

OBSERVATIONS DU CONSEIL GENERAL 65

Le Conseil Général :

1. retient la proposition de l'ARS **d'organisation territoriale de la santé** qui définit :
 - a. le département comme l'un des 8 territoires de santé de Midi-Pyrénées,
 - b. le bassin de santé pour garantir à tous les citoyens, à cet échelon, l'accès aux soins et aux services de santé (organisation et coordination des soins de premiers recours).
2. partage **les 3 défis que le PSRS** souhaite relever :
 - a. Réduire les inégalités sociales de santé,
 - b. Positionner l'usager au cœur du système de santé,
 - c. Adapter l'offre à l'évolution des besoins de santé.
3. **s'oppose et s'opposera à toutes orientations ou décisions de l'ARS qui ne respecteraient pas les 2 points précités.**
4. **Constate d'ores et déjà des inadéquations entre les orientations formulées dans le PSRS et les objectifs affichés par les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins**
Déjà, alors que le bassin de santé est défini comme le niveau de réponse pertinent, le Conseil Général relève une diminution de l'offre de service existante et pourtant souhaitée.
5. **ne peut accepter que le Conseil général soit considéré comme un « simple partenaire.**
Car au-delà de s'adresser aux secteurs sanitaires et médico-sociaux de sa compétence, le PRS impacte très largement certaines compétences confiées en propre par la Loi aux Conseils Généraux.
6. déplore que la **place des schémas départementaux** ne soit pas suffisamment reconnue et intégrée.
7. constate que le **PRS est un document lourd et complexe** puisqu'il est constitué de 29 documents qui font référence les uns aux autres, et qu'il n'existe **aucune déclinaison au niveau du département** alors que ce dernier est un territoire de santé défini par l'ARS.
8. déplore que la **démarche de concertation** mise en œuvre par l'ARS pour l'élaboration du **PRS n'est pas été plus active** : deux réunions avec le Président du Conseil Général dont une en présence de l'ensemble des Présidents de Conseils Généraux.
9. déplore la **non prise en compte des spécificités sociales et territoriales** dans l'élaboration du PRS. Par exemple, la spécificité touristique de notre département fait que des millions de touristes (de culte ou de loisirs) sont présents sur notre territoire. Cet accueil très important de touristes nécessite de dimensionner l'équipement de l'offre de santé afin de tenir compte de leurs besoins sur le territoire.
10. n'accepte pas **l'approche régionale mathématique de l'offre de santé**, qui a pour conséquence la recherche d'un équilibre régional qui se traduit par un nivellement de l'offre de services vers le bas et qui n'intègre pas les spécificités et les besoins du département des Hautes-Pyrénées.
11. retient la recherche de l'efficience dans le PRS mais **restera très vigilant sur la recherche de mutualisation** prônée par l'ARS. Si la bonne gestion des deniers publics peut justifier de ce type de démarches quand cela met fin à une dispersion des moyens préjudiciable à leur efficacité, cela peut aussi avoir pour effet d'éloigner le service de la population et de contribuer à la désertification des territoires (ancrage des établissements et services dans la vie économique locale).
12. déplore que sans concertation préalable, il soit **appelé comme financeur** d'actions ou d'éventuels emplois que ne couvrirait pas la dotation de l'ARS. Cela n'est pas acceptable, comme ne le sont pas les retards pris dans la révision des conventions tripartites en EHPAD, faute de disponibilités financières de l'ARS.

13. désapprouve le **manque de visibilité sur les moyens alloués** pour la mise en œuvre du PRS. Comment l'ARS pourra-t-elle garantir le maintien de la qualité de services avec une enveloppe financière restreinte et des exigences en plus?
Qu'en sera-t-il par exemple des ambitions affichées sur le secteur de la psychiatrie, dont on constate au quotidien les difficultés d'intervention et de prise en charge de situations lourdes, connues de nos services sociaux, ou sur les EHPAD quand le projet régional de santé affiche un gel de la médicalisation concomitant avec la volonté d'y admettre des personnes âgées plus dépendantes encore dans un contexte connue d'augmentation de la population
14. s'inquiète de l'objectif global du PRS qui vise à **réduire la place de l'hôpital public** dans la prise en charge de l'utilisateur et qui aura pour conséquences **des transferts de charges** vers le secteur ambulatoire et le secteur des soins à domicile.
15. restera globalement vigilant par rapport **aux transferts de charges du sanitaire vers le médico-social que les orientations** du PRS vont induire.
Le poids de la démographie exprimé en termes de vieillissement de la population semble rapidement solutionné par un « tout domicile » qui n'appellera pas les mêmes niveaux de dépenses. Sa conséquence sur l'évolution des EHPAD, des métiers et fonctions en leur sein, sur le nécessaire renforcement de la médicalisation des EHPAD du fait de l'alourdissement des prises en charge de personnes de plus en plus dépendantes, apparaît largement sous-évaluée. L'impact financier de l'allocation personnalisée d'autonomie sur les finances départementales sera de fait, très important.
16. Déploie l'**absence de calendrier** sur la mise en œuvre du PRS.
17. Déploie l'**absence d'animation et d'évaluation** du PRS
18. s'interroge sur **la place de la délégation territoriale de l'ARS** dans le PRS.
19. demande une **déclinaison départementale du PRS** avec une lisibilité des actions accompagnée en sus de la conférence de territoire, de la mise en place d'une **conférence de suivi**, véritable lieu d'échange au niveau du territoire de santé des Hautes-Pyrénées sur les orientations, la mise en œuvre et l'évaluation du PRS.