour élaborer des projets de santé répondant aux besoins spécifiques des territoires, la création de plateformes territoriales d'appui pour améliorer l'information et l'orientation, ou encore l'obligation pour l'hôpital de remettre au patient une lettre de liaison et de l'adresser à son médecin traitant le jour même de la sortie d'hospitalisation pour une meilleure collaboration.

QUESTION PERSONNELLE :

Au de la du developmt des CPTS, ne serait il pas necessaire de construire des elements modulateurs / connecteurs entre la medecine de ville et l hopital (ou autres structures ...) au travers « d infirmiers parcours » appartenant au CPTS ou au GHT ?

TRANSITION NUMERIQUE =_support unique d acces / de stockage / d alimentation des infos de sante de chacun

Les prochaines années devraient donc voir s'accélérer le développement de services numériques partagés entre les différents acteurs du territoire

Côté patient, l'arrivée de Mon Espace Santé en janvier 2022, devait permettre un accès à tous les usagers à un espace numérique sécurisé regroupant un ensemble de services (**agenda santé, dossier médical pour stocker et partager des documents, messagerie et catalogue de services numériques référencés par l'Etat**)

Côté établissements et professionnels de santé, l'enjeu majeur à venir sera de mettre à disposition le bouquet de services numériques de la manière la plus transparente et ergonomique possible, **en l'intégrant autant que possible dans leur pratique et leurs outils quotidiens, sans qu'ils aient à se connecter à une multitude de plateformes différentes.**

Avec la capacité qu'offre le numérique de capitaliser sur des données de vie réelle permettant, au fil du temps, d'enrichir les services existants et d'en créer de nouveaux (par exemple des algorithmes d'identification précoce de rechutes), pour concrétiser une médecine non seulement de parcours mais également prédictive, préventive, personnalisée et participative.

- Mx organiser / planifier le parcours de sante
- // // // // // le suivi
- // // // l acces aux informat° pour les divers professionnels de sante

Question personnelle

Ne pourrait on pas penser a une carte d identite de sante ? groupage sanguin / infos medicales / allergies... / parcours divers / directives anticipees...

HANDICAP / PSYCHIATRIE / EHPAD / PROTECTION DE L ENFANCE PEDOPSYCHIATRIE...= les oubliés de la santé

Questions personnelles

- Au niveau du departement
= une entité observatrice / regulatrice / innovatrice s/ projets institutionnels propres aux diverses structures dependantes du departement

- Au niveau de L ARS
= une entite type reseau regional d aides specialisées (reseau d intervenants professionnelles specifiques à ces domaines en sante mentale / maladie neurodegenerative / psychologue / pedopsychiatres...) pour venir en appui de difficultes ponctuelles ou volonté de consolidat° / restructurat° de services, de projets...

EHPAD DE DEMAIN / MILIEUX ALTERNATIFS D ACCUEIL

- Voir docs s/ milieux alternatifs a developper (déjà transmis)

- Voir docs s/ des propositions de pouvoir rentre autonomes en bcp de domaines les ehpad de demain (docs déjà transmis)

ATTENTION = l implantation de ces 2 milieux de vie devra etre penser dans une analyse large et multidimensionnelle notamment par analyse la topographie des ecosystemes environnants favorisant et protegeant la notion essentielle de « dispositif inclusif »

- Pres de commerces
- Pres d une pharmacie
- Pres d une CPTS ou d une MSP
- Pas trop eloignés de centres de secours et GHT
- // axes routiers

- Pas trop éloignés d'écoles / mairies / associations / ... pour divers partenariats

REFLEXIONS SUR DES PISTES D'AUTOSUFFISANCE

→ Aller vers des ehpad autonomes ←

Objectifs = amortissement de couts s/ divers domaines tt en pensant aux benefices pour les residents residents

Alimentation

- **Devlpmt de jardin et Cultures in situ / INTRA EHPAD**
 - Partenariat avec Lycee agricole
 - Partenariat avec des associations locales
 - Partenariat avec des foyers socio educatif = projet socio educatif partage
- **Achat à prix cassés**
 - Partenariat avec agriculteurs peripheriques et grdes chaines selon besoins / saisons...
Sortes de « Contrats locaux d aide à nos ehpad »...
- **Partenariats divers**
 - avec ecole de cuisine et/ou restaurateurs / diet
 - Amenagement de plats plus savoureux
 - Adaptat° aux divers deficits de masticat°/deglutit°/diabet...

Develpmt physique et mental

- Lien avec ecoles et colleges = projets autour du contact, de la lecture, videoprojection, spectacles, musique, gouters ...
- Lien avec STAPS, ecole de kine... pour planifier sequences collectives ou individuelles favorisant entretien moteur / reeducation / reperage de trbl...
- Lien avec CMP et equipe mobiles de psychogeriatric

- Espace d'apaisement snoezelen + formations associées
- Lien avec SPA = visite canines / felines ou autres afin de stimuler/envelopper/soins multiples reciproques

Soins de corps et bien etre

- Partenariat avec étudiants/instituts ou bénévolat = pour Soins Esthetiques/Massages/pedicurie
- Lien avec ecole de Kine pour qlq creneaux de seances de bien etre gratuits...
- Espaces et activite snoezelen
- Partenariat avec enseignement superieur STAPS = pour organiser des parcours collectif ou individuels d'evaluation motrice / de maintt des acquis / de consolidation...en lien avec medecins coordinateur des structures

Energie

- Paneaux photovoltaïques
- Citernes de recuperation d'eau (pour arrosage / jardin et entretiens...)
- Isolat° +++ / ouvertures porte/fenêtres selon orientat°= plan de construction ou de renovation ciblant cela
- Recyclage /renovation / decoration int et ext = via benevolat (ancien artisans...) / associat°/ projet partagé avec des foyers socioeducatif/ecoles / colleges/lycees...

.....