

AVIS

14 Juin 2018

**AVIS DU CONSEIL RÉGIONAL
SUR LE PROJET REGIONAL
DE SANTÉ 2018-2023
ÉLABORÉ PAR L'ARS**

Présenté par
Mme Aline PICHEREAU-QUENTIN



PRS normand : position du CESER relative à l'avis de la Région

Contexte de travail :

Afin de travailler avec plus de souplesse sur ce document d'ampleur qu'est le Projet Régional de Santé dans les délais contraints, une étude conjointe entre le CESER et la Région a été organisée, à la demande du Président Morin. Le CESER a beaucoup apprécié cette configuration qui lui a donné l'occasion d'échanger avec les Élus régionaux en amont de l'avis et d'approfondir sa réflexion, d'autant plus qu'il a, depuis le début de la mandature, exprimé son souhait de réaliser un travail de fond consacré à l'accès aux soins et à la santé. Un long moment d'échange très enrichissant avec l'Agence Régionale de la Santé a également permis de nourrir la réflexion.

Dans ce contexte, le CESER a construit un avis sur le document présenté par la Collectivité et souhaite également aller plus loin en élaborant quelques propositions opérationnelles pour les sujets qui lui semblent d'une importance capitale.

Introduction :

Le cadre réglementaire en matière de santé a été fixé par la loi du 26 janvier 2016 dite Loi de modernisation de notre système de santé et le décret du 26 juillet 2016 relatif au Projet Régional de Santé.

A l'échelle régionale c'est la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) qui est l'instance de démocratie sanitaire. 7 territoires de démocratie sanitaire normands ont été identifiés en 2016 : l'Orne, la Manche, le Calvados, Rouen-Elbeuf, le Havre, Evreux-Vernon et Dieppe. A l'échelle infrarégionale, pour chacun de ces territoires, un conseil territorial de santé composé de 34 membres (dont 1 conseiller régional) a été installé en 2017.

La consultation relative au Projet Régional de Santé 2018-2023 a été lancée depuis le 9 mars 2018 et il a été présenté en Assemblée plénière Régionale par la Directrice générale de l'ARS le 9 avril dernier.

La santé n'est pas une compétence obligatoire pour la Région Normandie, elle a néanmoins souhaité adopter une Stratégie Régionale de Santé en 2017 afin de mobiliser sur le sujet l'ensemble de ses politiques (transports, aménagement du territoire, environnement, recherche, innovation, économie...). En 2018, le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales a été adopté, fixant pour la période 2018-2023 les axes stratégiques dans ce domaine. Le CESER s'est prononcé favorablement à ce schéma au sein de son avis de février 2018.

Dans la continuité de cette démarche, la Région a souhaité émettre un avis sur le PRS élaboré par l'Agence Régionale de Santé.

Qu'est-ce que le PRS ?

Le PRS définit la politique régionale de santé pour 5 ans, il porte sur la période 2018-2023. C'est un outil à la fois stratégique, de planification et opérationnel qui comprend :

- un Cadre d'Orientation Stratégique (COS) qui détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à l'horizon de 10 ans ;

- un Schéma Régional de Santé (SRS), désormais unique, qui est établi pour 5 ans, sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Il détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social. Le SRS est un document majeur, qui définit les priorités et ambitions pour la région, se fixe 10 objectifs stratégiques déclinés ensuite en 32 objectifs opérationnels ;

- un Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS) qui décline les objectifs opérationnels du schéma régional de santé dans leur composante (réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et amélioration de l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies) à échéance de 5 ans.

La Normandie dispose de caractéristiques socio-économiques plus défavorables que la moyenne française et les indicateurs de santé régionaux sont globalement moins bons qu'en France métropolitaine. Face à ce constat, un Projet Régional de Santé, dont la finalité est d'améliorer l'état de santé des Normands, est très attendu.

Avis et commentaires du CESER

PARTIE 1 : La valorisation de la prévention, de la promotion de la santé, et la recherche d'un environnement favorable à la santé

Le PRS normand affiche la prévention et la promotion de la santé comme le 1^{er} levier du bien-être de la population. Le CESER s'associe à l'adhésion de la Région à la place prépondérante qui est donnée à ces actions. Néanmoins, il se questionne sur la prise en compte des contraintes spécifiques de certains publics (personnes en situation de handicap, en situation d'exclusion sociale, déficientes intellectuelles, migrants...) dans leur mise en œuvre.

Les dispositifs qui contribuent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé tiennent un rôle primordial au plus proche des territoires. Si agir sur ces déterminants et réduire ces inégalités constitue un axe prioritaire, cela suppose de mobiliser les collectivités compétentes, comme les Départements par exemple, et de trouver des financements pour pérenniser les actions.

Par conséquent, le CESER soutient la Collectivité dans sa demande de maintien de l'accompagnement financier par l'État des Ateliers Santé Ville. Il souligne plus globalement le caractère indispensable d'un soutien financier des démarches nationales de santé lorsqu'elles sont déclinées en Région. Les actions de dépistage des cancers par exemple (sein, colorectal, mélanome) ne peuvent être opérantes que si leur organisation de manière équitable et efficace sur tout le territoire est rendue possible (notamment par les aides d'État).

De plus, le CESER considère que les publics vulnérables, qui sont à la fois les plus éloignés et les plus dans le besoin des vecteurs de prévention et de promotion de la santé, doivent être mieux accompagnés dans leurs démarches (accès à l'information, modes de transport et de communication adaptés, accompagnement par des professionnels soignants ou éducatifs formés).

Le CESER, soucieux des problématiques environnementales et conscient des liens qui existent avec la santé ne peut que dire son soutien à l'approche globale proposée pour promouvoir un environnement favorable à la santé. Il félicite donc la Région, l'État et l'ARS pour le travail réalisé dans la construction du 3ème Plan Régional Santé-Environnement.

Propositions du CESER :

- Les professionnels de santé sont parfois en difficulté pour appréhender les facteurs de l'état de santé de certains patients les plus vulnérables (évaluation, soins et accompagnement). Le CESER propose de renforcer les formations spécifiques à la prise en charge de ces publics dans les cursus des professionnels du sanitaire et du social (mobilisation des dispositifs de formation continue),
- Accompagner le développement d'une information « adaptée » à destination des publics vulnérables qui n'ont pas accès à l'information « grand public » (personnes déficientes intellectuelles, migrants), par le biais de documents supports facile à lire et à comprendre (exemple : projet appli Android du dispositif «un avenir après le travail » de l'ARESAT Bretagne).
- Soutenir et encourager l'information et l'éducation sur les liens qui existent entre les modes de vie et de consommation et la santé (mobilité, alimentation etc.)

PARTIE 2 : L'accès aux soins sur le territoire : une problématique majeure pour les Normands avec des publics vulnérables et des zones particulièrement déficitaires

L'accès aux soins dans les zones particulièrement déficitaires

Le CESER partage les inquiétudes de la Région quant à la possibilité de garantir un accès aux soins de qualité, de manière équitable et en prenant en compte la dimension de proximité pour tous les Normands, notamment au regard de la suppression de certains services de soins sur le territoire. Il renouvelle son alerte à propos du niveau de désertification médicale globale en Normandie qui est très inquiétant dans certaines zones rurales de l'Eure et de l'Orne notamment. Par conséquent, il souhaiterait que soit maintenue une vigilance accrue sur le risque de disparition de la proximité des soins dans ces zones. L'équité de traitement des maladies doit impérativement être garantie par le maintien d'équipements et de services de proximité ainsi que par la gestion des parcours des patients lorsque le recours à un établissement spécialisé est nécessaire.

Les actions mises en place pour lutter contre la désertification médicale dont fait partie le développement d'innovations telles que la « visioconsultation médicale » doivent être poursuivies sans que cette démarche se substitue à la dynamique de maintien de l'offre et de promotion de l'installation des professionnels de santé.

Dans ce cadre, le CESER soutient la démarche de la Région pour le développement des PSLA (Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire) qui pourra permettre de maintenir une offre dans certains secteurs. Cependant, cette démarche doit impérativement être accompagnée de moyens pour maintenir une démographie médicale satisfaisante et ainsi éviter l'aggravation des situations de fracture sociale de santé. Cette attention doit être portée autant sur le premier recours que sur les autres spécialités

médicales. En effet, la pénurie de professionnels de santé touche tous les secteurs qu'ils soient publics, privés, généralistes ou spécialistes. Les moyens doivent être trouvés pour former en nombre suffisant mais aussi pour garder sur le territoire normand les professionnels formés en agissant sur l'attractivité, les conditions d'exercice et les services proposés. Le CESER s'associe donc à la Région dans sa demande de mise en place d'un plan offensif permettant d'augmenter le nombre de médecins généralistes.

Pour aller plus loin, il souhaite préciser que la désertification n'est pas uniquement médicale, ni uniquement en milieu rural mais aussi en milieu urbain. Il est inquiet de voir que le problème s'accroît sur le premier recours (médecin généraliste, infirmiers libéraux...) mais aussi dans les établissements publics (y compris CHU et gros hôpitaux) et sur des spécialités cruciales (anesthésie, imagerie, etc.).

Le CESER souhaite également souligner la nécessité de préciser la démarche de gradation des soins. En effet, l'organisation complémentaire des différents niveaux de soins entre les professionnels et les structures de santé sur les différents échelons territoriaux pourrait être répertoriée avec davantage de finesse afin de mieux anticiper les besoins du territoire. Pour cela, il suggère la création d'un outil de planification du besoin de professionnels de santé dans les différentes spécialités et sur les infra-territoires qui pourrait s'apparenter à la démarche de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).

Le CESER sera vigilant sur la répartition territoriale des implantations des différentes spécialités de santé, en particulier pour celles qui répondent à des problématiques de pénurie importantes en Normandie (kinésithérapeutes, dentistes, etc.).

L'accès au soin pour les publics vulnérables

Si le CESER, tout comme le Conseil régional, est satisfait de voir les facteurs sociaux et territoriaux défavorables pris en considération au sein d'un PRAPS, il souhaite ajouter quelques éléments qui lui semblent importants pour l'accès aux soins des publics vulnérables en Normandie.

La priorité doit être donnée, plus qu'à une prise en charge simple du malade, à l'organisation de la totalité de son parcours. Il paraît important au CESER de concentrer les efforts notamment sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap physique ou mental sans oublier l'accompagnement à la poursuite des soins, indispensable à la qualité de la prise en charge. Le système de gradation des soins n'aura donc de sens que si les territoires présentent un réseau cohérent et accessible de transport pour faciliter l'accès aux soins des populations les plus vulnérables.

De plus en plus de personnes vieillissantes, en situation d'exclusion et de grande précarité, ne trouvent pas de solution de logement ou d'hébergement apportant une réponse adaptée à leur situation en raison des effets du vieillissement. Actuellement les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) pallient cette pénurie, avec des conséquences en termes de prise de risque et d'organisation des équipes de professionnels, lesquels ne sont ni missionnés ni formés pour ce type de prise en charge. De plus, les personnes sans domicile fixe ayant vécu dans la rue connaissent un vieillissement prématuré et cumulent souvent des pathologies diverses, voire des addictions. Le PRAPS devrait intégrer cette problématique et inciter au développement de solutions d'accueil

adaptées: pensions de famille avec présence médicale ou paramédicale spécialisées, unités spécialisées au sein des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), services d'interface entre les dispositifs relevant de l'Accueil – Hébergement – Insertion (AHI) et les structures de droit commun pour personnes âgées.

Le vieillissement de la population en cours en Normandie comme ailleurs fait évoluer les préoccupations notamment en termes de prise en charge des personnes âgées vulnérables. Ainsi, le CESER aurait souhaité que les questions relatives à l'accompagnement de fin de vie et les soins palliatifs soient abordées au sein du PRAPS et plus généralement dans le cadre du PRS. Les ACT (Appartements de Coordination Thérapeutique), qui accueillent des personnes en grande précarité sont directement concernés par l'accompagnement des résidents en fin de vie. Il serait souhaitable de développer des formations impliquant les acteurs du social, médico-social et sanitaire et de créer des ACT « fin de vie », à l'instar d'autres régions (Ile de France, Hauts de France).

Propositions du CESER :

- Accompagner le développement des structures d'accueil du type de celle existant dans l'Eure (DAPE-Dispositif d'Accueil de Proximité de l'Eure) pour les personnes souffrant de troubles psychiques (sortant de prison ou d'hôpital psychiatrique, personnes vieillissantes). Permettre aux plus autonomes d'entre elles d'accéder à un logement, libérant par conséquent des places rares au sein des structures spécialisées. Mettre en place des ACT « handicap psychique », qui n'existent pas dans la région,
- Soutenir des dispositifs innovants comme TAPAJ¹ (Travail Alternatif Payé A la Journée), en coopération avec la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives (MILDECA),
- Mettre l'accent au sein du PRAPS sur le développement des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) dans les établissements hospitaliers,
- Renforcer l'accompagnement pour le maintien de services publics se trouvant en situation instable afin d'éviter la fuite des services vers les zones urbaines en termes de consultations de spécialistes par exemple en obstétrique et gynécologie.

PARTIE 3 : Les moyens et alternatives à développer pour pallier la désertification médicale dans notre région : organisation des soins, coopérations et nouvelles pratiques, nouvelles technologies.

La formation

L'augmentation d'ores et déjà pressentie de la demande de soins à domicile et en ambulatoire liée aux évolutions des pratiques et de la société doit être anticipée, notamment en adaptant l'offre de formations sanitaires et sociales.

Le CESER note la volonté de la Région d'adapter l'appareil de formation aux besoins du territoire et souligne le fait que l'évolution du nombre d'étudiants doit être accompagnée de celle des

¹ Dispositif permettant à des jeunes de 18 à 25 ans en grande errance, souffrant d'addictions et très éloignés d'un emploi régulier, de faire des petits travaux de quelques heures en étant payés dès la fin de leur mission, tout en bénéficiant d'un accompagnement social et d'un traitement de leurs addictions.

universitaires destinés à l'encadrement, et surtout des outils pour les inciter à s'installer en Normandie. Dans ce domaine, le CESER s'accorde avec la proposition de développement des postes d'assistants spécialistes en post internat dans les hôpitaux, et avec le développement de formes (à déterminer) d'aide aux jeunes médecins chercheurs.

Le CESER estime que la pénurie importante de dentistes en Normandie est liée, en grande partie, à l'absence de formation sur le territoire régional. Il souhaite donc qu'un cursus universitaire complet puisse être mis en place au sein de la faculté de médecine et de pharmacie dans les prochaines années.

La recherche et l'innovation

La R&D est un élément majeur d'attractivité de la région notamment des 2 CHU et des 2 centres anti cancéreux. Cela peut se traduire par

- des aides au montage et au développement de programmes de recherche, le cas échéant dans le cadre du G4 avec Amiens et Lille (coopération inter-CHU),
- de l'aide à l'acquisition de matériels et d'équipements innovants,
- des bourses aux jeunes chercheurs.

La R&D doit être encouragée car elle représente un atout pour la région de manière transversale notamment en matière d'attractivité du territoire et de fidélisation des jeunes médecins que la recherche intéresse.

L'organisation des soins et l'évolution des pratiques

En ce qui concerne l'accompagnement adapté en structures médico-sociales, le PRS prévoit de renforcer le développement de réponses inclusives. Cette ambition est partagée par le CESER qui aurait souhaité que la Région s'exprime sur ce sujet. Le CESER se questionne en effet sur les limites du « tout inclusif » et le risque d'exclusion des usagers les plus vulnérables.

Le SRS prévoit des évolutions positives en termes de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissement spécialisés, la création de 6 ESAT (Établissement et Service d'Aide par le Travail) dits « de transition », l'optimisation des sorties en milieu ordinaire. Le CESER aurait souhaité plus de précisions sur l'organisation de ces nouvelles pratiques notamment sur les formations des accompagnants et la possibilité de retour en ESAT en cas d'échec en milieu ordinaire. Il serait favorable au développement de places d'accueil temporaire, y compris en ESAT, afin de garantir une réponse plus large en terme de bénéficiaires plutôt qu'une logique de sortie.

Le CESER est conscient que la proposition de pratiques telles que les formes d'exercice diversifiées pour les professionnels de santé est un élément susceptible de faciliter leur installation sur un territoire. L'attractivité liée aux avantages offerts en Normandie – qu'ils soient économiques, éducatifs, culturels, ou qu'ils concernent la mobilité des patients et des professionnels - n'est donc pas à négliger. Il faut développer les nouvelles pratiques en ouvrant les possibilités de salarier des médecins à temps partiel, leur permettre des exercices en temps partagé entre libéral et hôpital, leur ouvrir le champ de la recherche, etc.

Les technologies nouvelles

Le développement de nouvelles technologies doit être encouragé notamment pour combler les manques plus importants (e-santé) et aussi faciliter le maintien à domicile (aménagement et équipements, etc.). Le CESER soutient donc l'appel à manifestation d'intérêts lancé en mars dernier par la Collectivité régionale sur l'e-santé.

Le territoire est en effet source d'innovation dans divers champs y compris la santé et le médico-social. Le CESER souligne la nécessité d'encourager les expérimentations, de les pérenniser grâce à des financements stabilisés par la concertation et la contractualisation entre les financeurs (notamment dans les secteurs du vieillissement, du handicap et de la psychiatrie) et de les évaluer pour pouvoir reproduire celles qui fonctionnent.

Propositions du CESER :

- Mobiliser l'agence de l'attractivité pour attirer les professionnels de santé et les étudiants sur les territoires et leur offrir les conditions nécessaires à leur installation dans les secteurs qui en ont besoin,
- Certains dispositifs de santé proposés à des publics ciblés, notamment aux jeunes, ne sont que peu utilisés faute de demande (sans doute en lien avec une mauvaise connaissance ou compréhension des aides proposées). Pour renforcer leur efficacité, il serait utile d'agir sur la communication et la diffusion de l'information,
- Maintenir l'appui aux PSLA et permettre l'accompagnement de formes astucieuses d'exercice pluriprofessionnel et pluridisciplinaire adossé aux hôpitaux de proximité (exemple à Neufchâtel en Bray) servant de plateforme d'appui pour les professionnels libéraux et les établissements médicosociaux,
- Proposer l'instauration d'une forme de service médical obligatoire aux jeunes diplômés dans les métiers en tension (comme les médecins, kinésithérapeutes, orthophonistes, dentistes, etc.) de deux années par exemple et dans les territoires présentant un déficit de professionnels de santé,
- Pérenniser les crédits de fonctionnement des structures dans les zones sous denses en termes médical et médicosocial.

PARTIE 4 : La synergie des acteurs (usagers, professionnels, institutions, organismes de recherche) pour une action publique coordonnée et efficiente en faveur de la santé

Le CESER s'associe à la Région dans sa volonté globale d'affirmation du rôle d'une démocratie en santé contributive et de développement des projets de santé territoriaux.

Au regard de la fréquentation partielle des CTS (Conseils Territoriaux de Santé) qui impacte la représentativité des problématiques qui en émanent, le CESER suggère de repenser les modalités de concertation des CTS afin d'en parfaire l'organisation et d'accroître leur efficacité.

Il souligne par ailleurs l'importance de sortir de la logique de travail en « silo » - c'est-à-dire le manque de coopérations et de concertation entre les acteurs - qui entraîne un certain nombre de biais que ce soit en terme de financement (les prises en charges financières par plusieurs organismes différents ne permettent pas une stabilité et une visibilité à long terme des actions mises en œuvre) ou d'organisation du travail (le travail en commun et en concertation permet de faire des économies de temps et d'argent et de gagner en efficacité). La signature de conventions, les partenariats, la concertation, pourrait notamment être envisagée pour travailler davantage en collaboration.

Pour exemple, la mise en place de la télémédecine ne peut être efficace que dans la mesure où les territoires sont « connectés », bénéficient de la fibre notamment. L'aménagement du territoire doit donc être pensé de manière transversale sans oublier les liens existants avec problématiques de santé.

Propositions du CESER :

- La Collectivité régionale pourrait s'engager davantage dans la contractualisation pour les sujets identifiés comme prioritaires par exemple par un contrat type contrat État-Région spécifique « santé » et ouvert aux Départements sur le volet médicosocial, et aux intercommunalités, notamment les 3 métropoles.
- Mettre en œuvre les propositions développées au sein du rapport *Accompagner le vieillissement des Normands, un enjeu sociétal au cœur des compétences régionales*², en particulier pour développer les passerelles entre domicile et établissements, et entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux ; et lutter contre la solitude et l'usure des aidants non professionnels.

CONCLUSION :

Le CESER partage la remarque de la Région relative aux aspects financiers. Il serait en effet utile pour la compréhension de l'articulation des différents dispositifs et politiques publiques de faire apparaître le chiffrage des objectifs poursuivis (financements et ressources disponibles).

Les objectifs opérationnels du PRS sont précisés en termes d'enjeux, de leviers et de freins mais le CESER regrette le manque de précisions sur les moyens mobilisés, les actions concrètes prévues, les cibles et les indicateurs d'évaluation.

Les problématiques spécifiques des publics du PRAPS ne dépendent pas directement des compétences régionales, mais concernent la population normande. Aussi, le CESER souligne l'importance du travail de la Région en collaboration avec les Départements sur ces thématiques. L'amélioration de la politique de santé en Normandie doit passer par le renforcement des collaborations et par une meilleure communication entre les acteurs de santé. Le CESER félicite particulièrement l'ARS et la Région pour la mise en place d'un conventionnement qui est en cours. Il

² Précisions en annexe 1.

devrait en effet permettre la conduite cohérente d'une politique de santé transversale et ambitieuse sur le territoire Normand.

Le CESER propose :

- Au regard de l'urgence de la situation médicale en Normandie le CESER souligne la nécessité de construire un plan spécifique régional pour lutter contre la pénurie de médecins et garantir l'accès aux soins pour tous.
- La situation de la santé en Normandie par rapport aux autres régions françaises est considérée comme très préoccupante à plusieurs égards (caractéristiques socio-économiques, densité médicale, maladies cardiovasculaires, cancers, etc.). Or, l'État est compétent en matière de santé pour garantir l'équité sur le territoire national. Aussi, le CESER soutient l'impulsion de la Région en collaboration avec l'ARS de porter aux autorités compétentes une proposition de plan de rattrapage spécifique pour la région Normandie compte tenu de sa situation en matière de santé.

Le CESER salue le travail mené par l'ARS dans la construction du Projet Régional de Santé normand. Il prend acte de la posture défavorable de la Région, étroitement liée à la politique globale du Conseil régional de Normandie et partage l'ensemble des principales observations et analyses énoncées. Il a souhaité proposer ses remarques mais aussi aller au-delà en indiquant quelques pistes d'action. Aussi, il invite les acteurs de la santé, en particulier la Région et l'ARS, à travailler en collaboration à la mise en œuvre de ces propositions.

Annexe 1 : Extrait du rapport du CESER *Accompagner le vieillissement des Normands, un enjeu sociétal au cœur des compétences régionales, 2017.*

« Proposition n°4 : Accompagner de manière massive et volontariste la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et la sécurisation des parcours professionnels dans le cadre du CPRDFOP. Pour cela, le CESER recommande à la Région de poursuivre la mise en place de formations qualifiantes et professionnalisantes, de développer la formation continue en vue d'une plus grande sécurisation et diversification des parcours professionnels et-d'encourager une réforme des diplômes et des certifications applicables à ce secteur.

Au préalable, le CESER invite la Région à missionner le Carif-Oref Normand pour réaliser une analyse et une étude territorialisée et prospective des besoins de formation liée au vieillissement, avec un focus sur les métiers de l'aide à domicile. Il s'agirait de quantifier les besoins actuels et à venir mais également d'appréhender l'impact de l'évolution des pratiques professionnelles et des mutations technologiques et organisationnelles sur les métiers du vieillissement.

En effet, l'évolution des pratiques observées dans les établissements sanitaires et médico-sociaux (fermeture de lits, raccourcissement de la durée d'hospitalisation, montée en charge de l'ambulatoire, de l'hospitalisation à domicile - HAD ...) impacte fortement l'exercice à domicile et notamment les métiers de l'aide à domicile, induisant, de ce fait, une évolution des compétences attendues (spécialisation, capacité de coordination des interventions...). D'autre part, la nécessité de revaloriser ces métiers suppose d'envisager de nouveaux modes de management davantage horizontaux et basés sur une plus grande autonomie des équipes d'intervenant-e-s et sur une plus grande spécialisation de ces dernières.

>> Développer les passerelles entre domicile et établissements, d'une part, et entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux d'autre part, en mutualisant des modules de formations (DE³ aide-soignant, DE infirmier, DE AES -Accompagnant Educatif et Social ...), et en créant, au sein du diplôme AES, une double spécialité « structure et domicile ». Le CESER déplore en effet, dans le cadre des formations médicales et paramédicales, la persistance de référentiels de formation encore trop hospitalo-centrés alors même que les pratiques professionnelles et les besoins évoluent. Ces évolutions tendent à encourager les exercices mixtes en structure et à domicile et à rapprocher davantage le médico-social et le sanitaire non seulement dans un souci de continuité des parcours pour les bénéficiaires, mais également de perspectives professionnelles accrues pour les intervenant-e-s. La mise en place des SPASAD⁴, par un rapprochement des SSIAD⁵ et des SAAD témoigne bien de l'intérêt et de la nécessité d'une plus grande coordination des professionnel-le-s à domicile (et en structure) autour des bénéficiaires et des aidants familiaux. Adossé à un établissement ou à une structure médico-sociale, ce type de structure devrait être propice à l'expérimentation d'un exercice mixte des intervenant-e-s (infirmier-e-s, aides-soignant-e-s, aides à domicile) en établissement et à domicile.

Dans cette perspective, il importe d'accompagner les intervenant-e-s à domicile dans leurs démarches de Validation des Acquis par l'expérience (VAE) pour obtenir le DE AES et le DE aide-soignant-e et d'instaurer des passerelles entre les deux diplômes pour constituer une perspective

³ Diplôme d'Etat

⁴ Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

⁵ Service de Soins infirmiers à domicile

d'évolution de carrière supplémentaire. A cette occasion, le CESER rappelle son attachement au maintien d'une proximité territoriale de l'offre de formation, notamment des Instituts de Formation des Aides-Soignants (IFAS), la mobilité constituant encore trop souvent, un frein voire une rupture, dans les parcours de formation.

>> Former des équipes pluridisciplinaires d'aides à domicile sur les territoires⁶ (avec passerelles vers les établissements), composées de référent-e-s sur des domaines de compétences spécifiques.

La valorisation de ce métier passe en effet par l'évolution des pratiques professionnelles et des modes de management plus horizontaux. Le CESER encourage ainsi la création d'équipes d'intervention coordonnées et polyvalentes sur les territoires permettant un accompagnement global, adapté et durable : capacités de détection des besoins des personnes âgées et de leurs évolutions, prévention des risques liés au vieillissement et à la perte d'autonomie, détection des fragilités (risques liés au logement, isolement...), orientation des personnes vers les services et professionnels compétents... La possibilité de se spécialiser, en complément de la formation initiale et en fonction de ses appétences est de nature à ouvrir davantage de perspectives professionnelles, à réduire le turn-over par une plus grande fidélisation et à valoriser fortement les compétences et l'image du métier d'aide à domicile. De nombreuses formations de courte durée peuvent ainsi être envisagées : maladie d'Alzheimer et troubles cognitifs, stimulation cognitive, bien-être et prévention (alimentation, sommeil, sport...), nutrition, incontinence, relations avec les aidants familiaux (incidences familiales de la maladie, du handicap, de la perte d'autonomie, compréhension de la relation aidant/aidé), aides techniques et aménagement du logement...

Dans cette perspective, le CESER suggère de prévoir le remplacement des intervenant-e-s en formation, ce qui suppose pour les Départements, d'intégrer cette possibilité dans la dotation financière des structures. Il pourrait être envisageable, par exemple, dans le temps de travail de chaque intervenant-e-s à domicile, de conserver entre 10 et 20% d'heures mensuelles non facturées pour les temps de formation, de coordination, d'analyse des pratiques...⁷

>> Créer une filière de formation en gérontologie sociale avec plusieurs niveaux de formation:

- une professionnalisation et une spécialisation des intervenant-e-s à domicile (induite par l'évolution des pratiques et la valorisation du métier) au sein des établissements de formation des travailleurs sociaux⁸ et en complément de la formation initiale.

- deux formations universitaires : une formation de managers intermédiaires (pour manager les équipes pluridisciplinaires d'aides à domicile sur les territoires, niveau III ou II) et une formation d'encadrant-e-s spécialisé-e-s en ingénierie gérontologique⁹ (niveau I), allant jusqu'à l'expérimentation d'un doctorat de gérontologie sociale (cf proposition 8).

Dans ce cadre, la Région pourrait étudier l'opportunité de développer davantage l'apprentissage dans le secteur de l'intervention à domicile (pour le métier d'aide à domicile mais également les managers de proximité et les encadrant-e-s).

⁶ Des structures telles que l'UNA ou Alenvi mettent en place ce type de management.

⁷ Exemple de fonctionnement de la structure Alenvi.

⁸ IRTS de Caen, IDS de Canteleu, IFEN du Havre

⁹ Management, gestion RH, organisation de la montée en compétence des équipes, connaissance de la législation sociale, gestion des plannings, optimisation des déplacements...

- **Lutter contre la solitude et l'usure des aidants non professionnels¹⁰**

Rappel des constats identifiés dans le rapport :

Des besoins d'informations concernant la maladie et les aides existantes, de reconnaissance, de temps pour soi, d'accompagnement (échanges avec des pairs, groupes de parole, formations gestes et postures...), d'aides concrètes (relais possibles types lieux d'accueil de la personne aidée, dispositifs d'accueil d'urgence, aide professionnelle à domicile et coordination des aides...), une fragilité financière fréquente...

En préalable, le CESER rappelle que la première forme d'aide aux aidants est bien un soutien professionnel à la hauteur des besoins pour la personne à aider. Cela suppose une meilleure qualification des personnels intervenants à domicile et une réforme de la tarification des SAAD.

En outre, le CESER attire l'attention des Départements et de la CARSAT sur la nécessaire évaluation des besoins des aidants (évaluation des besoins du couple « aidant-aidé ») permettant une personnalisation des réponses à la fois dans les plans d'aide mais également en direction de l'aidant (complémentarité des interventions aidant et professionnel-le-s) et de tenir compte des besoins nécessairement évolutifs du couple aidant-aidé. »

Annexe 2 : Rappel de la composition et des réunions du comité d'étude sur le PRS.

Ce comité d'étude sur le PRS s'est réuni les 20 et 27 avril et les 4, 22 et 25 mai.

Un comité de pilotage mixte s'est réuni le 28 mai, pour un échange entre les Conseillers du CESER et les Élus régionaux concernés :

- Élus régionaux :

Guy LEFRAND, conseiller régional, vice-président, en charge de l'aménagement du territoire, des relations avec les collectivités locales, de la ruralité et de la démographie médicale et **Valérie EGLOFF**, conseillère régionale, présidente de la commission Silver Economie.

- Conseillers du CESER de Normandie :

Catherine LILLINI, vice-présidente, **Brigitte AUBRY**, **Emmanuèle JEANDET-MENGUAL**, **Philippe TESSIER**.

Conseiller(ère)	collège
JEANDET-MENGUAL Emmanuèle	3
TESSIER Philippe	3
LILLINI Catherine	1
SOUBRANE Jean-Claude	3
SARGE Nathalie	3
AUBRY Brigitte	2
LASNON Maud	2
LONGEARD Gwenaël	2

¹⁰ Cf proposition 13 (soutenir les projets innovants offrant des solutions de répit type maisons des aidants et relayage dans le cadre des contrats de territoire) et proposition 15 (un soutien financier aux aides techniques dans le cadre de l'adaptation du logement pour faciliter l'accompagnement et sécuriser les gestes et les pratiques : chemins lumineux, téléalarme, lève-malade...)